



Departamento de Psicopedagogía y Educación Física
Universidad de Alcalá

**“ESTUDIO DE LOS FACTORES DE RIESGO
Y PROTECCIÓN DEL CONSUMO DE
SUSTANCIAS EN ADOLESCENTES”**

AUTORA: Patricia Fernández Bustos
DIRECTORA: Gema Martín Seoane

Alcalá de Henares, 2010



Departamento de Psicopedagogía y Educación Física
Universidad de Alcalá

TESIS DOCTORAL

**“ESTUDIO DE LOS FACTORES DE RIESGO Y
PROTECCIÓN DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS
EN ADOLESCENTES”**

AUTORA: Patricia Fernández Bustos

DIRECTORA: Gema Martín Seoane

Alcalá de Henares, 2010

AGRADECIMIENTOS

Me gustaría dar las gracias a todas esas personas que durante estos tres años me han acompañado y apoyado durante el proceso de elaboración, desarrollo y finalización de esta tesis doctoral. Son muchas las personas que han estado ahí durante este tiempo, por lo que será imposible nombrar a todas ellas.

En primer lugar, me gustaría agradecer todo el apoyo y ánimo recibido por Gema Martín Seoane, mi directora de tesis y mi guía en este camino. Gracias por hacerme pensar y por haberme introducido en el mundo de la investigación.

Dear Diana Leighton and Fiona Irvine. I would like to thank you for all your support during the time I spent at the University of John Moores in Liverpool. You have made me feel at home here. Thank you very much!.

Me gustaría agradecer a Irene Montalvo, su apoyo incondicional y su amistad desde que se cruzaron nuestros caminos. Gracias por ayudarme con la recogida de los datos que aquí se presentan.

A mis compañeras de trabajo, en especial a Isabel, Asun, Trini, Adela y Estrella, que me han apoyado pacientemente en todo momento, soportando los momentos de frustración y agobio del día a día. Pacucha y Cristina, con vosotras y por vosotras empecé este proyecto, mil gracias por vuestra confianza y apoyo desde que empezamos la aventura del doctorado.

Mi especial agradecimiento a Cristina Francisco, por haber sido y seguir siendo mi referente tanto a nivel personal como profesional. Gracias por creer en mí, por apoyarme en todo momento, por estar ahí para lo bueno y lo malo, por ser un ejemplo a seguir, por quererme tal y como soy... Creo que nunca tendré palabras suficientes para agradecerte todo lo que ha hecho por mí.

Gracias a mi familia, a mis tíos, Heli, y Alejandro, porque sin ellos, nunca hubiera llegado hasta aquí; a mis hermanos, porque a pesar de todo y con todo, se que están ahí; y a mis sobrinos, Ethan y Carla, por ser capaces de hacerme reír y llenarme de alegría tan solo, con pensar en ellos.

A todos y cada uno de mis AMIGOS, por caminar junto a mí en este maravilloso viaje al que llaman VIDA. Toñi, gracias por todo, Sr Anila M.C., K'Okal y Fátima, gracias por vuestro apoyo espiritual desde Kolkata, Venezuela y Costa Rica. Sé, que a pesar de la distancia estáis ahí.

ÍNDICE

ABSTRACT.....	19
PRESENTACIÓN.....	21

PARTE PRIMERA: FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

1. Patrones y tendencias en el consumo de drogas en la adolescencia	29
1.1. Introducción.....	29
1.2. Epidemiología del consumo de drogas en la población adolescente.....	31
1.2.1. Tabaco.....	31
1.2.2. Alcohol.....	32
1.2.3. Cannabis.....	33
1.2.4. Cocaína.....	34
1.2.5. Heroína.....	35
1.2.6. Inhalables volátiles.....	36
1.2.7. Anfetaminas.....	36
1.2.8. Drogas de síntesis.....	37
1.2.9. LSD.....	37
1.2.10. Psicofármacos.....	37
1.3. Policonsumo de sustancias.....	38
2. Factores de riesgo y de protección que influyen en la conducta de consumo de sustancias.....	39
2.1. Introducción.....	39
2.2. Conceptualización de los factores de riesgo y de protección.....	41

2.3. Factores de riesgo y factores de protección en el consumo de drogas en la adolescencia.....	46
2.3.1. Factores de riesgo y protección personales.....	46
2.3.1.1. Características evolutivas de la adolescencia.....	47
2.3.1.2. Actitudes, creencias y valores.....	52
2.3.1.3. Habilidades sociales.....	58
2.3.1.4. Autoconcepto y autoestima.....	61
2.3.1.5. Estrés e impulsividad.....	63
2.3.1.6. Resiliencia.....	66
2.3.2. Factores de riesgo y protección interpersonales o relacionales.....	68
2.3.2.1. Contexto familiar.....	68
2.3.2.2. Contexto escolar.....	77
2.3.2.3. Grupo de iguales, ocio y tiempo libre.....	83
a) Grupo de iguales.....	83
b) Tiempo de ocio.....	85
c) Fines de semana y salir de marcha.....	88
d) Hora de regreso a casa los fines de semana.....	89
e) Ocio y dinero disponible.....	89
2.3.3. Factores de riesgo y protección sociales.....	90
2.3.3.1. Deprivación económica y social.....	91
2.3.3.2. Desorganización comunitaria.....	91
2.3.3.3. Disponibilidad y accesibilidad a las sustancias.....	92
2.3.3.4. Institucionalización y aprobación de las drogas	93
2.3.3.5. Publicidad.....	95
2.3.3.6. Percepción de riesgo en el consumo de sustancias...	96
3. Teorías y modelos que explican el consumo de sustancias.....	98
3.1. Introducción.....	98
3.2. Teorías cognitivo-afectivas.....	101

3.2.1. La teoría de Acción Razonada de Fishbein y Ajzen.....	101
3.3. Teorías de aprendizaje social.....	104
3.3.1. La teoría de Aprendizaje de Bandura	104
3.4. Teorías de apego social.....	106
3.4.1. Modelo integrador de Elliot y otros.....	106
3.4.2. Modelo de desarrollo Social de Hawkins y Weiss.....	107
3.5. Teorías Interpersonales.....	109
3.5.1. EL modelo de ecología social de Kumpfer y Turner.....	109
3.5.2. Teoría del Autorrechazo.....	110
3.5.3. Modelo de afrontamiento al estrés.....	111
3.5.4. Teoría multietápica del aprendizaje social de Simons, Conger y Withbeck.....	112
3.6. Teorías que integradoras.....	113
3.6.1. Teoría de la conducta problema de Jessor y Jessor.....	113
3.6.2. Modelo ecológico de Bronfenbrenner.....	115
3.6.3. Teoría de los “clusters” de amigos de Oetting y Beauvais.....	117
3.6.4. Teoría de la influencia trídica de Flay y Petraitis.....	118
3.6.5. Modelo compresivo y secuencial de Becoña.....	121
4. Estrategias de afrontamiento en la adolescencia y su relación con el consumo de sustancias.....	123
4.1. Introducción	123
4.2. Concepto de afrontamiento	125
4.3. Estrategias de afrontamiento.....	130
4.4. Condiciones del afrontamiento.....	131
4.5. Eficacia del afrontamiento.....	135
4.6. Estrategias adaptativas y no adaptativas.....	137

4.7. Estrategias de afrontamiento y adolescencia.....	137
4.8. Estrategias de afrontamiento y consumo de sustancias.....	140
4.9. Evaluación del afrontamiento.....	142
4.9.1. Inventario de Modos de Afrontamiento (Ways of Coping Inventory, WOC).....	143
4.9.2. COPE (Carver et al, 1985).....	144
5. Prevención en Drogodependencias.....	149
5.1. Introducción	149
5.2. Conceptualización de la prevención de drogodependencias.....	151
5.2.1. Tipos de prevención en drogodependencias.....	153
5.2.2. Objetivos en la prevención.....	154
5.2.3. Principios de prevención en drogodependencias.....	156
5.2.4. Ámbitos de actuación y aplicación de las estrategias generales de prevención.....	157
5.3. Aproximaciones teóricas a los programas de prevención del uso de drogas.....	160
5.3.1. Enfoques tradicionales.....	161
5.3.2. Enfoques psicosociales.....	162
5.3.3. Enfoques dirigidos a los medios de comunicación.....	165
5.3.4. Enfoques comunitarios.....	166
5.4. Intervenciones preventivas centradas en los factores de riesgo y protección para el abuso de sustancias.....	167
5.5. Prevención y programas preventivos en España y Castilla la Mancha.....	170
5.5.1. Programas llevados a cabo en el ámbito nacional.....	171
5.5.1.1. Ámbito escolar.....	171
5.5.1.2. Ámbito familiar.....	172
5.5.1.3. Ámbito comunitario.....	172

a) Programas de ocio alternativos.....	172
b) Programas realizados en lugares de consumo.....	173
5.5.1.4. Programas llevados a cabo en los medios de comunicación.....	173
5.5.2. Programas llevados a cabo en Castilla La Mancha.....	174
5.5.2.1. Programas escolares.....	176
a) Prevenir para vivir.....	178
b) Y tú, ¿Qué piensas?.....	180
5.5.2.2. Programas familiares.....	181
5.5.2.3. Programas comunitarios.....	181
a) Construyendo salud.....	183
b) ALCAZUL	185

PARTE SEGUNDA: INVESTIGACIÓN EMPÍRICA

1. Objetivos	191
2. Hipótesis.....	194
3. Método.....	198
3.1. Diseño muestral.....	198
3.1.1. Determinación del tamaño de la muestra.....	199
3.2. Participantes en el estudio	200
3.3. Instrumentos	204
3.3.1. COPE	204
3.3.2. Cuestionario sobre consumo de sustancias	207
3.4. Procedimiento	208
3.5. Análisis estadístico	209
4. Resultados	211

4.1. Análisis de la prevalencia de consumo de sustancias en los adolescentes de Guadalajara.....	212
4.1.1. Consumo de tabaco	212
4.1.2. Consumo de alcohol	223
4.1.3. Consumo excesivo de alcohol –Borracheras-	235
4.1.4. Consumo de cannabis	242
4.1.5. Consumo de cocaína	249
4.1.6. Consumo de heroína	256
4.1.7. Consumo de drogas de diseño	256
4.1.8. Consumo de LSD o tripis.....	262
4.1.9. Consumo de anfetaminas	268
4.1.10. Consumo de inhalantes volátiles	272
4.1.11. Consumo de psicofármacos	273
4.1.12. Razones del consumo de drogas	279
4.1.13. Análisis de los grupos de policonsumidores	280
4.1.13.1. Características de los grupos de policonsumidores	284
4.1.13.2. Prevalencia de policonsumo	285
4.1.13.3. Relación entre el tipo de policonsumidores y el género, edad y situación educativa	286
4.1.14. Resumen de resultados del consumo de sustancias	289
4.2. Análisis de los factores personales, relacionales y sociales.....	299
4.2.1. Factores personales.....	299
4.2.1.1. Satisfacción personal.....	299
4.2.1.2. Estrategias de afrontamiento.....	304
4.2.1.2.1. Estrategias de afrontamiento en función del género.....	306
4.2.1.2.2. Estrategias de afrontamiento en función de la edad	308
4.2.1.2.3. Estrategias de afrontamiento en función de la situación educativa	312

4.2.1.3. Resumen de los resultados de los factores personales.....	319
4.2.2. Factores interpersonales	322
4.2.2.1. Análisis del ocio y tiempo libre	322
4.2.2.1.1. Frecuencia de salidas	323
4.2.2.1.2. Lugares de salidas	326
4.2.2.1.3. Hora de regreso a casa.....	330
4.2.2.1.4. Dinero disponible	333
4.2.2.2. Relación con el grupo de iguales.....	334
4.2.2.3. Resumen de los resultados de los factores interpersonales.....	335
4.2.3. Factores sociales.....	337
4.2.3.1. Riesgo percibido del consumo de sustancias.....	337
4.2.3.2. Problemas percibidos del consumo de sustancias.....	341
4.2.3.3. Disponibilidad de drogas percibidas.....	343
4.2.3.4. Información sobre drogas.....	345
4.2.3.5. Resumen de los resultados de los factores sociales.....	347
4.3. Análisis de los factores de riesgo y de protección de las sustancias y grupos de policonsumidores.....	349
4.3.1. Análisis de los factores de riesgo y protección en relación a las sustancias más prevalentes: tabaco, alcohol, cannabis y cocaína.....	350
4.3.1.1. Factores de riesgo y protección en el consumo de tabaco.....	350
4.3.1.2. Factores de riesgo y protección en el consumo de alcohol.....	355
4.3.1.3. Factores de riesgo y protección en el consumo de cannabis.....	361
4.3.1.4. Factores de riesgo y protección en el consumo de cocaína.....	367
4.3.2. Análisis de los factores de riesgo y protección en relación a los tipos de consumidores.....	372

4.3.2.1. Factores de riesgo y protección en el policonsumo de tabaco, alcohol y cannabis.....	372
4.3.2.2. Factores de riesgo y protección en el policonsumo de anfetaminas y drogas de diseño.....	377
4.3.2.3. Factores de riesgo y protección en el policonsumo de cannabis, cocaína y LSD.....	380
4.3.3. Resumen de los resultados de los factores de riesgo y protección en relación a las sustancias más prevalentes y grupos de policonsumidores.....	385
4.4. Análisis multivariante del consumo de las sustancias más prevalentes y de los tipos de policonsumidores.....	394
4.4.1. Análisis multivariante del consumo de sustancias más prevalentes: tabaco, alcohol y cannabis.....	395
4.4.1.1. Predicción del consumo de tabaco.....	395
4.4.1.2. Predicción del consumo de alcohol.....	398
4.4.1.3. Predicción del consumo de cannabis.....	401
4.4.2. Análisis multivariante del consumo de los tipos de policonsumidores más prevalentes.....	404
4.4.2.1. Predicción del policonsumo de tabaco, alcohol y cannabis.....	405
4.4.2.2. Predicción del policonsumo de cannabis, cocaína y LSD.....	408
4.4.3. Resumen de análisis multivariante del consumo de sustancias y grupos de policonsumidores más prevalentes.....	411
5. Discusión y conclusiones.....	417
5.1. Sobre la prevalencia de consumo de sustancias.....	418
5.2. Sobre los factores personales, interpersonales y sociales que pueden influir en el consumo de sustancias.....	429
5.2.1. Factores personales.....	429

5.2.2. Factores interpersonales.....	435
5.2.3. Factores sociales.....	442
5.3. Sobre la predicción del consumo de tabaco, alcohol y cannabis y policonsumo de sustancias.....	444
5.4. Aportaciones y limitaciones del estudio.....	447
5.5. Para el futuro de la prevención del consumo de sustancias en adolescentes.....	449
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	453
ANEXOS.....	481
Cuestionario sobre drogas.....	483
Cuestionario COPE.....	489
Variables incluidas en el estudio.....	493
Listado de figuras incluidas en el estudio.....	495
Listado de tablas incluidas en el estudio.....	497

ABSTRACT

Research over the past two decades has tried to determine how drug abuse begins and how it progresses. There is enough evidence to say there is not just one cause of drug abuse. Many researches have identified many risk factors which can increase a person's chance for drug abuse, while protective factors can reduce the risk. The more risks a child is exposed to, the more likely the child will abuse drugs. Some risk factors may be more powerful than others at certain stages in development, such as peer pressure during the teenage years; just as some protective factors, such as a strong parent-child bond, can have a greater impact on reducing risks during the early years.

METHOD. A cross-sectional study was carried out in Guadalajara, Spain, to identify risk and protective factors associated with drugs use among adolescent students in a secondary high school sample in Guadalajara, Spain. Data collection was carried out from February until May 2008, and two scales or questionnaires were used: a) **Drug Inventory Questionnaire** (PNSD, 2008). b) **COPE**, developed by Carver, Scheier y Weintraub, (1989) and translated and validated in a Spanish sample by Crespo and Cruzado 1996. Both questionnaires were completed by 1389 adolescents between 14 and 18 years old who were studying Secondary School. The statistical analyses were done using SPSS 15 program. Frequencies analysis, Odd ratio, factorial analysis, and multivariate analysis were carried out to achieve the aims of this research.

RESULTS. The results of this research show some factors related to the onset of substances use and multidrug use. These main factors were: age, personal satisfaction; coping strategies such as denial, humour, avoidance and substance use; recreational nightlife context, peers use and risk perceived among drug use.

CONCLUSION: Results highlight the importance of different personal, interpersonal and social factors on the onset of drugs use. These must be considered to properly arrange intervention programs focusing on primary prevention among teenagers.

KEYWORDS: Teenagers, substance use, risk and protective factors, coping strategies.

PRESENTACIÓN

En los últimos años la sociedad ha experimentado una serie de cambios, que de alguna forma están produciendo transformaciones en las pautas de consumo de drogas, siendo éstas, cada vez a edades más tempranas y asociándose al contexto del ocio y la diversión; “está de moda” (Calafat y otros., 2003). Esto hace que no sea un fenómeno “aislado” que solo afecta a determinados grupos sociales considerados “marginales”, sino que dicho fenómeno forma parte de la cotidianidad de nuestras vidas, afectando a todo tipo de población independientemente de la clase social (Díaz-Aguado, 1997).

Los datos aportados por las encuestas realizadas por el Observatorio Español de Drogas y el Plan Nacional de Drogas (PNSD, 2008) muestran que el consumo de drogas, principalmente el de alcohol, tabaco y cannabis, está ocupando cada vez más un espacio central y dominante en el mundo de los adolescentes y en el modo de vivir el tiempo de ocio y los fines de semana (Arza, 2000; Calafat, 2000; Comas, 2001; Martínez, 2003; Laespada, 2004; PND, 2006, 2007, 2008; Fernández-Hermida y Secades, 2008;). Así las drogas dejan de ser un elemento que ayuda a escapar de la realidad cotidiana, para convertirse, en parte de esa realidad, sobre todo los fines de semana, donde se intenta buscar un estado de ánimo especial que facilite la relación, diversión, satisfacción, sensaciones nuevas, etc., para lo que determinadas drogas se convierten en unas aliadas fundamentales. Las personas que forman parte de esta población, son personas integradas socialmente, que estudian o trabajan, pertenecientes a una clase media o media-alta.

Uno de los aspectos que preocupa hoy en día es el uso indiscriminado de sustancias en el periodo de la adolescencia. La adolescencia es una etapa de transición entre la infancia y la edad adulta, caracterizada por una serie cambios que van a afectar a todos los niveles: físico, cognitivo, afectivo, emocional, de valores y social, donde el adolescente comienza un camino de búsqueda de identidad personal independiente de la establecida y de los convencionalismos, que junto con un mayor deseo por obtener experiencias novedosas e intensas, por ampliar las redes sociales y la búsqueda de autonomía, convierten la adolescencia en un período de especial vulnerabilidad y proclive al desarrollo de conductas asociadas al consumo. Estos cambios, en muchas ocasiones, son percibidos por los adolescentes como problemas

que, a esta edad, se presentan con gran intensidad pudiendo llegar a ser incapacitantes y abrumadores, y con gran repercusión de cara al futuro.

La etapa de la adolescencia, por tanto, se ha convertido en un periodo de riesgo para el uso y/o abuso de sustancias, ya que es cuando se llevan a cabo no solo los primeros acercamientos a las drogas, sino también el mantenimiento de patrones de consumo que, en gran parte de los casos, se consolidan en la vida adulta.

En la vida diaria de los jóvenes, existen numerosas situaciones, en las que es muy probable que tengan que enfrentarse a problemas que no pueden evitar, ni modificar y en los que tendrán que poner en marcha acciones para impedir que tales situaciones, les afecten negativamente o lo hagan en la menor medida posible (del Barrio Gándara, 2003). Estas exigencias psicosociales derivadas del proceso evolutivo de los adolescentes, pueden repercutir en su bienestar, su desarrollo psicológico, el desarrollo de las capacidades para relacionarse, la dinámica familiar, el rendimiento escolar, su autoestima, la confianza en sí mismo y el desarrollo de estrategias de afrontamiento (González Barrón y otros, 2002). El afrontamiento en los adolescentes se relaciona con un conjunto de acciones y cogniciones que lo capacitan para tolerar, evitar o minimizar los efectos producidos por un evento estresante (Plancherel y Bolognini, 1995).

Investigaciones en el campo de las drogodependencias (Díaz-Aguado 1997; González Menéndez y otros, 2003; Becoña, 2002; Luengo, 2003; Navarro, 2003; Díaz-Aguado Dir., 2004; Laespada y col, 2004; Hermida-Secada, 2008;) vienen a confirmar que existen una serie de situaciones de índole personal y social que predisponen a una persona a consumir drogas y a acabar teniendo problemas con las mismas. Por lo tanto no podemos hablar de causas que producen el consumo de drogas, sino más bien de **factores de riesgo y factores de protección**, que van hacer que un individuo tenga mayor riesgo o no, de ser consumidor de drogas.

Los factores de riesgo son aquellas circunstancias o características personales o ambientales que, combinadas entre sí, podrían resultar predisponentes o facilitadoras para el inicio o mantenimiento del uso y abuso de drogas, mientras que los factores de protección son aquellas variables que contribuyen a modular o limitar el uso de drogas (Fernández Hermida y Secades, 2008).

La mayoría de las personas están normalmente expuestas tanto a factores de riesgo como a factores de protección, y la probabilidad de que aparezcan problemas de abuso de drogas se incrementa si el número de factores de riesgo aumenta en comparación al número de factores protectores a los que esté expuesto el individuo.

Además, en algunos estudios se ha podido constatar que la exposición a ambos tipos de factores no es estable, sino que puede variar en su importancia, dependiendo de la edad y de la biografía del individuo (Robles y Martínez, 1999). Es decir, algunas variables que intervienen en la génesis de las drogodependencias tienen más o menos peso en función de otras variables (Martínez y Robles, 2001). Por ejemplo, los padres pueden tener un mayor poder de influencia en edades tempranas del individuo, mientras que los grupos de iguales parecen tener mayor influencia durante la adolescencia.

Otros trabajos han encontrado estas diferencias en el comportamiento de las variables de protección en función del género. Por ejemplo, los resultados del estudio de Friedman y Bransfield (1995) señalan que los niños tienen más probabilidad de consumir drogas que sus hermanas, compartiendo aparentemente las mismas condiciones familiares, y sugieren que los varones disponen de menos variables de protección que las mujeres.

Los diferentes estudios realizados hasta la fecha han puesto de manifiesto, por tanto, que existen muchos factores de riesgo para el uso de drogas y que cada uno tiene un impacto diferente dependiendo de la fase de desarrollo del individuo (Fernández-Hermida y Secades, 2008). Por otra parte, ciertas variables de riesgo y/o protección estarían asociadas a determinadas sustancias, de tal manera que su influencia no se podría extrapolar a cualquier tipo de droga (Newcomb y Félix, 1992).

Según Fernández-Hermida y Secades, 2008, el estudio de los factores de riesgo y de protección para el consumo de drogas resulta de especial interés de cara a planificar y desarrollar programas de prevención eficaces basados en la modificación o potenciación respectivamente de tales factores. Su análisis e identificación es fundamental, no sólo para determinar los objetivos operativos que deben perseguir estos programas, sino también, las poblaciones, los grupos o los individuos que se encuentran en situaciones de alto riesgo en relación al consumo de drogas y que precisan intervenciones específicas. La ausencia de las referencias de los factores predisponentes y facilitadores no permitiría establecer cuáles son las necesidades y,

por tanto, difícilmente, se podrían conocer los aspectos sobre los que intervenir (Moncada, 1997).

Uno de los objetivos que recoge el Plan Nacional de Drogas es el de “Priorizar la prevención como la estrategia más importante para enfrentarse al problema de la drogadicción, teniendo en cuenta los consumos emergentes” (Calafat, A. y otros, 2002). Es evidente que para desarrollar programas de prevención, que sean eficaces, resulta imprescindible conocer el modo en que se realizan estos consumos, quienes son sus protagonistas, en que contextos y porqué se producen, sus estilos de vida, los recursos que tienen, sus capacidades, las estrategias de afrontamiento que utilizan ante cualquier problema o reto, sus preocupaciones, sus inquietudes, etc.

Debido a la magnitud del problema del consumo de sustancias por adolescentes, son muchas las instituciones y profesionales que han dedicado sus esfuerzos en profundizar en este problema social, trabajando desde distintos ámbitos de actuación: administración de justicia dirigidas al control de la oferta y el narcotráfico; medidas de atención socio-sanitaria y de reinserción desde el Plan Nacional sobre Drogas y los Planes autonómicos; y de forma prioritaria en los últimos años, un impulso determinante de la actuación preventiva con el objetivo de ordenar y homologar los Programas desarrollados desde las Administraciones y otras Organizaciones no Gubernamentales dirigidos a distintos niveles: personal, familiar, escolar, ocio y tiempo libre, información, formación en habilidades sociales, etc. Sin embargo, muchos de estos programas de prevención desarrollados, no han obtenidos los resultados esperados a largo plazo, ya que no han tenido en cuenta todas las variables que pueden influir en el consumo.

Si bien la red de programas y recursos dedicados a atender las necesidades de la población consumidora ha alcanzado un considerable desarrollo y se han creado centros de rehabilitación, centros ambulatorios y programas de incorporación laboral y social, es en el ámbito de la prevención en el que todavía existen mayores retos. En un intento de avanzar en este campo, se plantean los estudios centrados en los factores de riesgo y/o protección del abuso de drogas, que van más allá de los datos estadísticos y pretenden descubrir aquellos aspectos individuales o sociales que diferencian a los jóvenes consumidores de los que no lo son, a pesar de que coexistan bajo las mismas influencias y determinantes sociales (Fernández-Hermida y Secades, 2008, 2008).

En este sentido, la investigación que se presenta a continuación con el título “Factores de riesgo y protección en el consumo de sustancias en adolescentes de Guadalajara”, pretende avanzar en la comprensión de las condiciones que aumentan o disminuyen la probabilidad de consumo de drogas en la adolescencia, teniendo en cuenta algunos factores personales, relacionales o interpersonales y sociales que afectan o pueden afectar a dicha conducta de riesgo. Para ello, el estudio se centrará principalmente en la prevalencia de consumo de distintas sustancias por una muestra de adolescentes de 14 a 18 años de la población de Guadalajara, analizando los consumos desde el punto de vista del género, la edad y la situación educativa. Además se analizará la relación entre el consumo habitual y las distintas variables o factores personales, relacionales y sociales.

Para la elaboración del trabajo final, se ha estructurado en dos grandes apartados:

1. Marco teórico. En este apartado se desarrolla toda la Fundamentación teórica, incluyendo las diferentes aportaciones y análisis de los modelos teóricos en relación a los factores de riesgo y protección en el consumo de drogas que pueden influir en la adolescencia, prestando especial interés a las estrategias de afrontamiento, ocio y tiempo libre, grupo de amigos y percepciones de los adolescentes, así como una descripción y análisis de los programas preventivos en Castilla La Mancha.
2. Investigación. Es la parte empírica del presente estudio, que está estructurada de la siguiente manera:
 - a. Objetivos e hipótesis de la investigación
 - b. Método
 - c. Resultados
 - d. Discusión y conclusiones

Finalmente se incluye un espacio para los anexos, donde se incluyen los instrumentos utilizados y otro para la bibliografía utilizada siguiendo las normas de la Asociación Americana de Psicología (APA) para su presentación.

**PARTE PRIMERA:
FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA**

1. PATRONES Y TENDENCIAS EN EL CONSUMO DE DROGAS EN LA ADOLESCENCIA.

1.1. INTRODUCCIÓN

El consumo de drogas en nuestro país ha experimentado un considerable aumento desde finales de los años setenta y comienzos de los ochenta, acompañándose de un importante incremento de consecuencias negativas, tanto en la población española en general como en la población adolescente, suponiendo, en la actualidad, uno de los problemas sociales más serios con los que se enfrenta la sociedad de nuestros días (Graña-López, 2003; Fernández-Hermida y Secades 2008, PSND, 2008).

En esta última década, el consumo de sustancias ha supuesto una gran preocupación social, conllevando una profunda transformación y adecuación de las estructuras, recursos y programas dirigidos desde la Administración, con el objetivo de poder hacer frente a las necesidades planteadas desde distintos ámbitos. Por un lado, el control de la oferta de sustancias adictivas y la asistencia sanitaria y social, y por otro, la prevención, donde existe evidencia científica que plantea la necesidad de actuar en las etapas iniciales para poder conseguir un control más determinante sobre las tasas de consumidores ofrecidas por las encuestas y estudios más recientes (García y Graña, 2003; Hermida y Secades 2008, PSND, 2008;).

En los últimos 10 años no solo ha variado los porcentajes de consumo de sustancias por los adolescentes españoles, sino que también se ha modificado el perfil del consumidor y el tipo de droga consumida (PSND, 2008). Un ejemplo de este cambio es el de consumo de heroína que ha pasado de ocupar el primer lugar entre las sustancias de consumo, a figurar entre las que ofrecen menores porcentajes, siendo desplazada por otras más novedosas como son las drogas de síntesis (PNSD 1996-2008).

La evidencia actual señala que, si bien el consumo de heroína ha llegado a decrecer de forma estable, el consumo de otras drogas como la cocaína, el cannabis, los alucinógenos, el tabaco y el alcohol sigue siendo alarmante, especialmente entre la población juvenil. Además, se viene observando en varios estudios realizados por el PNSD, la consolidación de un patrón de consumo caracterizado por el policonsumo, de tal forma que los consumidores actuales no sólo consumen un tipo de sustancia, sino que es frecuente que consuman varias drogas a la vez. Por ejemplo los

consumidores habituales de cocaína consumen además alcohol y tabaco y otras drogas ilegales como el cánnabis, los alucinógenos, las anfetaminas y el éxtasis (Calafat y otros, 2000; Hermida y Secades, 2008; PNSD, 2002-2008; Peñafiel, 2009). Nos encontramos, pues, ante una situación compleja en la que un gran porcentaje de la población consumidora abusa, no sólo de una sino de varias sustancias al mismo tiempo, lo que dificulta especialmente tanto su rehabilitación como, lo que es más importante, la prevención del consumo en todos sus niveles: individual, familiar, comunitario (Fernández y Secada, 2008).

Por otro lado, estudios realizados por el PNSD y Calafat manifiestan que el consumo de drogas se produce principalmente durante los fines de semana, que suele acompañarse de una alta frecuencia de episodios de embriaguez (PNSD, 1996-2008) y de un mayor consumo de anfetaminas, éxtasis y similares (PNSD, 2008; Calafat y cols., 2000).

La aparición de nuevas drogas y nuevos patrones de consumo, unido a que el problema ya no afecta a poblaciones marginales o grupos considerados tradicionalmente de riesgo, sino que es en la adolescencia donde se producen los primeros contactos con las drogas así como la instauración y consolidación de problemas relacionados con la salud o el ajuste social, ha despertado la necesidad de abordarlo de forma integral, propiciando la participación del conjunto de la sociedad y de las instituciones que la representan.

El concepto de patrón de consumo hace referencia a las circunstancias que mediatizan la relación individuo/drogas. Las drogas son consumidas por adolescentes que establecen una relación particular con las sustancias, pero lo hacen en un contexto determinado y con un soporte subcultural concreto.

Estos patrones son totalmente dinámicos y cambiantes, en la medida en que se asocian a nuevos mercados, nuevas modas y a usos emergentes. Esta dinámica de cambio, nos sitúa hoy ante un panorama bastante novedoso, tanto en la manera de usarlas como por los contextos en los que se inscribe su uso. Las diferentes sustancias se han convertido en “instrumentos” que actúan como facilitadores del logro de los estados de ánimo que de modo estereotipado se esperan como los adecuados en el contexto de diversión del fin de semana.

El objetivo del siguiente apartado es analizar los cambios que se han sucedido en el consumo de drogas por parte de los adolescentes en los últimos diez años, tanto a nivel nacional como en Castilla La Mancha obteniendo así una referencia clara de la situación actual. No se pretende exponer de forma exhaustiva todos los resultados que existen al respecto, sino enmarcar la situación en la que se encuentra este sector de la población a través de los datos que ofrecen las investigaciones más recientes, tanto a nivel nacional como autonómico, sobre el consumo de sustancias entre los adolescentes.

1.2. EPIDEMIOLOGÍA DEL CONSUMO DE DROGAS EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE

El objetivo de este apartado es presentar los datos relativos a los porcentajes de consumidores de las drogas más prevalentes, como son: alcohol, tabaco, cannabis, cocaína, heroína, drogas de diseño, anfetaminas, LSD, pegamento y psicofármacos, basándonos en los datos aportados por la Encuesta a la Población Escolar y por los estudios realizados en Castilla La Mancha u otras comunidades.

1.2.1. CONSUMO DE TABACO

Los datos de la Encuesta a la Encuesta Estatal sobre el uso de drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias (ESTUDES-PNSD, 2008) nos muestran una estabilización del consumo de tabaco tras el importante descenso experimentado en 2006. De hecho, la proporción de consumidores diarios ha pasado de 21,5% en 2004 a 14,8% en el 2006 y 14,8% en 2008. Para este último año, el consumo diario en las chicas es del 16,4%, cifra superior a la referida para los chicos (13,3%). (PNSD, 2008).

Un análisis longitudinal de prevalencia, muestra que el consumo ha sido similar desde 1994 al 2004. Sin embargo, con respecto al periodo 1996-2000, la prevalencia habría descendido algo. Esta evolución se debe sobre todo al comportamiento de las mujeres, y de los estudiantes de 14-16 años. De hecho, en este grupo de edad se puede apreciar una cierta tendencia al descenso del consumo, que no se aprecia entre los estudiantes de 17 y 18 años, donde el consumo podría incluso haber aumentado.

Por otra parte, descendió la media de inicio en el consumo, pasando de 13,9 años en 1994 a 13,2 en 2004, siendo el descenso algo más acentuado en las mujeres que en los hombres. (PNSD, 2004).

Según la Encuesta ESTUDES (2008), el consumo de tabaco está bastante extendido entre los estudiantes de 14 a 18 años, siendo la segunda sustancia más consumida entre ellos, después del alcohol. En 2008 un 44,6% de los estudiantes de 14-18 años afirmaba haberlo probado alguna vez, un 32,4% haberlo fumado en los últimos 30 días y un 14,8% afirma fumar a diario, porcentaje que ascendía al 31,7% entre los estudiantes de 18 años. Entre los consumidores de tabaco en los últimos 30 días, el consumo medio de cigarrillos al día es de 5,0; cifra inferior a la del año 2004 (7,7) y 2006 (5,5), no existiendo diferencias según género.

En cuanto a la relación existente entre consumo de tabaco y género, y consumo de tabaco y edad, la proporción de consumidores aumenta con la edad y es mayor en las chicas que en los chicos en todas las edades. La edad media de inicio de consumo de tabaco es la más temprana de todas las drogas y se sitúa en los 13,3 años, la cual está estabilizada desde hace 10 años, siendo similar para ambos sexos. La edad media de inicio en el consumo diario se produce un año después (14,3 años).

1.2.2. CONSUMO DE ALCOHOL

En cuanto a la tendencia del consumo de bebidas alcohólicas entre 1994-2008, se observa que los indicadores de prevalencia de consumo alguna vez en la vida, en los últimos 12 meses y los últimos 30 días descendieron lentamente en el periodo 1994-2002, y volvieron a aumentar bruscamente en 2002-2004, aunque sin llegar a alcanzar los niveles de 1994. El aumento de 2002-2004 se debió sobre todo al comportamiento del grupo de 14-16 años.

Según el PNSD, (2008), el alcohol es la sustancia cuyo consumo está más extendido entre los estudiantes de 14 y 18 años, siendo un consumo que se concentra fundamentalmente durante el fin de semana. Un 23,0% del conjunto de estudiantes encuestados beben todos los fines de semana. La proporción de consumidores actuales de alcohol (alguna vez en los últimos 30 días está estabilizada) con respecto

a 2006. Sin embargo, la prevalencia de borracheras, tras el descenso experimentado en 2006 ha vuelto a situarse en cifras parecidas o superiores a las de 2004.

El 81,2% de los encuestados en el 2008 lo han probado alguna vez, el 72,9% lo han consumido en el último año y en el 58,5% en el último mes, de los cuales, prácticamente todos (99,8%) han bebido en fin de semana, mientras que sólo un 39,3% lo ha hecho en días laborables. A medida que avanza la edad el porcentaje de estudiantes que bebe aumenta, alcanzando la proporción de consumidores mensuales el 75,1% a los 18 años (PNSD, 2008).

Los indicadores de consumo más problemático, como la prevalencia de borracheras o de consumo de riesgo, se mantuvieron relativamente estables en el periodo 1994-2002 y aumentaron bruscamente en 2002-2004. En función del tipo de bebidas, se puede decir que ha aumentado claramente la prevalencia de consumo de combinados/cubatas y ha disminuido la de cerveza y licores de frutas, sobre todo durante el fin de semana. Según el PNSD, en el 2008, el 56,2% de los estudiantes se ha emborrachado alguna vez, un 47,1% en los últimos 12 meses y un 29,1% en los últimos 30 días. La prevalencia de borracheras en los últimos 30 días es similar en hombres (29,4%) y mujeres (28,7%), y aumenta mucho con la edad (13,4% a los 14 años y 45,2% a los 18 años). De los que habían consumido bebidas alcohólicas en los últimos 30 días un 49,1% se ha emborrachado alguna vez en ese periodo.

Globalmente la bebida consumida por mayor número de estudiantes son los combinados / cubatas, aunque en días laborables la bebida predominante es la cerveza.

En cuanto a los lugares principales donde los adolescentes consumen alcohol son: en bares o pubs (66,3%), en espacios abiertos, como calles, plazas o parques (65,3%) o en discotecas (56,7%).

1.2.3. CONSUMO DE CANNABIS

Entre 1994-2006 se observa un aumento del consumo de cannabis, cualquiera que sea el indicador que se considere. La extensión del consumo se ha producido en los estudiantes de todas las edades, y en hombres y en mujeres, aunque, si se toma

como indicador la prevalencia de consumo en los últimos 30 días, el aumento relativo fue mayor en las mujeres que en los hombres. Disminuyó la edad media de consumo de cannabis.

La prevalencia del consumo de cannabis alguna vez en la vida ha disminuido en el 2008, aunque en menor proporción que en el 2006, sin embargo en la prevalencia del consumo en los últimos 12 meses podemos ver que ha aumentado en el 2008 respecto a la campaña anterior en el 2006, y en los últimos 30 días se mantiene igual, (PNSD, 2008).

Según el PNSD, (2008), el cannabis es la droga ilegal consumida por un mayor número de estudiantes de 14 a 18 años, con bastante diferencia sobre las demás, siendo también la droga ilegal que se empieza a consumir a una edad más temprana, situándose en los 14,6 años la edad media de inicio de consumo, siendo ésta similar en ambos sexos y no mostrando variaciones significativas con respecto a años anteriores. En el 2008 un 35,2% la han probado alguna vez en la vida, un 30,5% lo han consumido en el último año y un 20,1% en los últimos 30 días, siendo un consumo más extendido en los chicos en todos los indicadores, si bien esta diferencia no es tan acusada como en otras sustancias ilegales, aunque aumenta al hacerlo la intensidad del consumo. El porcentaje de consumidores diarios de cannabis es de un 3,2%, algo más del doble en los chicos (4,5%) que en las chicas (1,9%).

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. Casi un tercio de los estudiantes de 18 años ha consumido cannabis en los últimos 30 días, y un 11,6% lo ha hecho más de 10 días en dicho período.

1.2.4. CONSUMO DE COCAINA

Los indicadores de la evolución temporal del consumo de cocaína, muestran un aumento muy importante de la prevalencia del consumo en el periodo 1994-2006, existiendo un descenso de consumo, sobre todo en los 17 y 18 años en el 2008, con respecto a los datos de consumo de cocaína aportados por la encuesta ESTUDES en el 2006 (PNSD, 2007).

Sin embargo, la prevalencia en esta última década se ha multiplicado por un factor entre 3,5 y 4, dependiendo del indicador que se considere. Este aumento ha sido similar en hombres y mujeres, y ha sido más intenso en los estudiantes de 17-18 años que en los de menor edad. Por otra parte, la edad media de inicio de consumo de cocaína en el 2008 se produjo al los 15,3 años, un poco antes que en años anteriores, donde la edad de inicio en el consumo de cocaína se mantuvo relativamente estable.

La cocaína es, después del cannabis, la droga cuyo consumo está más extendido entre los estudiantes, caracterizándose por ser un consumo esporádico. De hecho, casi la mitad de los que lo han consumido en el último mes lo han hecho uno o dos días. En el 2008 (PSND, 2008), un 5,1% la han consumido alguna vez en la vida, un 3,6% en los últimos 12 meses y un 2,0% en los últimos 30 días.

En cuanto a la relación entre el consumo de cocaína y género, se puede observar que los hombres consumen más que las mujeres en todas las edades, a excepción de los 14 años donde es similar en ambos sexos, aunque bastante reducido, puesto que la expansión del consumo se produce sobre todo entre 17 y 18 años.

La forma de consumo más extendida con diferencia entre los estudiantes es la cocaína en polvo. Los datos que se presentan corresponden en todos los casos a la cocaína en general, incluyendo tanto cocaína en polvo como en base, con objeto de poder hacer comparaciones con los años precedentes.

1.2.5. CONSUMO DE HEROÍNA

El consumo de heroína está menos extendido que el de otras drogas ilegales, aunque hay que señalar que las encuestas escolares no son un buen método para estudiar el consumo de esta droga y, generalmente, se considera que lo subestiman. En la encuesta de 2008 se observa un descenso en la prevalencia de consumo experimental y en los últimos 12 meses. Sin embargo, se ha incrementado la prevalencia de consumo en los últimos 30 días. En 2008 un 0,9% de los estudiantes había consumido heroína alguna vez en la vida, un 0,7% en los últimos 12 meses y un 0,6% en el último mes

El consumo de los chicos fue muy superior al de las chicas (un 1,1% de los chicos la han consumido en los últimos 12 meses frente a 0,4% de chicas), y la edad media de inicio en el consumo fue de 14,3 años.

1.2.6. CONSUMO DE INHALABLES VOLÁTILES

Bajo esta denominación se incluyen los pegamentos, disolventes, nitritos volátiles, gasolinás e hidrocarburos, etc. El consumo de inhalables volátiles ha descendido en la última encuesta, tanto en hombres como en mujeres, obteniéndose los valores más bajos de la serie histórica. Por lo tanto, el consumo de esta droga se caracteriza por ser un consumo reducido y esporádico en esta población, siendo fundamentalmente masculino. En el 2008, el 2,7% los ha consumido alguna vez en la vida, un 1,6% en los últimos 12 meses y un 0,9% en el último mes. La edad media de inicio se situó en 2008 en los 13,8 años, la más temprana después del tabaco.

1.2.7. CONSUMO DE ANFETAMINAS

Bajo esta denominación se recoge la anfetamina y la metanfetamina, tanto en forma de base como en forma de sal, y tanto en polvo como en comprimidos. El consumo experimental de anfetaminas aumentó discretamente en el 2008, con respecto a la encuesta de 2006, mientras que el consumo de anfetaminas en los últimos 12 meses y 30 días, ha disminuido, obteniéndose en la encuesta de 2008 la prevalencia más baja desde 1994.

La extensión del consumo en 2008 fue similar a la de éxtasis y se considera también un consumo esporádico. Un 3,6% de los estudiantes las había consumido alguna vez en la vida, un 2,5% en los últimos 12 meses y un 1,2% en los últimos 30 días.

El cuanto a la relación entre el consumo de éxtasis, y el género y la edad de los adolescentes encuestados en el 2008, se puede observar que al igual que ocurre con el resto de drogas ilegales está más extendido en los varones, y se incrementa con la edad, existiendo una mayor extensión del consumo entre los 17 y los 18 años. La edad

de inicio en el consumo se situó en los 15,4 años, siendo similar en ambos sexos y mostrándose relativamente estable en los últimos años.

1.2.8. CONSUMO DE DROGAS DE DISEÑO O ÉXTASIS

El éxtasis es una denominación genérica para varias drogas sintéticas estimulantes derivadas de la feniletilamina. El consumo de éxtasis traza una línea quebrada con un descenso de la prevalencia de consumo a partir del año 2000. En la encuesta del 2008 realizada por el PNSD, un 2,7% de los estudiantes habían probado esta sustancia alguna vez en la vida, un 1,9% en los últimos 12 meses y un 1,1% en los últimos 30 días, siendo la prevalencia de consumo superior en hombres que en las mujeres y aumenta con la edad. En 2008, la extensión del consumo se ha producido sobre todo entre los 16 y 17 años y la edad media de inicio en el consumo se situó en los 15,2 años, sin variaciones significativas por sexo o con respecto a años anteriores.

1.2.9. CONSUMO DE LSD, ALUCINÓGENOS O TRIPIS

Según el PNSD (2006, 2008), no se ha producido ningún cambio significativo respecto a estudios anteriores realizados a la población escolar. En 2008 un 4,1% de estudiantes de Secundaria habían consumido tripis alguna vez en la vida, un 2,7% en los últimos 12 meses y un 1,2% en los últimos 30 días, y como ocurre con el resto de sustancias, es un consumo caracterizado por ser esporádico, que está mucho más extendido en los chicos, llegando a duplicar los valores de las chicas y que el consumo se extiende a medida que avanza la edad (PSND, 2008).

1.2.10. CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS

En el cuestionario se denomina tranquilizantes o pastillas para dormir a un grupo de medicamentos en los que se incluyen benzodiazepinas, barbitúricos y otros hipnóticos o tranquilizantes.

La evolución de la prevalencia de consumo respecto a años precedentes se observa un incremento importante en el 2008 con respecto a la encuesta del 2006 en el consumo alguna vez en la vida y el consumo en los últimos 12 meses (PNSD, 2008). El consumo actual (últimos 30 días) muestra un comportamiento más estable. Esta evolución es similar para ambos sexos.

En 2008 un 17,3% de los estudiantes había consumido tranquilizantes o somníferos con o sin receta alguna vez en la vida, un 10,1% en los últimos 12 meses y un 5,1% en los últimos 30 días. El consumo sin receta es algo inferior, con proporciones de consumidores de 9,4% alguna vez en la vida, 5,7% en los últimos doce meses y 2,9% en los últimos treinta días. No obstante, el consumo es generalmente esporádico: más de la mitad de los que han consumido alguna vez en los últimos 30 días lo han hecho uno o dos días.

El consumo de tranquilizantes o somníferos, al contrario que lo que ocurre con las drogas ilegales, está más extendido entre las chicas que entre los chicos y aumenta con la edad, situándose la edad media en el consumo de tranquilizantes y somníferos con o sin receta, se sitúa en los 14 años.

1.3. POLICONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

Según el PNSD (2008), los estudiantes que consumen drogas suelen consumir varias sustancias y no una sola, de tal forma que la proporción de los adolescentes que han consumido una determinada droga en los últimos 12 meses ha consumido también otras drogas en el mismo período: un 96,2% de los que han consumido tabaco en los últimos 12 meses han consumido también alcohol en el mismo período, y en un 64,7%, cannabis; un 79,7% de los consumidores anuales de cannabis han consumido tabaco en el mismo período, un 98,8% alcohol y un 11,3% cocaína; entre los que han consumido éxtasis en el último año, un 71,4% ha consumido también cocaína, un 62,0% anfetaminas y un 54,1% alucinógenos. Por lo que respecta los consumidores anuales de cocaína, un 38,5% ha consumido también éxtasis y un 38,4% alucinógenos.

2. FACTORES DE RIESGO Y FACTORES DE PROTECCION QUE INFLUYEN EN LA CONDUCTA DE CONSUMO DE SUSTANCIAS

2.1. INTRODUCCIÓN

El consumo de drogas es uno de los problemas que mayor interés ha despertado en las últimas décadas, debido a que debuta a edades cada vez más tempranas y se relaciona con toda una serie de consecuencias negativas para la salud (PNSD, 2002). Además del elevado coste personal, visible a través de la tasa de morbilidad y mortalidad asociada a las drogas, está también el coste social y económico que lleva consigo esta conducta en cualquier sociedad (Laespada, 2004).

El aumento de consumo de sustancias en las últimas décadas, así como los problemas derivados de ellas, han llevado a diferentes entidades, tanto nacionales como internacionales, a buscar soluciones, de tal forma que en España, el Plan Nacional sobre Drogas, el Observatorio Europeo de Drogas y los Planes autonómicos, desde hace algunos años, vienen realizando diversos estudios de carácter eminentemente epidemiológico sobre el consumo de drogas y sobre los factores asociados a este consumo. Laespada (2004), afirma que, la investigación epidemiológica define la naturaleza, el horizonte y la secuencia de la progresión desde el inicio del consumo hasta el abuso o adicción y puede identificar aquellos segmentos de la población que son más vulnerables al consumo y abuso de sustancias y los factores asociados que contribuyen a esa vulnerabilidad. En este sentido, la mayoría de los estudios revela la existencia de un consumo de drogas legales e ilegales y señala algunos factores asociados que contribuyen a explicar esta práctica.

Los adolescentes, son uno de los grupos más vulnerables a este comportamiento de riesgo, donde el consumo de drogas, como conducta, no puede explicarse con la teoría unicausal, sino que va a estar relacionado con una serie de factores o características que van a favorecer dicho consumo. No es posible dar una explicación concisa y universal para aclarar las razones que llevan a algunos adolescentes a consumir y otros no, en situaciones similares.

Según Díaz Aguado (1997), para comprender la conducta de riesgo en los adolescentes es necesario tener en cuenta que no se produce de forma gratuita, sino que puede ser utilizada para responder a funciones psicológicas y sociales, especialmente cuando no se dispone de otros recursos para ello. Entre dichas funciones cabe destacar: la integración en el grupo de compañeros, la reducción de estrés y de la incertidumbre sobre la propia identidad, obtener experiencias de poder y protagonismo social, establecer la autonomía de los padres, rechazar las normas y valores de la autoridad convencional, o marcar la transición de la infancia al estatus adulto.

Algunas de las características evolutivas propias de la adolescencia pueden incrementar la vulnerabilidad con relación al consumo de drogas de las personas que se encuentran en este momento vital (Díaz Aguado, 1997). No es casualidad, que el inicio del consumo de drogas, tanto legales como ilegales, tenga lugar precisamente en la adolescencia. Ahora bien, el que este consumo experimental u ocasional, sea algo transitorio y anecdótico en la vida de un adolescente o se convierta en un consumo problemático que dificulte su maduración y desarrollo personal, va a depender de cómo el joven maneje la situación, lo cual vendrá determinado por un entramado de factores, de situaciones presentes en sus recursos personales y en su realidad social.

Investigaciones en el campo de las drogodependencias (Becoña, 2002; Díaz-Aguado, 2004; Díaz-Aguado 1997; González Menéndez y otros, 2003; Hermida y Secades, 2008; Laespada, 2004; Navarro, 2003; Peñafiel, 2009) vienen a confirmar que existen una serie de situaciones de índole personal y social que predisponen a una persona a consumir drogas y a acabar teniendo problemas con las mismas. Por lo tanto, no podemos hablar de causas que producen el consumo de drogas, sino más bien, de factores de riesgo y factores de protección, que van hacer que un individuo tenga mayor riesgo o no, de ser consumidor de drogas.

Uno de los puntos de partida en el estudio de drogodependencias va a ser, el análisis de los factores de riesgo y protección, que va a permitir comprender el fenómeno del inicio y mantenimiento del consumo de sustancias entre los adolescentes, así como diseñar programas de prevención eficaces (García y Graña, 2003; Hermida y Secades, 2008; Laespada, 2004; Peñafiel, 2009).

Teniendo en cuenta las diferencias que existen entre los que consumen y los que no, entre los que lo hacen de forma moderada o compulsivamente y entre los que abandonan el consumo y los que no son capaces de dejarlo, se han obtenido una serie de variables que pueden ser factores de riesgo o de protección para el consumo. En la bibliografía sobre factores de riesgo y de protección (Becoña, 2002; González Menéndez y otros, 2003; Hermida y Secades, 2008; Laespada, 2004; Navarro, 2003; Peñafiel, 2009), se han ido definiendo y clasificando una serie de factores en función de distintas variables, tales como: familiares, escolares, grupales, laborales, comunitarios, personales, de valores, etc.

2.2. CONCEPTUALIZACIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO Y DE PROTECCIÓN

El enfoque del factor de riesgo (Stamler, 1978; Simona y otros, 1988) fue adoptado desde la investigación biomédica y dirigido 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.

En la actualidad es muy habitual incluir los factores de riesgo y los factores de protección como elementos relevantes a la hora de explicar la conducta de consumo de drogas. Tanto la investigación sobre factores de riesgo y factores de protección ante el consumo, como las teorías que organizan y dan sentido a esta investigación proporcionan información de gran utilidad para elaborar estrategias de prevención. Más aún sabiendo que los cambios relacionados con la salud de los individuos, tales como el consumo de drogas, ocurren como resultado del cambio en los mediadores de ese comportamiento (MacKinnon, 1994)

Con el término “riesgo” se recoge el incremento de la probabilidad de un resultado o consecuencia negativa dentro de una población de individuos. Los “**factores de riesgo**”, por tanto son, todas aquellas circunstancias socioculturales y características individuales, que en conjunción, en un momento determinado, incrementan la vulnerabilidad de los adolescentes favoreciendo que pueda dar un consumo abusivo y problemático (González Menéndez y otros, 2004).

Otros autores, son más específicos en la conceptualización del término de factor de riesgo, y lo definen como “una característica interna y/o externa al individuo cuya presencia aumenta la probabilidad o la predisposición de que se produzca un determinado fenómeno (Clayton, 1992; Luengo, y otros, 1999). Estas características personales, familiares, sociales y culturales, permitirían predecir el desarrollo de la conducta de consumo de drogas y situarían a la persona en una posición de vulnerabilidad hacia este tipo de comportamiento. (Laespada, 2004; Peñafiel, 2009).

En este contexto, aparece el término de “vulnerabilidad”, que se debe a la presencia de cierto número de características de tipo genético, ambiental, biológico, psicosocial y cultural, que actuando individualmente o entre sí desencadenan la presencia de un proceso. (Peñafiel, 2009)

En lo que se refiere a los “**factores de protección**”, en la literatura existente sobre este tema, la mayoría de los autores los han definido como aquellas variables (situaciones, actitudes, valores, etc.) que contribuyen a prevenir, reducir o modular el consumo de drogas y las consecuencias negativas de este consumo. (González Menéndez, 2004; Navarro, 2003). Clayton, 1992, define los factores de protección como “aquellos atributos individuales, condición situacional, ambiente o contexto que reduce la probabilidad de ocurrencia de un comportamiento desviado, inhibiendo o atenuando así, la posibilidad del uso de sustancias.

Hay que tener en cuenta que no es necesaria la presencia de todos y cada uno de los factores de riesgo para que se produzcan el comportamiento desviado, de la misma forma que la aparición de uno de ellos no determina necesariamente la ocurrencia del mismo de forma causal. De hecho, coexisten con los factores que protegen al sujeto frente al consumo. Los factores de riesgo interactúan entre sí influyéndose y son de carácter probabilístico, es decir, su presencia aumenta la probabilidad de que se dé una conducta.

Asimismo, no es condición necesaria la ocurrencia de los mismos factores entre sujetos consumidores, ya que la variedad y la configuración particular de circunstancias personales y sociales es la norma en este fenómeno que estudiamos. Esta variedad queda puesta de manifiesto al haberse aceptado por la comunidad científica la necesidad de entender el 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 donde se desarrolla la conducta de consumo (Laespada, 2004).

Se puede afirmar que los factores de riesgo y los factores de protección no son posiciones opuestas de un mismo continuo, sino dos realidades diferenciadas que interactúan entre sí. (Navarro, 2003). Al igual que los de riesgo, los factores protectores también pueden funcionar de manera interactiva, tal que la presencia de alguno de ellos reduzca el riesgo de consecuencias negativas dentro de un grupo de alto riesgo, pero tenga un impacto limitado dentro de un grupo de riesgo menor.

Parece, pues, que existe un mecanismo riesgo-protección, en el cual los factores de protección, de algún modo, interactúan sobre los factores de riesgo y los modulan en su relación de probabilidad respecto a los consumos de drogas ejerciendo una función protectora (González Menéndez, 2004; Navarro, 2003); y si bien no pueden establecerse relaciones causales estrictas, esta relación de probabilidad de descenso en los consumos en presencia de determinados factores de protección ha sido señalada por diversos autores (Navarro, 2003).

Como consecuencia de este análisis, podemos decir, que los términos factores de riesgo y de protección tienen dos características principales:

1. **Es un concepto co-relacional.** En consecuencia, referir que una característica actúa como factor de riesgo no significa que necesariamente tenga que producirse el resultado.
2. **Su estatus es condicional y probabilístico.** La relación factor de riesgo-resultado depende de un número determinado de variables. Algunas son características del propio riesgo (por ej., duración, intensidad, tiempo de exposición), otras son características de la población a la que se asocia (sexo, edad, clase social), y otras son variables que pueden estar asociadas con el propio factor de riesgo (por ejemplo, experiencias del individuo).

Clayton (1992) identificó cinco principios generales a la hora de hablar de factores de riesgo y factores de protección:

1. Los factores de riesgo pueden estar presentes o no en un caso concreto. Cuando un factor de riesgo está presente, es más probable que la persona use o abuse de las drogas que cuando no lo está.

2. La presencia de un solo factor de riesgo no es garantía de que vaya a producirse el abuso de drogas y, por el contrario, la ausencia del mismo no garantiza que el abuso no se produzca. Lo mismo sucede en el caso de los factores de protección. El abuso de drogas suele ser probabilístico y, en todo caso, es el resultado de la intervención conjunta de muchos factores influyendo en ella.
3. El número de factores de riesgo está directamente relacionado con la probabilidad del abuso de drogas, aunque este efecto aditivo puede atenuarse según la naturaleza, contenido y número de factores de riesgo implicados.
4. La mayoría de los factores de riesgo y de factores de protección tienen múltiples dimensiones medibles y cada uno de ellos influye de forma independiente y global en el abuso de drogas.
5. Las intervenciones directas son posibles en el caso de alguno de los factores de riesgo detectados y pueden tener como resultado la eliminación o reducción de los mismos, disminuyendo la probabilidad del abuso de sustancias. Por el contrario, en el caso de otros factores de riesgo la intervención directa no es posible, siendo el objetivo principal atenuar su influencia y así reducir al máximo la posibilidad de que estos factores lleven al consumo de drogas.

Entre las conclusiones más importantes aportadas por las investigaciones sobre los factores de riesgo, Moncada (1997) destaca las siguientes:

- Existen factores asociados al uso de drogas y factores relacionados con la abstinencia de las mismas. Los factores de riesgo y protección no son extremos; es decir, la ausencia de un factor de riesgo no se considera como un factor de protección ni viceversa.
- Estos factores se refieren a dos clases: los relacionados con el individuo (intrapersonales e interpersonales) y los relacionados con el contexto (ambientales).
- Cuanto mayor sea la concentración de estos factores mayor el riesgo o protección.
- Existen diferentes factores de riesgo para los diferentes tipos de sustancias.
- Los factores de riesgo del inicio del uso de sustancias no tienen por qué coincidir con los de otras etapas del consumo.

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

- Algunos factores de riesgo tienen una influencia constante a lo largo del desarrollo, mientras que otros agudizan su impacto en determinadas edades.
- No todos los factores tienen la misma validez externa.
- Los diferentes factores muestran mayor o menor correlación con el uso de drogas dependiendo muchas veces de los instrumentos de medida y los indicadores que se utilizan.
- Algunos factores son más remotos, causas relativamente indirectas de la conducta, (aunque no por ello menos importantes). Su efecto se encuentra mediado por otros que se encuentran más próximos al individuo.
- Por último, se han encontrado factores de riesgo y protección que son comunes a una amplia variedad de conductas problemáticas o desadaptadas propias de la adolescencia y juventud.

Existen numerosos modelos teóricos para tratar de explicar por qué ciertas personas se inician en el consumo de drogas y para analizar, como determinados individuos que están sometidos a ciertos factores de riesgo, no desarrollan una conducta drogodependiente, mientras que otros si van la va a desarrollar. Una conducta de riesgo como puede ser el consumo de drogas, es algo más que el resultado final producto de una suma de factores. La interacción de los factores de riesgo y de protección es quien determina el resultado (riesgo), y la interacción del individuo con su ambiente es quien determina la vulnerabilidad a la conducta desajustada.

Entre los factores de riesgo analizados en el estudio y revisión realizada por Navarro (2003) se señalan los sociales, los familiares, la influencia de los compañeros, los socioculturales, los valores y conductas desviantes, los intrapersonales, los de personalidad y los estados emocionales. Estos factores se engarzan entre sí influyéndose recíprocamente, aumentando o reduciendo las probabilidades de que se dé un consumo. (Laespada y otros, 2004).

Desde una concepción integral, se puede afirmar que existen multitud de variables predictoras, que son muchos y variados los factores etiológicos identificados sin que, hasta ahora, se conozca a ciencia cierta cómo se ordenan y se relacionan estas variables entre sí o cual es la combinación específica que permite predecir la ocurrencia de una conducta.

En los hallazgos encontrados, se observan varios niveles de relación existente entre los factores de riesgo y los consumos de drogas. El nivel más coincidente o intenso en esta relación se destacan las relaciones con los compañeros, los valores poco convencionales, el ser emocionalmente poco estable, las actitudes preconsumo y la infravaloración de los riesgos que comportan las drogas. También intervienen, aunque con menor intensidad los factores familiares y escolares.

2.3. FACTORES DE RIESGO Y DE PROTECCIÓN EN EL CONSUMO DE DROGAS EN LA ADOLESCENCIA

Se han desarrollado diversas teorías en relación con los factores de riesgo y protección en el consumo de sustancias, y todas ellas coinciden en considerar la adolescencia como un momento clave en la adquisición de conductas de riesgo.

La evidencia empírica ha demostrado que las conductas de uso y abuso de drogas en la adolescencia no dependen de un único factor, sino que están originadas y mantenidas por diversos factores y características propias de la adolescencia, de naturaleza multidimensional, que hacen que los adolescentes sean un grupo susceptible al consumo de sustancias. Tradicionalmente han sido agrupados en factores de riesgo individuales, interpersonales o relacionales y contextuales. (Hawkins, Catalano y Miller, 1992; Arbex 2002; Carballo Crespo, 2004; Laespada, 2004):

2.3.1. FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN PERSONALES

Hacen referencia a las circunstancias internas del individuo, a su forma de ser, sentirse y comportarse que conforman un sujeto único (Laespada, 2004). La forma personal en que cada sujeto asimile los cambios propios de la etapa de la adolescencia, así como las características individuales, las capacidades y formas de afrontamiento, los recursos, etc. , determinará, por un lado, el logro de un mayor o menor nivel de independencia y autonomía, y por otro que actúen como factores de riesgo (facilitando la probabilidad de inicio y desarrollo de consumo de drogas) o como factores de protección (manteniendo alejado al adolescente de esta conducta de riesgo).

Los principales factores de riesgo a nivel personal que son analizados en la bibliografía como predictores del consumo de sustancias en la adolescencia son: la edad, el género, el estado de salud, el estado emocional, la personalidad, los recursos sociales de que dispone, las actitudes, los valores, la autoestima, expectativas hacia el uso de la droga, etc.

2.3.1.1. Características evolutivas de la adolescencia

La adolescencia es una etapa de la vida difícil de definir, porque si bien sabemos que comienza con los cambios fisiológicos de la pubertad, no es fácil indicar cuando termina. Cronológicamente comienza con los cambios puberales, que se inician en las chicas hacia los 10.5 años y en los chicos hacia los 11.5. (López Sánchez, 1995) La duración media de estos cambios puberales es de 3 ó 4 años y afectan de forma muy importante a la sexualidad y a la figura corporal. La capacidad de reproducción, con todo lo que ello conlleva: cambios hormonales, comienzo del ciclo menstrual en la mujer, capacidad de eyacular en el varón etc., supone un cambio cualitativo en la sexualidad; cambio que se ve acompañado de la definición de la orientación de deseo y un mayor interés por las conductas sexuales. El deseo sexual, la atracción y la capacidad de enamorarse dan a la sexualidad una dinámica nueva convirtiéndose en una de las motivaciones más significativas, mediatizando el deseo, la fantasía y las conductas interpersonales.

La OMS propone los 20 años como edad donde finaliza la adolescencia. En nuestra sociedad muchos jóvenes se ven obligados a seguir siendo socialmente adolescentes hasta edades muy avanzadas, dado que no pueden acceder a las conductas que se consideran propias de los adultos, siguen dependiendo económicamente de estos y no tienen verdaderas responsabilidades sociales, laborales y familiares (Martínez, 2003; Pallares y Feixa, 2000).

De forma paralela a los cambios fisiológicos, tienen lugar otros muchos y complejos cambios mentales, emocionales y sociales. Nuevas capacidades mentales, las denominadas por algunos psicólogos, capacidades formales o de abstracción y combinatoria, les permite construir sus propias ideas, entender la realidad como algo que se puede cambiar, criticar el pensamiento de los adultos y adquirir valores

morales. Estas nuevas capacidades les ayudan enfrentarse a nuevas situaciones y les llevan a analizar críticamente la familia, el sistema escolar y la sociedad en general. La incoherencia y las injusticias de la organización social controladas por los adultos se les puede hacer evidente y difícilmente admisible.

En esta etapa evolutiva, el universo de valores, intereses, actitudes vitales y comportamientos adultos quedan, sino fijados, al menos orientados, y la propia identidad personal se va configurando, experimentando un desarrollo emocional, comportamental y físico que los llevará a tratar de independizarse de sus padres y buscar su propia identidad.

Según Arbex (2002), en la etapa de la adolescencia destacan tres aspectos importantes:

1. Además de ser transitoria, se trata de una etapa especialmente dinámica y cambiante. Es un proceso evolutivo, que se da en un marco social e histórico concreto. Como señala Funes (1998) “este proceso se suceden etapas, acontecimientos y circunstancias, algunas de las cuales serán enriquecedoras y estabilizadoras y otras problemáticas”.
2. Cada adolescente vive esta etapa de una manera particular y subjetiva. En este sentido, cada uno de ellos es resultado directo del medio social en que se desenvuelve, es decir, espacios y comunidades humanas que producen diferentes maneras de ser adolescente.
3. Los adolescentes expresan sus dificultades y conflictos normalmente en términos sociales. Desembocan en conductas y en comportamientos problemáticos en el área social: conductas de gamberrismo, actuaciones arriesgadas, afirmación mediante la trasgresión de las normas, consumo de drogas, conducción arriesgada, etc.

La adolescencia, como etapa evolutiva, es un período significativo en relación al consumo de sustancias, ya que está demostrado, que el consumo de drogas tiene su origen en edades relativamente tempranas, concretamente en los primeros años de la adolescencia, (PNSD, 2008; Valles Lorente, 1996; Gómez-Reino y otros, 1995; Barca Lozano y otros, 1986; García Pinchado, 1992). Existen una serie de características evolutivas propias de la adolescencia (cambios cognitivos, personales y

psicosociales), que pueden incrementar la vulnerabilidad de las personas que se encuentran en este momento vital, a tener un consumo problemático de sustancias ya que les sitúan más cerca de la influencia por los grupos principales de factores de riesgo. (Arbex, 2002; Laespada, 2004). Según Arbex (2002), las características propias de la adolescencia que pueden favorecer el consumo de sustancias son resumidas en:

1. *Necesidad de reafirmación:* La formación de una identidad propia es una de las tareas evolutivas más críticas de la adolescencia, ya que se produce una tendencia a preocuparse en exceso de su imagen y por cómo son percibidos por los demás. Los adolescentes necesitan reafirmar su identidad y para ello han de compartir unos “ritos” específicos, muchos de ellos, están íntimamente ligados a los ritos propios de los fines de semana nocturnos, entre ellos el consumo del alcohol y de otro tipo de drogas, utilizadas como objetos/sustancias generadoras de vínculos sociales.

A la vez que el consumo les confiere identidad frente a los adultos, también les proporciona símbolos propios, que redundan en el sentido de pertenencia grupal e identidad frente a otros grupos de jóvenes, incorporándose en determinadas subculturas juveniles (Díaz Aguado, 1997).

2. *Necesidad de trasgresión.* Como señala Marina (2001) “se trata de una generación de padres que ha venido predicando la idea de libertad como el valor supremo, como la idea central del ambiente cultural, del orden de valores... y ahora no encuentra ningún otro valor que justifique las limitaciones de ésta”. El espacio de trasgresión para los adolescentes parece reducirse a muy pocos aspectos, uno de ellos es el consumo de drogas vinculado habitualmente a sus tiempos y espacios de ocio (Arza y Zubillaga, 2000; Laespada y Pallares, 2001). Creen que están contraviniendo el orden social establecido y lo viven como un acto de provocación frente al mundo adulto y sus normas.

Hawkins y otros. (1992), afirman que el rechazo a las actitudes y valores normativos de la sociedad, y las actitudes positivas hacia este consumo, constituyen un importante factor de riesgo para el consumo de sustancias en adolescentes. Unas actitudes favorables a este consumo y una percepción del mismo vinculado a una cierta trasgresión de las normas establecidas pueden interpretarse por el adolescente como una forma de construir una identidad

específica, diferente a la ofrecida por la sociedad. Según Hawkins y otros (1992), el incentivo de esta rebeldía sería más importante entre los 15 y 17 años, es decir, durante la adolescencia media. Estas actitudes, además, podrían considerarse como una de las variables más directamente relacionadas con el consumo de sustancias, si tenemos en cuenta que dichas actitudes son también una importante variable explicativa de otras conductas transgresoras de tipo delictivo o predelictivo durante la adolescencia (Cava, Musitu, y Murgui, 2006).

3. La figura corporal se convierte en una de las mayores preocupaciones de la mayoría de los adolescentes obligándoles a adaptarse a ella y a redefinir su autoestima personal y social. Se sienten más presionados por los modelos de belleza dominantes, tienen frecuentes preocupaciones y deseos de cambiar algún aspecto de su figura.
4. Necesidad de conformidad intra-grupal. El grupo de iguales, los amigos, les permite desarrollar actitudes, valores y estilos de vida propios y a la vez compartidos con personas de su elección (Vega, 2000), logrando que se diluya la percepción de riesgo y la conciencia de responsabilidad, a la vez que le confiere una mayor seguridad y apoyo.

El grupo de iguales pasa a ser un elemento de referencia fundamental para el adolescente. Sirve como refugio del mundo adulto en el que pueden explorar una gran variedad de papeles. No extraña, que la experimentación precoz con el tabaco, el alcohol y otras drogas tenga lugar dentro del grupo de amigos.

El adolescente adquiere una mayor orientación social y dependencia de sus amigos y se observa una mayor conformidad con el mismo. Si el joven se relaciona e integra en un grupo con actitudes positivas y proclives al consumo de drogas, donde éste ocupa una función importante (diversión, experimentación de sensaciones nuevas, trasgresión, signo de identidad grupal, escapar de las tensiones o los problemas...) le será muy difícil resistir la presión del grupo (Díaz Aguado, 1997).

Conviene apuntar que la vulnerabilidad a la presión de grupo, vienen modulada en gran medida por los recursos personales del adolescente, tales como la autoestima, asertividad, capacidad de enfrentarse a los conflictos típicos,

habilidades sociales, etc.; actuando así como factores protectores del consumo de sustancias (Díaz-Aguado, 2004).

5. Sensación de invulnerabilidad. La conducta temeraria de los adolescentes se produce por dos razones principales: el egocentrismo y la búsqueda de sensaciones nuevas. El egocentrismo y su necesidad de diferenciación le llevan a construir lo que los que se ha denominado “la fábula personal” (Díaz-Aguado, 1996). Los adolescentes tienden a pensar que sus experiencias son tan únicas e irrepetibles que nadie las ha vivido anteriormente, ni sería capaz de entenderlas. Esta circunstancia puede alimentar la sensación de invulnerabilidad respecto a los efectos perjudiciales de las drogas, ya que se produce una distorsión cognitiva que les hace creer que las consecuencias negativas más probables de sus conductas de riesgo no pueden sucederles a ellos, porque ellos son especiales. Por otro lado, suelen ser poco receptivos a determinados mensajes de salud que les advierten del peligro de las drogas, ya que se sienten envueltos en una coraza personal que les protege de todos los peligros.
6. Rechazo a la ayuda del adulto. Según Díaz Aguado (1997) la creciente necesidad de autonomía que experimenta el adolescente le lleva a rechazar la protección de los adultos y a enfrentarse a situaciones y conductas de riesgo que pueden representar una amenaza para su desarrollo posterior.
7. Susceptibilidad frente a las presiones del entorno. Los adolescentes pueden ser sensibles a las campañas de publicidad diseñadas para asociar el consumo de drogas (tanto legales como ilegales) con una determinada imagen. “Temas relacionados con la identidad y la imagen pública, la curiosidad y las ganas de experimentar sensaciones nuevas, pueden aumentar de forma sustancial la susceptibilidad frente a la publicidad y otras influencias sociales que promueven el uso de sustancias” (Botvin, 1996).
8. Necesidad de experimentación y búsqueda de sensaciones nuevas. La existencia de una vulnerabilidad individual a la adicción podría estar relacionada con factores de personalidad. Uno de los más estudiados en relación a la susceptibilidad a la adicción ha sido el de novelty-seeking, también denominado sensation-seeking, o la búsqueda de novedades, sensaciones o experiencias nuevas, variadas y en ocasiones arriesgadas o peligrosas (Nadal, 2008). La necesidad de experimentar sensaciones nuevas e intensas, el ansia de estimulaciones fuertes, conocerse y

conocer las propias limitaciones, son características muy asociadas a la adolescencia y aspectos frecuentemente mencionados por éstos a la hora de argumentar el consumo (Laespada, 2004).

La búsqueda de sensaciones es una explicación de la conducta de consumo originaria de los años 60 que en los últimos tiempos está recibiendo mucha atención en relación a la involucración de los jóvenes en conductas de riesgo. La búsqueda de sensaciones es definida por Zuckerman (1979) como “una necesidad de experimentar variadas, novedosas y complejas sensaciones y el deseo de correr riesgos físicos y sociales, por el simple deseo de disfrutar de dichas experiencias”. Esa predisposición por correr riesgos deriva de la preferencia por buscar estímulos, por lo que correr riesgos puede considerarse relacionado con la búsqueda de sensaciones.

La experiencia directa con las sustancias es una variable de gran influencia en el consumo. Esta variable crea en el sujeto unas expectativas y una experiencia que le proporciona información empírica que le servirá para determinar acciones futuras. Según Bandura (1984) si el sujeto percibe que el consumo de alcohol y otras sustancias, resulta una estrategia de afrontamiento adecuada, su tendencia al consumo será mayor. Si esta situación se repite durante un tiempo, el consumo de sustancias puede llegar a ser abusivo.

Existen múltiples estudios que relacionan la búsqueda de sensaciones y la experimentación con el consumo de sustancias (Wood y otros 1995; Beck y otros 1995), concluyendo que éstas es un factor de riesgo para el uso de drogas en jóvenes y adultos (Hittner y Swicker, 2006; Espada et al, 2008). Los jóvenes que consumen drogas repetidamente se caracterizan por su deseo de probar, vivir sensaciones nuevas cargadas de emoción, su susceptibilidad al aburrimiento y por su inclinación a buscar aventuras y desinhibirse (Elzo y Vielva, 1998; Vielva, 2000).

2.3.1.2. Actitudes, creencias y valores.

Las actitudes, creencias y valores, forman parte del yo de cada uno, e influyen y determinan gran parte de la conducta que la persona tiene para consigo misma y con los demás (Miguel y Novel, 2004). Estos elementos se han mostrado como predictores

fiables de la conducta de consumo (Fishbein y Ajzen, 1980). En este sentido, lo que el joven piensa sobre las drogas, las creencias acerca de sus efectos y sobre el propio acto de consumir y lo que experimenta con ellas, arrojan un balance subjetivo positivo o negativo que determinará la ocurrencia o no del consumo.

Valores, creencias y actitudes, como veremos más adelante a la hora de hablar de los factores de riesgo relacionales, vienen determinados, en primera instancia, por la familia como contexto portador y transmisor de las mismas (Ferrer Pérez y otros, 1991) y por la presión del grupo de iguales, que se constituye también como una poderosa fuerza que influye en la configuración del carácter y los valores del adolescentes (Gómez Reino y otros, 1995).

En términos generales, por **valores** debemos entender los criterios o juicios a través de los cuales, en una sociedad concreta, se establece aquello que es destacable o no; representan el fundamento de las normas por las que esa sociedad se rige y, sobre todo, la base a partir de la cual se aceptan o se rechazan todos aquellos elementos que no están previstos en la cultura de un determinado grupo. Resulta así evidente que los valores tienden a la preservación, a asegurar la estabilidad de la cultura de una sociedad, aunque ciertamente, en determinados momentos, un conflicto entre valores discordantes puede llevar a la revisión e, incluso, al cambio de las categorías culturales (Megías, 2000).

Las **creencias** implican siempre la interiorización de los valores, nociones e imágenes sobre la naturaleza del universo. El ser humano vive inmerso en un mundo de creencias, aunque tal vez no sea consciente de ello, debido a que están interiorizadas y forman parte de su mundo de ideas y pensamientos. Las creencias son esencialmente intangibles, no tienen porque ser empíricamente comprobables; sin embargo, la constelación o sistema de creencias de un determinado grupo, sociedad o cultura se manifiesta y exterioriza en el comportamiento de los individuos (Novel y otros, 2005).

Las creencias al igual que los valores, forman parte de nuestras actitudes y por ello rigen fenómenos tan diversos como son el prejuicio social y la religión.

Por otro lado, las **actitudes** significan la organización de los sentimientos, de las creencias y de los valores, así como la predisposición de una persona para comportarse de una manera dada. Son un determinante muy importante en la

orientación y adaptación del ser humano a su entorno social, dado que la actitud representa el aspecto psicológico fundamental entre las capacidades de percibir, sentir y de emprender de una persona, al propio tiempo que ordena y da significado a su experiencia. Tener una actitud implica estar listo a responder de un modo dado a un objeto social, significa la existencia de una motivación y una actuación para aproximarse, alejarse o evitar el objeto social.

Las actitudes forman parte e integran la personalidad del sujeto: son hábitos internos que indican las tendencias reales de la conducta manifiesta, o cual representa la mejor información para predecir un comportamiento, como puede ser el de consumo de sustancias.

Las actitudes no son innatas, sino que pertenecen al dominio de la motivación humana, es decir, se forman o aprenden en relación con otras personas, grupos e instituciones, objetos, valores o ideologías. Las actitudes son creadas a partir de las actitudes de las otras personas. El niño, a través de la relación e identificación que realiza con los padres, desarrolla una serie de actitudes que se van formalizando a medida que amplía su campo afectivo relacional a lo largo de su vida social. La influencia familiar, la influencia de los grupos de pertenencia y de referencia y la influencia del sistema sociocultural en que se desenvuelve, configuran las actitudes de la persona.

Por otra parte, las actitudes están organizadas por una estructura que está formada por los componentes cognoscitivos, afectivos y comportamentales. Esto tres componentes tienden a ser congruentes entre sí, ya que se refieren y dirigen a un mismo objeto

Los valores, creencias y actitudes, guían y orientan el comportamiento y las metas que los adolescentes se plantean en la vida. De forma explícita o no, los valores y actitudes están entre los múltiples factores que tienen que ver con los consumos de drogas (Megías, 2000). Algunos teóricos apuntan a que la no interiorización o el alejamiento de algunos valores convencionales predisponen a transgredir la norma en mayor medida (Catalano, Hawkins y otros, 1996). De acuerdo con Luengo y otros (1999), las personas con conductas problemáticas aprecian más aquellos valores con un significado personal inmediato como el placer, el sexo, el tiempo libre, etc.; y valoran en menor medida valores con trascendencia social a más largo plazo (justicia, solidaridad, etc.).

Como ya señalaron en su modelo explicativo Hawkins y otros (1992), el rechazo a las actitudes y valores normativos de la sociedad y las actitudes positivas hacia este consumo, constituyen un importante factor de riesgo para el consumo de sustancias en adolescentes. Unas actitudes favorables a este consumo y una percepción del mismo vinculado a una cierta trasgresión de las normas establecidas pueden interpretarse por el adolescente como una forma de construir una identidad específica, diferente a la ofrecida por la sociedad. Según Hawkins y otros (1992), el incentivo de esta rebeldía sería más importante entre los 15 y 17 años, es decir, durante la adolescencia media. Estas actitudes, además, podrían considerarse como una de las variables más directamente relacionadas con el consumo de sustancias, si tenemos en cuenta que dichas actitudes son también una importante variable explicativa de otras conductas transgresoras de tipo delictivo o predelictivo durante la adolescencia (Cava y otros, 2006).

En un estudio realizado por García del Castillo (2006) sobre el consumo de alcohol en estudiantes y su relación con las actitudes y valores, afirma, que la educación en valores del individuo adquiere cierto protagonismo en el desarrollo o no de determinadas conductas de riesgo, ya que la adopción de valores considerados de riesgo, tales como la competitividad, el afán de experimentación, el inmediatez, la insolidaridad, la enfatización de la autonomía, el liberalismo sexual, etc., pueden llevar al individuo a desarrollar conductas de consumo de sustancias.

Según Megías (2000), aquellas personas cuyos valores dominantes son egocéntricos y asociales, presentistas o arreligiosos tienen un mayor riesgo de consumir drogas. De hecho, quienes se autodefinen con estos valores, en realidad consumen más drogas. Se trata sin duda de algo favorecido por la búsqueda de la satisfacción personal inmediata y por la mayor disposición para la ruptura de la norma. En esta línea, en un estudio realizado en Castilla La Mancha (2008), Megías-Quirós afirma que los consumos han saltado de las posiciones de marginalidad para centrarse en los contextos de diversión grupal y aceptación en base a los principios de exaltación del hedonismo, el presentismo y la diversión inmediata, desimplicada y desresponsabilizada.

Se puede decir, por tanto que los adolescentes que tienen menor riesgo de consumos de sustancias, serían los que asumen tipos de valores con menor presencia de estas características. Como factores o tipos dominantes de valores protectores activos,

estarían los de carácter altruista y normativo, con centros de interés menos egocéntricos y más integradores. Y también se podría afirmar, que el riesgo de los consumos sería mayor cuanto menos presentes estén estos tipos de valores.

Hoy en día uno de los valores que impera en nuestra sociedad es el consumo, que es una manifestación del tener. La sociedad actual inculca en la persona la necesidad de consumir hasta tal punto que se ha convertido en un estilo de vida y en un símbolo de poder. Adultos y jóvenes se identifican con lo que consumen (Moradillo, 1995). Fromm (1980), afirma que los consumidores modernos, entre los que se encuentran los adolescentes, pueden identificarse con la fórmula siguiente: yo soy = lo que tengo y lo que consumo. Gala (1994), añade el valor de la felicidad al consumo, de tal manera que a mayor consumo, mayor será la felicidad. Los adolescentes sobre todo son adiestrados para el consumo selectivo de las marcas que el mercado y la publicidad presentan como la más acabada forma de diversión, felicidad y éxito.

Un estudio dirigido por Comas (2002), trata de reflejar la relación entre los valores de los jóvenes y sus estilos de vida, a través de los siguientes campos: familia, trabajo, dinero, educación, religión, política, altruismo, sociabilidad, vida libre, autoridad, sexo y moral. Este estudio, muestra que el actual sistema de valores se compone de dimensiones predominantemente materiales. Se concede una importancia superlativa a “ganar dinero”, tener una “vida sexual satisfactoria” y el “éxito en el trabajo”, situándose en las primeras posiciones, por delante de la “capacitación cultural y profesional”. Sin embargo, el área de mayor valor es la familia, específicamente, el “tener buenas relaciones familiares”.

La sociedad actual, a menudo pretende dar respuesta a los problemas humanos a partir de criterios económicos, pero no consiguen lograr una satisfacción que les dé sentido, ya que la realidad humana no es sólo una cuestión económica.

En un estudio sobre el sentido de la vida, realizado a estudiantes de Enseñanzas Medias en Burgos, muestra que más de la mitad de los estudiantes tienen la sensación de percibir con relativa frecuencia el vacío existencial, siendo esto más frecuente en mujeres que en hombres (Moradillo, 1995). La frustración, el aburrimiento, la apatía, la angustia, la cosificación, la desesperanza, la falta de ideales, de valores, de proyectos, la permanente insatisfacción de necesidades, etc., no son sino manifestaciones de vacío, que pueden actuar como posibles factores para recurrir a la droga como forma de aliviar el vacío existencial.

En esta misma dirección, Elzo y otros (2000) encuentran que los jóvenes consumidores de drogas, en especial los que van más allá de consumos experimentales, se identifican con valores calificados como presentistas y de búsqueda de sensaciones (ganar dinero, vivir el presente, experimentar nuevas sensaciones, etc.) muestran un menor aprecio, comparados con los jóvenes no consumidores, por valores tradicionales como la familia y el desarrollo profesional.

Por lo tanto, se podría decir, que se busca en el consumo de las drogas un estilo de vida que, por un lado, acabe con el aburrimiento, la apatía, el sufrimiento y la depresión y, por otro, que asegure la euforia, la felicidad y el placer.

Según Pons y Borjano (1999), desde la perspectiva más individualista, las drogas sirven como medio para eliminar la insatisfacción existente en el adolescente. Este punto de vista sugiere que se comienza a abusar de las drogas para aliviar tensiones emocionales, problemas personales, depresiones, etc. Arellanez-Hernández (2004) afirma que los trastornos afectivos y del estado de ánimo ocupan un lugar importante entre los factores vinculados al no sólo al inicio del consumo sino también a un uso regular de sustancias. Algunos autores han puesto en manifiesto que las personas con mayor nivel de neuroticismo, inestabilidad emocional o ansiedad, tienen una mayor tendencia a consumir drogas, posiblemente debido a que la tensión asociada a los estados de ansiedad, puede verse reducida con el uso de sustancias, lo que refuerza y consolida la conducta de consumo de sustancias. (Pons y Borjano, 1999; Rodríguez y Arellanez-Hernández et al, 1999, Arbex, 2002; Becoña, 2003).

Los jóvenes están obligados a vivir el presente cuando no se les deja o permite proyectar su futuro. Viven el presente, a veces, de manera rutinaria, monótona y sin sentido. El adolescente opta por una actitud de resignación cuando no encuentra a su alrededor referentes personales e ideológicos, por los que valga la pena apostar, cuando se encuentra con un mundo totalmente relativizado en que todo vale lo mismo porque nada vale.

Desde una visión ecológica, podemos contemplar **las actitudes** hacia el consumo de sustancias como el resultado de la interacción entre determinadas fuerzas culturales, que permanecen constantes en todos los sujetos integrantes de un determinado medio sociocultural, y otras tantas variables individuales propias de la experiencia de cada sujeto (Bennett y Ames, 1985).

Se ha sugerido, desde diversas investigaciones, que las actitudes permisivas que los adolescentes manifiestan hacia las drogas, podrán ser un predictor de la conducta de consumo. Romero (1996) afirma que las creencias y actitudes positivas hacia las drogas se relacionan con el consumo, de la misma forma que éste correlaciona con un menor aprecio por valores ligados a la socialización convencional (religión, familia, orden, salud, etc.).

Sin embargo, Calafat y otros (1991) señalan, que las actitudes por sí solas no tienen porque ser un predictor directo de la conducta de consumo, ya que es frecuente que adolescentes que no manifiestan actitudes permisivas, comiencen a realizar un consumo habitual de sustancias como el tabaco y el alcohol. Y esto nos lleva a considerar la accesibilidad de las actitudes en el momento de tomar una decisión conductual (tomar o no una droga) en un contexto concreto (aceptar la invitación a consumir).

La accesibilidad de las actitudes es un aspecto que media entre la actitud y la conducta, de tal forma que una de las variables facilitadoras de dicha accesibilidad es la formación de actitudes a partir de la experiencia directa. Por lo tanto, la consistencia de la asociación actitud-dependencia dependerá según Fazio y William, (1986), de variables derivadas tanto de la experiencia del sujeto, como de las normas sociales imperantes en el medio.

Según Pons y Bermejo (1999), el sujeto aceptaría consumir porque además de mantener una actitud permisiva, ha experimentado personalmente el consumo de esa sustancia en determinados ambientes y de esta forma ha podido consolidar o desmentir las creencias provenientes del medio sociocultural sobre ella. La probabilidad de consumo aumentará en tanto en cuanto más permisivo sea el medio social del adolescente, incluyendo en ese medio al grupo social en cuyo marco se realiza el consumo.

2.3.1.3. Habilidades o recursos sociales

Las habilidades sociales son un conjunto de variables que ha despertado gran interés en relación a los individuos que incurren en conductas desviadas, especialmente en la

etapa de la adolescencia. Se pueden definir como las capacidades de interacción social, recursos para establecer relaciones adecuadas y adaptadas a la realidad, expresando las propias opiniones y sentimientos y desarrollando estrategias de solución de problemas para afrontar asertivamente las situaciones y resistir a las presiones. Las habilidades sociales incluyen: la comunicación asertiva, escucha activa, empatía, análisis motivacional y resolución de conflictos.

La adolescencia es un período de apertura al mundo social, por lo que no es infrecuente encontrar dificultades en el área de las habilidades de relación para interactuar en este contexto de un modo socialmente eficaz. En este sentido, una persona con dificultades para expresar abiertamente sus opiniones o para desenvolverse adecuadamente en su entorno será más vulnerable a la influencia de su grupo. Así, si el consumo de drogas es algo frecuente en este medio, la persona con pocas habilidades sociales, con poca asertividad, tendrá más dificultades para resistirse a la presión de sus compañeros, mientras que sucederá lo contrario en el individuo que posea un buen repertorio de conductas sociales (Laespada, 2004;).

También cabe suponer que para el adolescente que carezca de un repertorio adecuado de habilidades sociales, el consumo de drogas se presente como una vía alternativa para satisfacer sus necesidades emocionales y de afiliación social y como medio de amortiguar el impacto de una situación vital que no controla totalmente (Pons y Berjano, 1999). El plus de energía, entusiasmo, bienestar, etc. que ofrecen las drogas aumenta en el sujeto la sensación de poder y confianza para enfrentarse adecuadamente a los otros. En este sentido, el consumo se convierte en un modo de afrontamiento de las relaciones sociales y en una forma de enfrentarse a los problemas de la vida cotidiana. Desde esta perspectiva, las drogas sustituyen a las competencias sociales, refuerzan la conducta de consumo puesto que permiten enfrentarse a la situación, y mantienen el consumo en la medida en que estas situaciones sociales se repiten.

Algunos estudios dirigidos a la evaluación de programas de intervención en consumo de drogas en la adolescencia han puesto de manifiesto que una de las intervenciones más efectivas (en términos de su capacidad para modificar el consumo de tabaco, alcohol, marihuana y otras drogas) eran, las que incluían actividades de entrenamiento en habilidades sociales generales y las basadas en el entrenamiento en habilidades para rechazar la oferta de drogas (Calafat, y otros 1995; García y Graña, 2003; Luengo, 1999; Suelves, 1998; Suelves, 2001)

En consonancia con estos hallazgos, muchos programas de prevención del abuso de sustancias incluyen entre sus componentes el entrenamiento en asertividad y otras habilidades sociales (García y Graña, 2003; Luengo, 1999; NIDA, 1997; Suelves, 1997), ya que se ha argumentado que estas habilidades pueden contribuir a mejorar la resistencia de los adolescentes a la presión del grupo de iguales para consumir drogas (Botvin, 2000). Sin embargo, la consideración del comportamiento asertivo como factor de protección para el abuso de sustancias, y la atención que se ha prestado a la adquisición de habilidades de resistencia a la presión del grupo para consumir drogas, se contradicen con algunas observaciones empíricas.

Algunos estudios transversales en muestras de adolescentes han encontrado una asociación positiva entre asertividad y consumo de tabaco (Carvajal y otros, 2000), y que esta asociación puede cambiar cuando se analizan distintas dimensiones del comportamiento asertivo (Wills, y otros 1989; Goldberg y Botvin, 1993).

En un estudio sobre la relación entre la asertividad y el uso de sustancias en adolescentes, realizado por Suelves y Sánchez (2001), muestra que el consumo de sustancias depende de las dimensiones de la asertividad, de tal manera que hay una correlación positiva entre el consumo de sustancias y la comunicación agresiva y negativa con la pasiva. La contribución de las formas agresivas del comportamiento no asertivo sobre el uso de sustancias debería ser contrastada en estudios longitudinales y experimentales, aunque los datos analizados sugieren que el posible efecto protector del entrenamiento en habilidades sociales podría ser mayor si estuviera focalizado en la modificación del comportamiento agresivo.

Sin embargo, el comportamiento asertivo explica una parte muy pequeña de la varianza observada en el consumo de sustancias. Otros estudios han puesto de manifiesto también que, a pesar de la relativa popularidad de los programas de prevención basados en el desarrollo de habilidades de resistencia a la presión para consumir drogas y habilidades sociales generales, el papel de los iguales en el desarrollo del consumo de sustancias en la adolescencia es relativamente limitado en comparación con otros factores de riesgo, como los relacionados con el entorno familiar (el uso de drogas entre los padres, la calidad de las relaciones familiares o las prácticas educativas de los padres; Ary y otros, 1993).

2.3.1.4. Autoconcepto y autoestima

El concepto que tenemos de nuestras capacidades y nuestro potencial no se basa sólo en nuestra forma de ser, sino también en nuestras experiencias a lo largo de la vida. Nuestras vivencias y sensaciones influyen no sólo en nuestro carácter, sino también en la imagen de nosotras mismas (autoconcepto).

Shavelson, 1978, define el autoconcepto como “la percepción que cada uno tiene de sí mismo, que se forma a partir de las experiencias y las relaciones con el entorno, en las que las personas significativas desempeñan un papel importante”. Por otro lado, el grado de autoestima viene determinado por un lado, por la valoración que hacemos de nosotros mismos sobre la base de las sensaciones y experiencias que hemos ido incorporando a lo largo de la vida, y por otro, por la relación entre la imagen que cada uno tiene de sí y la que le gustaría para sí en términos de imagen ideal. El sentimiento de autoestima será mayor en la medida en que la distancia entre la imagen real (como me veo a mí mismo) y la imagen ideal (como me gustaría ser), sea menor.

Autoconcepto y autoestima son conceptos que están íntimamente relacionados y son dinámicos, es decir, se hallan en continuo cambio a lo largo de la vida, pero la adolescencia es una etapa decisiva para la formación de los mismos. Ambos están relacionados con el bienestar y el ajuste psicológico del sujeto, de tal forma, que un adecuado nivel de autoestima es la base de la salud mental y física de la persona.

Algunos autores (Kaplan, 1996; Simons, Conger y otros, 1988) han señalado que una baja autoestima, una pobre autovaloración etc. están en la base de las conductas desviadas, de tal forma que un bajo nivel de autoestima hace al sujeto sentirse incompetente para resolver situaciones o problemas y esto provoca frustración. Nuevamente, la droga puede aliviar una percepción personal negativa y puede utilizarse para evitar enfrentarse a ella.

No obstante las investigaciones realizadas con respecto a la relación entre autoconcepto-autoestima y consumo de sustancias muestran resultados contrapuestos. Algunos estudios muestran que las personas con un autoconcepto positivo y una autoestima elevada muestran menos vulnerabilidad ante situaciones de riesgo o individuos influyentes, que las que carecen de este rasgo psicológico (Espada y otros, 2008; Moreno, 2009; Musito; Herrero, 2004).

Moreno (2009), en su estudio sobre la relación del autoconcepto físico con las conductas de consumo y alcohol y tabaco en adolescentes, apoya la idea de que el autoconcepto físico presenta una relación con las conductas de consumo de tabaco y alcohol además de con el género y la práctica deportiva extraescolar. De esta manera, las chicas son las que tienen un mayor grado de exigencia con su imagen corporal presentando a su vez un autoconcepto más elevado en las fumadoras que no practican actividad físico-deportiva porque según éstas el tabaco ayuda a mantenerse más delgada. Existe además, una relación directamente proporcional entre la elevada cantidad de consumo de dichas sustancias y el alto grado de autoconcepto que presentan los adolescentes. Mientras que autores como Jiménez et al. (2008) ofrecen datos contrapuestos que muestran una escasa relación de la autoestima y el autoconcepto de los adolescentes con el consumo de tabaco y alcohol.

Según Cava y Musitu, (2008) adolescentes con un mejor concepto y valoración de sí mismos en el ámbito de las relaciones sociales, que se consideran competentes socialmente y que tienen facilidad para hacer amigos son, precisamente, los que presentan mayor consumo de sustancias. Este resultado, alejado de la inicial consideración de la autoestima como factor de protección, obliga también a replantear algunos aspectos relacionados con el consumo de sustancias en adolescentes. Es probable que esta relación se atribuya no sólo a posibles influencias del grupo de iguales del que el adolescente forma parte, sino también a sus propias expectativas y motivaciones sobre su consumo. Ciertamente, hay estudios que han relacionado el mayor tiempo sin supervisión adulta y en actividades de tiempo libre con amigos que consumen sustancias o que mantienen actitudes favorables hacia el consumo con un mayor consumo (Carballo et al., 2004).

Hay autores que recomiendan un análisis multidimensional de la autoestima ya que se ha constatado una relación diferente en función de los dominios específicos de la autoestima considerados (Pastor y otros, 2006; Wild y otros 2004). Cuando el sujeto presenta una baja autoestima en relación a la familia y a la escuela parece que correlaciona con consumos de droga y conductas desviadas, ya que la desvinculación con estas instancias, fuente de su percepción negativa, le conduciría a rechazar las normas convencionales (Cava y otros, 2008; Luengo y otros, 1999.).

Por otro lado, mientras que una autoestima elevada en relación a la dimensión familiar y académica parece ejercer claramente un rol protector, el papel desempeñado por la autoestima social comienza a cuestionarse al constatarse una relación positiva entre

esta dimensión y el consumo de sustancias en adolescentes. En opinión de Wild y otros (2004), esta 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. Otra posible explicación, no incompatible con la anterior y también sugerida por estos autores, hace referencia a que los adolescentes con mayor autoestima social podrían derivar parte de su identidad de la importancia que en su grupo de amigos se conceda a implicarse en conductas relacionadas con el consumo de sustancias y con una identidad rebelde y transgresora.

2.3.1.5. Estrés e impulsividad.

La relación entre el consumo de drogas y el malestar emocional ha sido objeto de estudio. Aunque la evidencia no es del todo concluyente parece que estados de estrés, ansiedad y depresión ante la necesidad de asumir cambios, podrían desencadenar o propiciar consumos de droga, con la esperanza de que los efectos farmacológicos de la misma redujeran y/o aliviaran estos estados negativos. Las personas carentes de recursos personales o psicosociales para hacerlos frente y superarlos de otra forma, tendrían más probabilidades de consumir drogas (Jessor y otros. 1964).

El estrés es un factor asociado a la conducta adictiva (Nadal, 2008). La adolescencia va acompañada de un aumento de estrés vital, ya que implica hacer frente a una serie de retos y nuevas obligaciones que coinciden con los cambios biológicos y físicos de la pubertad y con fluctuaciones en el funcionamiento emocional, cognitivo y social. Las presiones académicas, la imagen corporal, el desarrollo de la identidad sexual, el logro de una creciente autonomía con respecto a los padres y madres, la aceptación por parte del grupo, etc. (Calvete y Estévez, 2009)., constituyen, sin duda, un esfuerzo de adaptación que debe realizar el adolescente para integrarse en el mundo de los adultos, suponiendo una fuente de malestar psicológico caracterizado por la aparición de ansiedad, estrés, etc. y, desde ahí, relacionado con la aparición de problemas de

conducta (Laespada et al, 2004). Es por ello que se ha asociado el estrés vital como factor de riesgo para el consumo de drogas en adolescentes (Wills 1986).

Young y Klosko (1993), propusieron la existencia de un dominio de esquemas cognitivos disfuncionales que se asociarían a problemas tales como la conducta agresiva y las adicciones. Este dominio fue denominado “Límites Deteriorados”, e implica dificultades en el establecimiento de los límites internos y de las responsabilidades respecto a los demás. Incluye dos esquemas: “Grandiosidad” y “Autocontrol insuficiente”. El esquema de grandiosidad se refiere a la creencia de que uno es superior a otras personas y, por ello, merecedor de derechos y privilegios especiales. Se asocia con la incapacidad para aceptar los límites reales de la vida. Las personas con este esquema se sienten especiales e insisten en que tienen que hacer, decir o tener todo lo que quieren inmediatamente (Young, 1999). En definitiva, coincidirían con los adolescentes que Urra (2006) ha descrito como exigentes, que reclaman, demandan y piden de todo pero que no soportan un “no”. Reflejaría asimismo una pobre tolerancia a la frustración, la cual ha sido propuesta por Mesa y León-Fuentes (1996) como uno de los factores de vulnerabilidad personal asociados a la conducta de consumo en adolescentes.

El segundo esquema, autocontrol insuficiente, está muy relacionado con el anterior e implica la creencia de que uno carece de autocontrol para lograr los objetivos personales o para controlar la excesiva expresión de los impulsos propios.

Cuando estos dos modelos de esquemas cognitivos se activan por los ambientes o situaciones estresantes a los que los adolescentes tienen que enfrentarse, generan emociones muy intensas en la persona y conducen directa o indirectamente a una serie de problemas psicológicos tales como depresión, sentimientos de soledad, relaciones destructivas, adicciones al alcohol y drogas, entre otros.

Por otro lado, los esquemas cognitivos podrían actuar como factor de riesgo para el consumo de drogas especialmente cuando se combinan con un estilo impulsivo de resolución de problemas, al igual que se ha demostrado para otras conductas antisociales (Calvete, 2008, Calvete 2009, Díaz Aguado, 2004). Un estilo impulsivo implica considerar pocas alternativas de solución de los problemas, aceptar la primera idea que viene a la mente y valorar de forma superficial y poco cuidadosa estas decisiones, impidiendo la reflexión necesaria sobre las consecuencias de las conductas de riesgo

Para Boys y otros (1999), la realización de la conducta problema dependerá, en última instancia, de un proceso de toma de decisiones, de una valoración personal de pros y contras, beneficios y costes que puede proporcionarle tal conducta. El sujeto que consume percibe beneficios inmediatos y costes más demorados e inciertos a largo plazo. Los adolescentes que manifiestan una dificultad mayor para valorar las consecuencias de la propia conducta, tienen un estilo rápido y poco meditado a la hora de tomar decisiones sin considerar alternativas y una resolución de problemas poco efectiva, sin planificar el propio comportamiento y sin capacidad para ejercer autocontrol sobre él (McCown y DeSimone, 1993), tienen un mayor riesgo de consumo de sustancias y otras conductas de riesgo.

Según Laespada y otros (2004), la impulsividad, probablemente, está relacionada con la necesidad del sujeto de obtener una gratificación inmediata. Demorar la gratificación implica una capacidad para pensar en el futuro y para renunciar a lo inmediato. Una persona con dificultades para posponer el refuerzo, con excesiva focalización en el presente, preferirá involucrarse en conductas que le proporcionan recompensas inmediatas como el consumo de drogas, minimizando las consecuencias que dicha conducta pueda acarrear a medio o largo plazo. El consumo de drogas y la conducta desviada se han relacionado en numerosas ocasiones con estas características de personalidad.

La impulsividad, el “no pararse a pensar”, es la otra cara del autocontrol. El autocontrol, se puede definir como, la capacidad del ser humano para dirigir y controlar su propia conducta y sus sentimientos. El autocontrol está muy relacionado con el autoconcepto y la autoestima ya que “una persona que tiene una idea de sí misma coherente con su verdadera forma de ser manifestará unos sentimientos positivos hacia su persona, conocerá sus propios límites y poseerá un nivel aceptable de control sobre lo que hace y sobre las consecuencias que de ello se derivan” (Vallés Lorente 1996).

En este sentido, un buen nivel de autocontrol permitirá al sujeto rechazar comportamientos que a pesar de permitirle obtener consecuencias positivas inmediatas repercuten negativamente a largo plazo; también le permitirá planificar objetivos, ejecutarlos con estrategias adecuadas y obtener con ello recompensas personales.

Impulsividad, deseo de gratificación inmediata, presentismo y necesidad de sensaciones nuevas, se presentan como elementos fundamentales para entender la conducta de riesgo de muchos jóvenes de hoy en día, toda vez que son características propias de la adolescencia y la juventud que se satisfacen mediante las drogas. Desde esta perspectiva se nos presentan como factores predictores del consumo.

2.3.1.6. Resiliencia

Muchos adolescentes viven desde la niñez situaciones vitales estresantes condicionadas entre otros factores, por pobreza, falta de apego o vínculos con los padres, familias desestructuradas, padres consumidores de drogas, dificultad de acceso a la escuela, etc., que genera en ellos ausencia de proyectos de vida, baja autoestima y, en ocasiones, desencanto frente a las expectativas presentes y futuras. No obstante, interesa resaltar que aun existiendo estas condiciones negativas de vida, muchos de estos jóvenes, considerados en riesgo psicosocial, logran sobreponerse a las adversidades, superando los obstáculos y adaptándose de modo saludable a las situaciones de estrés, al proponerse metas y lograrlas, con lo cual alcanzan un buen nivel de desarrollo social y cultural

Esta resistencia frente a la adversidad y la capacidad para construir conductas vitales positivas, de modo de alcanzar niveles de calidad de vida adecuados, es lo que se conoce con el nombre de resiliencia (Cardozo y Alderete, 2009), y, sin lugar a dudas, los estudios sobre este tema en las últimas décadas han generado un cambio sustancial en las investigaciones en el ámbito de la psicología del desarrollo.

Investigaciones sobre adolescencia y resiliencia (Munist y Ojeda, 2007; Melillo, 2007; Becoña, 2006; Becoña y otros, 2006; Becoña, 2002) señalan la importancia de tener en cuenta las características propias de este momento evolutivo. La adolescencia es en sí misma una etapa de profundos cambios, de transformaciones, que lleva al sujeto a una búsqueda incesante de nuevos escenarios de socialización y nuevas formas de sociabilidad, a fin de lograr consolidar su identidad personal y social. En ese mundo de autonomía creciente en el que viven los adolescentes, comienzan a tener peso las decisiones propias y las trayectorias bosquejadas a partir de las disposiciones singulares de la edad, en combinación con las prácticas a través de las que se perfila el proyecto adulto, (Cardozo y Alderete, 2009). Este último aspecto es el que nos lleva

a remarcar que es en este momento del ciclo vital, cuando más se patentizan los modos diferentes de exposición ante la adversidad, por lo que se torna necesario fomentar habilidades sociales, cognitivas y emocionales que les permitan enfrentarse exitosamente los desafíos que se les presentan (Cardozo, 2008).

En lo que respecta a la adolescencia, tal como señala Krauskopf (2007), se observa que la emergencia de esta etapa acarrea un nuevo panorama en el cual hay que insertar y reelaborar las estrategias de fomento de la resiliencia.

Aunque no hay total consenso sobre el término, según Becoña (2006), se puede considerar que los siete factores que componen la resiliencia en los jóvenes, tal como indican Kumpfer y Hopkins (1993), son el optimismo, empatía, insight, competencia intelectual, autoestima, dirección o misión, y determinismo y perseverancia. Estas características estarían asociadas con habilidades de afrontamiento específicas, que adquirirían los niños que desarrollan resiliencia, a través de su interacción con el ambiente. Estas habilidades serían de varios tipos: emocionales, de manejo, interpersonales, sociales, intrapersonales, académicas, de trabajo, de reestructuración, de planificación y habilidades para la vida y de solución de problemas.

La resiliencia, o capacidad para recuperarse y mantener una conducta adaptativa después de sufrir un estrés intenso, una catástrofe, o experiencias traumáticas como malos tratos, violencia, etc., está relacionada con un gran número de conductas problema, como es el consumo de alcohol y de otras drogas. Los resultados del estudio sobre resiliencia y consumo de alcohol (Becoña, 2006), permiten confirmar en parte la hipótesis de que las personas que no consumen alcohol tienen una mayor puntuación en resiliencia, aunque añade que la normatividad del consumo puede ser un elemento que impide mejorar la resiliencia, como probablemente ocurre en este caso con el alcohol.

Según Becoña y otros (2006), el constructo de resiliencia se relaciona con los factores de riesgo y protección (Cardozo y Alderete, 2009; Munist & Suárez Ojeda, 2007), o puede considerarse el gran macrofactor de protección que englobaría a todos los demás, como a veces se ha indicado (Morrison et al., 2000). Pero la resiliencia puede verse también como una estrategia de afrontamiento, dimensión de afrontamiento, como habilidad de solución de problemas y autorregulación, bien como contribuyendo

a la competencia de afrontamiento, como la autonomía, la inteligencia y la competencia social (Becoña, 2002).

Según Cardozo y Alderete, (2009), puede decirse que, considerando el impacto causado por los diferentes factores de riesgo sobre el desarrollo de los niños y adolescentes, se observa que uno de los principales desafíos en las futuras intervenciones es el proceso de promoción de resiliencia, proporcionando una perspectiva de esperanza frente a las condiciones adversas. La resiliencia, se teje, no hay que buscarla sólo en la interioridad de la persona ni en su entorno, sino en ambos. Tal vez este sea el mayor desafío al trabajar con adolescentes en condiciones de vulnerabilidad social: lograr, en primer lugar, reconocerlos como un grupo meta con necesidades propias y, de este modo, poder advertir cómo el contexto puede proveer las condiciones necesarias para su desarrollo.

2.3.2. FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN INTERPERSONALES O RELACIONALES

Los diferentes contextos de relación interpersonal, han sido señalados por múltiples investigaciones, como una de las influencias más importantes en el consumo de drogas. El efecto modelador que ejercen estos grupos, así como la transmisión de expectativas relacionadas con el consumo de las distintas drogas, son factores que hay que tener en cuenta al explicar el consumo de sustancias. En este apartado se incluyen todos aquellos aspectos relativos al entorno más próximo de la persona. La interacción específica de cada sujeto con la familia, los amigos y el contexto escolar determina una situación peculiar (Carballo y otros, 2004; Laespada y otros, 2004, Pons y Borjano, 1999), que puede ser favorecedor para el consumo de sustancias.

2.3.2.1. Contexto familiar

Uno de los aspectos, dentro del estudio de los factores de riesgo para el consumo de drogas en los adolescentes, que ha captado con más claridad la atención de los investigadores ha sido el de los factores familiares. Los resultados de múltiples estudios demuestran que determinadas situaciones familiares están asociadas con

una mayor probabilidad de consumo de drogas en los adolescentes (Becoña, 2002; Fernández, Secades, y cols 2003; Gómez-Fraguela y cols, 2003; Gil, 2008; Hermida y Secades, 2008; Kovacs y cols, 2008; Luengo y otros, 2003; Muñoz y Graña, 2001; Peñafiel, 2009; Wills y cols, 2003) Como afirma Becoña (2002), el consumo de drogas tiene como base un proceso de socialización en el que influye de forma destacada la familia, ya que es el ambiente en el que se adquieren determinados tipos de creencias, valores y hábitos que condicionarán más adelante la probabilidad de consumo.

El entorno familiar es el primer contexto social en el que se desenvuelve una persona. Desde el nacimiento hasta la adolescencia, la familia ejerce la tarea de socializar a sus miembros, enseñándoles los controles sociales mediante la administración de recompensas y culpas a las conductas que se ajusten o no a los criterios descritos por la familia y la sociedad, y dotarles de una estructura personal que condicionará su desarrollo. En este sentido, la familia es un ámbito privilegiado de formación de actitudes, habilidades y valores que permitan, posteriormente, que el sujeto afronte una etapa vital tan decisiva como es la adolescencia (Laespada, 2004, Pons y Borjano, 1999).

Algunos autores afirman que los padres, intencionadamente o no son la fuerza más poderosa en la vida de sus hijos, ya que la influencia de otros contextos sociales como son la escuela, el grupo de iguales, la escuela, etc., pasa normalmente por el tamiz de la familia, que puede tanto amplificar como disminuir sus efectos e influencias, sean estos positivos o negativos.

El sistema familiar juega un papel fundamental para explicar la aparición de numerosas conductas desadaptativas en los hijos, entre las que se encuentra el uso de sustancias. Esta relación, ha sido demostrada en muchos estudios (Carballo y otros, 2004; Espada, 2008; Fernández-Hermida y Secades, 2003; González y otros 2004; Jessor y otros, 2006; Muñoz-Rivas y Graña, 2001; Muñoz-Rivas y otros, 2006; Pons y Borjano, 1999), donde se han identificado una serie de aspectos familiares, que van a actuar como factores de riesgo en el consumo de sustancias en adolescentes, que tienen que ver con la estructura y composición familiar; situaciones de riesgo familiares; las actitudes y conductas familiares hacia el consumo de drogas; las relaciones afectivas y comunicación entre padres e hijos; y las prácticas educativas ejercidas por las figuras parentales y la disciplina familiar.

Así, existe un cierto consenso entre los investigadores (Secades y Fernández, 2002) acerca de la existencia de cinco grandes factores de riesgo familiares relacionados con las pautas de convivencia y relación entre los padres y los hijos: el tipo de estilo educativo parental, la existencia de destacados conflictos familiares, las actitudes parentales hacia el consumo de drogas, la calidad de los lazos afectivos entre los padres y los hijos, y los estilos de comunicación familiar. Una revisión exhaustiva acerca de los factores de riesgo del consumo de drogas puede encontrarse en Becoña (2002) y en Vázquez y Becoña (2000).

1. Estructura y composición familiar: La ausencia de uno de los padres del seno familiar (Escario y otros, 2001), así como el hecho de que uno de los padres vuelva a casarse, podrían predecir el consumo futuro de tóxicos por parte de los hijos. Sin embargo, las variables relativas al nivel de estudios de los padres no resultan significativas.
2. Situaciones de riesgo de la familia. Se sostiene que la crianza de los niños en familias con alto nivel de conflicto es un factor de riesgo importante tanto para el desarrollo de trastornos de conducta en general como para el consumo de sustancias (Muñoz-Rivas y Graña López, 2001; Muñoz-Rivas et al, 2006). Aquí se incluyen aspectos tales como el conflicto familiar, el consumo familiar de sustancias y el cuidado/maltrato familiar. Una mayor percepción del conflicto familiar unida a una relación de maltrato pueden ser factores que favorezcan el consumo entre los adolescentes (Carballo y cols, 2004; Espada, 2008; Gil, 2008; González y cols 2004; Jessor y otros, 2006; Muñoz-Rivas y cols, 2006; Muñoz-Rivas y Graña, 2001; Pons y Borjano, 1999; González y otros, 2003; Wills, 2003).

Según García y Segura (2005), el tipo de reglas que dirigen el funcionamiento de las familias, que se encuentran actualmente inmersas en una dinámica de conflicto, sean flexibles o no definidas, tiene que ver con el que no se dé una educación en la responsabilidad y el aprendizaje del compromiso, y a su vez este planteamiento, puede derivar en el establecimiento de un sistema de valores en la familia, de carácter material, basado en la importancia del dinero, y en la consideración de éste como único factor posible de éxito social, por encima de valores morales y éticos.

3. Afirman que la reacción y actitudes de los familiares ante el consumo de drogas legales e ilegales, es un factor fundamental que va a influir en el consumo de los

hijos. Cuanto menor sea el rechazo percibido de la familia hacia las drogas, mayor podría ser la probabilidad de consumo de los adolescentes. El uso parental de drogas se ha asociado repetidamente con la iniciación de los adolescentes en el consumo de sustancias y con la frecuencia del uso de las mismas, existiendo una relación directa entre el consumo familiar y la probabilidad de consumo del adolescente, esto se podría explicar por la exposición del individuo al uso de drogas y por el aprendizaje social del consumo en el núcleo familiar.

Según Pons y Borjano (1999), esta relación es mayor en el caso del alcohol ya que su consumo está normalizado y aceptado en los usos familiares habituales. Así, Escario (2007) afirma que la probabilidad de consumir abusivamente alcohol es mayor entre los estudiantes que conviven con fumadores y es menor entre aquellos que pertenecen alguna asociación.

VARIABLES COMO HISTORIA FAMILIAR DE ALCOHOLISMO, EL USO DE DROGAS ILEGALES POR PARTE DE ALGUNO DE LOS PADRES, Y/O ACTITUDES ALENTADORAS, CONDESCENDIENTES O TOLERANTES CON LA EL CONSUMO, INCREMENTAN A PROBABILIDAD DE CONSUMO DE LOS HIJOS (González Menéndez y otros, 2003).

Sin embargo, los resultados de otros investigadores son contrarios a lo anteriormente expuesto. Wills (2003) en un artículo sobre los factores familiares que influyen en el consumo de sustancias en adolescentes dice que, además de analizar la variable de aprendizaje, es decir, de que los adolescentes consuman por imitación de los padres, se deberían considerar otras variables para explicar la relación entre consumo de sustancias en el núcleo familiar y su influencia en los hijos. González y cols, 2003, afirman en relación a las drogas no institucionales y el tabaco, que es más difícil y menos usual el consumo en jóvenes, ya que su consumo está acompañado de una actitud negativa y una posición crítica por parte de los padres siendo el grupo de amigos el instigador principal.

4. Relaciones afectivas y comunicación. La variable de comunicación padres-hijos, es quizás una de las más representativas en cuanto al binomio familia versus prevención (García-Rodríguez, 2003). Una comunicación eficaz, que permita un clima que favorezca la expresión de sentimientos y deseos, el respeto a los límites, la negociación de las normas de convivencia, la decisión razonada en respuesta a los problemas cotidianos, como pueda ser una posible oferta de drogas, son actitudes y comportamientos que los jóvenes aprenden y experimentan en su

entorno cercano, y por excelencia en la familia, que adquiere un papel principal en el cuidado de la salud y la prevención de las drogodependencias (García y Segura, 2005).

La mayoría de los estudios coinciden en que las interacciones padres-hijo caracterizadas por la ausencia de conexión y por la sobre-implicación maternal en las actividades con los hijos, parecen estar relacionadas con la iniciación de los jóvenes en el uso de drogas. De forma contraria, las relaciones familiares positivas basadas en un profundo vínculo afectivo entre padres e hijo correlacionan con una menor probabilidad de que la juventud presente problemas de conducta y se inicia el consumo de sustancias.

5. Disciplina familiar: El establecimiento de normas en la familia adquiere una gran importancia para la prevención del consumo de drogas, ya que mediante el cumplimiento de las normas dentro de casa, se favorecen comportamientos en los hijos de asunción de lo establecido, de responsabilidad ante los compromisos adquiridos, de forma individual y colectiva, y la generalización de este modo de actuar, fuera del ámbito familiar (García-Rodríguez, 2003). La educación por parte de los familiares también estaría relacionada con las actitudes de los padres hacia el consumo y el estilo educativo.

El estilo educativo definido asociado al uso de sustancias es el denominado “permisivo”, que se caracteriza fundamentalmente porque es el joven quien establece sus propias normas y límites, con pocas directrices por parte de sus padres. Resultados de múltiples estudios avalan esta evidencia (Carballo et al, 2004, García y Segura, 2005, Gil, 2008; Hawkins y otros, 2000; Pons y Borjano, 1999). La variable control o seguimiento paterno ha sido asociada a la etiología del abuso de drogas en la adolescencia. La ausencia de implicación maternal, la ausencia o inconsistencia de la disciplina paternal y bajas aspiraciones de los padres sobre la educación de sus hijos, predecían su iniciación en el uso de drogas.

Hawkins y Weis, (1985) afirman que son en las unidades de básicas de socialización (familia, la escuela y posteriormente en el grupo de iguales), donde los adolescentes aprenden patrones de comportamiento prosocial o antisocial. La consistencia en la construcción de actitudes y conductas prosociales, determinará el grado de vinculación

con las unidades de socialización y la consecuente asunción de las normas, valores y patrones de comportamiento contrarias al uso de drogas.

Al igual que se han identificado factores de riesgo familiares predictores del consumo de sustancias en adolescentes, se han identificado algunos de los factores de protección dentro del ámbito familiar que son imprescindibles en la elaboración de programas de prevención del consumo de drogas en los adolescentes.

Pinazo y Pons (2002) señalan que los padres, como principales responsables de la educación de sus hijos, tienen una importancia fundamental en todo planteamiento preventivo, por lo que deben asumir un papel activo en la prevención del consumo de sustancias. Estos autores indican la necesidad de formar a los padres para que adquieran los conocimientos y competencias requeridas para desempeñar su papel educativo adecuadamente.

Los factores de protección del contexto familiar más importantes identificados en la bibliografía son:

1. Apego familiar. Son numerosas investigaciones las que constatan el efecto protector asociado al apego familiar y apoyo social percibido (Graña y Muñoz-Rivas, 2000; Martínez y Robles, 2001; Moral, 2002^a, Moral, 2005; Al-Halabi y col, 2009).

El apego familiar favorece el sentimiento de pertenencia del adolescente, proporcionándole un espacio de encuentro donde, no solo puede compartir sus experiencias y es reconocido, sino también un lugar donde se puede refugiar y donde puede adquirir la seguridad necesaria para ir afrontando las dificultades que se dan en la vida cotidiana.

Para fomentar el apego familiar es necesario un clima afectivo positivo que permita que se desarrollen actitudes de reconocimiento y respeto entre sus integrantes, la presencia de manifestaciones afectivas positivas (implícitas y explícitas) y una comunicación fluida y adaptada a cada situación concreta. Al-Halabi y col, (2009) afirman que los padres y las madres con mayor formación académica tienen un estilo educativo más apropiado, mejores lazos afectivos con sus hijos, establecen una buena comunicación con ellos, tienen menor conflicto familiar y manifiestan actitudes desfavorables hacia el uso de drogas.

2. La comunicación fluida. Según García y Segura, (2005), existe evidencia de que un buen clima familiar favorece la comunicación bidireccional entre padres e hijos y que esto actúa como factor de protección frente al abuso de sustancias. Una comunicación eficaz entre padres e hijos permite a los padres ofrecer información específica sobre drogas y reforzar la autoestima y la autonomía de los jóvenes en la toma de decisiones, lo que va a fomentar la confianza entre padres e hijos. El hecho de que el adolescente busque apoyo de sus padres a la hora de solucionar problemas personales manteniendo un buen nivel de comunicación familiar (Alonso y otros, 1994; Muñoz-Rivas y otros, 2001; Villar y otros, 2003; Wills 2003) parece indicar una menor implicación del adolescente en el consumo de drogas.

Wills (2003) afirma que un soporte emocional por parte de la familia, una comunicación adecuada entre los miembros de la familia y la percepción de que los padres estarán ahí cuando el adolescente tenga algún problema o dificultad, es un factor protector para el consumo de sustancias. Además Wills (2003), señala que estos factores, además van a tener un impacto o influencia sobre otras variables relacionadas con el consumo de drogas en los adolescentes, como en el autocontrol, seguridad y competencia del adolescente.

Para Bry (1996), una buena relación entre los miembros de la familia, cercana, duradera y sin conflictos, junto con unos métodos de disciplina adecuados a la edad actúan como factor de prevención del consumo. En general, parece que un buen funcionamiento familiar en términos de buena comunicación, implicación y dedicación, afecto, cercanía de los padres, etc., correlacionan positivamente con una menor implicación en conductas problema por parte del adolescente, confirmándose la capacidad de la familia como agente preventivo frente a las conductas desviadas (Laespada y otros, 2004)..

3. Estilo educativo El estilo educativo parental se manifiesta a través de las prácticas de socialización y de otros aspectos más sutiles de la interacción (lenguaje corporal, tono de voz, explosiones de genio, etc.) que transmite al niño la actitud emocional de los padres y el formato general en el que se va a producir la interacción paterno-filial (Miranda, 2004). Esta idea queda ilustrada perfectamente, en palabras de García-Rodríguez (2001): “Lo que no podemos negar es que como padres actuamos como un espléndido <<espejo>> para cada uno de nuestros hijos. Se produce un acontecimiento de pura imitación de todas nuestras acciones

durante un largo periodo de la vida del niño, hasta el punto de que en muchas ocasiones nos sorprendemos de que el parecido sea tan perfecto, llegando a imitar nuestros gestos, expresiones y, por supuesto, nuestro comportamiento social y personal.” (p.56).

Tiene que existir coherencia entre los valores que los padres quieren transmitir y la conducta de los mismos, de tal manera que no se puede prevenir el consumo de sustancias en los hijos cuando los padres, o alguno de ellos lo hacen. Los resultados de Escario y col, (2007), revelan que el entorno familiar influye en la decisión del consumo de las distintas drogas. Así, la existencia de fumadores en el ámbito familiar está asociada con un incremento de la probabilidad del que el adolescente consuma.

Las investigaciones señalan que el hecho de que los padres muestren una actitud no permisiva al respecto del consumo de drogas de sus hijos y, además, éstos prevean una reacción negativa de ellos en el caso de que supieran que consumen, parecen señalar una menor implicación del joven en el consumo de cualquiera de las sustancias estimadas tanto legales, como médicas o ilegales (Gil Flores, 2008; García-Campos y Segura-Díez, 2005, Gómez-Fraguela y otros, 2001; Muñoz-Rivas y otros, 2001; Pons y otros, 1996). Por este motivo, durante la fase de inicio en el consumo, los padres podrían prevenir poniendo normas claras sobre el consumo.

Uno de los puntos que sin duda más preocupa a los padres, y que tiene relación con el estilo educativo familiar, es el establecimiento de límites con sus hijos, hacer respetar las normas de convivencia, conservar un cierto grado de autoridad democrática, y al mismo tiempo mantener un vínculo afectivo cálido y una relación positiva, aspectos que se han demostrado que actúan como factores protectores del consumo de sustancias por los adolescentes (García-Campos y Segura-Díez, 2005).

4. Educación orientada a la autonomía. En cualquier familia hay unas bases explícitas o implícitas de organización de la convivencia, de las responsabilidades y de las funciones de cada uno de los miembros. El modo en que se organiza esa convivencia cambia en función de la situación y de la etapa evolutiva de sus miembros, del mismo modo que ocurre con las funciones y responsabilidades. Se ha visto que en familias donde existe un reparto de funciones y responsabilidades acorde con la edad del hijo/a, donde los padres están pendientes de sus hijos y les

acompañan en sus actividades cotidianas tienen menos riesgo de presentar conductas problemáticas (Hawkins y otros, 1992). Otras investigaciones han visto que a medida que es mayor la supervisión de los padres, menor es el riesgo de consumo (Osorio y otros, 2006).

Educar para la autonomía supone que los padres están pendientes para evitar riesgos innecesarios pero pretendiendo que sean los hijos los que vayan formando sus propios criterios. La familia debe orientar sus actuaciones de manera que el adolescente tenga una autoestima alta y equilibrada que le permita desenvolverse sin lanzarse a riesgos innecesarios.

5. Presencia de los padres. Algunas investigaciones han tratado de analizar el hecho de que los dos progenitores trabajen. Así, se ha encontrado que el hecho de que un progenitor no trabaje y permanezca más tiempo en el núcleo familiar podría favorecer un mayor control y supervisión parental, lo que podría facilitar el establecimiento de mayores vínculos afectivos, por lo que actuaría como factor de protección (Martínez-González y otros, 2003).
6. Modelo familiar: Ríos, Espina y Baratas (1997) señalan como modelo de funcionamiento familiar, que va a ser factor protector para el consumo de sustancias en los adolescentes, a aquellas familias que mantienen unas relaciones armoniosas y gratificantes entre sus miembros y con el exterior y que además, presentan las siguientes características: a) Establecen límites adecuados; b) tienen normas y pautas de funcionamiento claras; c) se rigen por valores y establecen una comunicación eficaz entre ellos y sus hijos; e) participan activamente en las tareas familiares y en actividades sociales; f) tienen confianza entre sí y en el exterior; g) se brindan ayuda y apoyo; h) se aceptan unos a otros y se quieren; i) existe acuerdo y coherencia entre los padres.

Teniendo en cuenta estos factores, las investigaciones concluyen que los padres con menor probabilidad de que sus hijos adolescentes consuman drogas son aquellos que establecen una buena relación afectiva con ellos, los que no consumen drogas legales ni ilegales y los que tienen actitudes convencionales o de conformidad con las normas sociales establecidas, entre ellas, la intolerancia frente a las drogas ilegales y la ambigüedad hacia las legales (Recio, 1999).

En la misma línea, otras investigaciones muestran que la calidad de las relaciones parentofiliales, la cohesión familiar y la comunicación positiva, garantizan la salud psicológica de los individuos al mediatizar los efectos nocivos de los estresores crónicos. “La consistencia, responsabilidad y seguridad en las relaciones familiares facilitan el desarrollo de individuos sanos dentro del grupo, brindándoles estabilidad, previsibilidad en las reacciones y consecuencias de diferentes comportamientos y situaciones, sensación de entendimiento y control del medio en que se vive y claridad en las responsabilidades que cada uno de los miembros desempeña en la familia” (Pérez y otros, 1998; Martínez-González y otros, 2001; Muñoz-Rivas y otros, 2001).

Existe la necesidad de abordar la prevención de las drogodependencias desde el marco familiar, teniendo en cuenta el modelo de factores de protección/ factores de riesgo. Esta necesidad se refleja en la Estrategia Nacional sobre Drogas, elaborada por el Plan Nacional sobre Drogas para el periodo 2000-2008 y para el periodo (2009-1016), y que apunta hacia intervenciones dirigidas a fomentar las habilidades educativas y de comunicación, incrementar el sentido de competencia de los padres, su potencial para la resolución de problemas y su concienciación como actores clave, en el papel de agentes de salud.

Este tipo de acciones, tratan de promover en los padres y madres, modelos de comportamiento saludable, la adopción de un estilo comunicativo abierto y sincero, o el establecimiento de un vínculo afectivo con el adolescente, que facilite la provisión de apoyo, tanto instrumental como emocional, así como interacciones padres-hijo que potencien la asunción de responsabilidades, la autoafirmación, la capacidad de resolución de problemas, de hacer frente al estrés, y en definitiva, que hagan más improbable el consumo de drogas entre sus hijos (García-Campos y Segura-Díez, 2005).

2.3.2.2. Contexto escolar

Además del ambiente familiar, es conocida la importancia y la influencia que tiene el centro escolar, no sólo en la formación académica sino también en diversos aspectos del desarrollo durante el periodo vital que abarca desde la infancia hasta la adolescencia. Esta influencia se ejerce tanto de forma directa a través de los compañeros, los profesores, etc., como de manera indirecta, a través de las actitudes

y la implicación que los padres tienen hacia el lugar donde sus hijos cursan sus estudios académicos (Al-Hablabi, 2009).

Está demostrado que una disciplina parental ineficaz acompañada de fracaso académico en los hijos y de la presión ejercida por los compañeros constituye importantes predictores de conductas antisociales en los adolescentes, entre las que se encuentra el consumo de sustancias.

La escuela como agente socializador y educativo del adolescente, juega un papel importante en su adaptación psicosocial, pudiéndose convertir en una condición de riesgo o protección en relación con el consumo de sustancias. Según Oñate, 1987, el contexto escolar es el lugar donde, entre otros objetivos, se persigue el cultivo y la promoción de aquellas dimensiones que más se relaciona con la aparición o la ausencia de los factores que están a la base de las conductas marginales. También aborda el fomento de aquellas condiciones que favorecen al adolescente en su progresiva maduración y autonomía desde un marco flexible, a la vez que autoritario (Laespada, 2004).

Las razones que llevan a los adolescentes a iniciarse en el consumo de sustancias son múltiples y variadas, como son: la necesidad de experimentar sensaciones nuevas, adaptarse a un mundo social nuevo, combatir el aburrimiento, superar frustraciones, disminuir el estrés, búsqueda de bienestar inmediato, ocupar el ocio y tiempo libre, etc. El grupo de compañeros proporciona al adolescente ayuda para definir y consolidar su identidad, compartir sus problemas, sentimientos, emociones, ayuda a satisfacer sus necesidades sociales, tales como: afecto, seguridad, estima; pero el grupo también ejerce influencia negativa en los adolescentes porque pueden aprender conductas antisociales.

La escuela ofrece un marco ventajoso para que el adolescente pueda satisfacer su curiosidad y su necesidad de nuevas experiencias, sin necesidad de iniciarse en el consumo de drogas y en otras conductas de riesgo, enseñándole a planificar su ocio y tiempo libre, fomentando sus habilidades sociales y autoestima, y facilitándole el contacto con sus compañeros, etc., todo ello desde el punto de vista más constructivo.

Sin embargo, para que esto sea posible, es necesario que los adolescentes establezcan una buena relación con el medio escolar; y es precisamente, el cómo se establezca esta relación entre los adolescentes y el medio escolar, lo que hará que se

desarrollen actitudes positivas o negativas hacia él, determinando los logros académicos, el aprecio de sus compañeros, así como los refuerzos y el reconocimiento de padres y profesores por su implicación y adaptación escolar. Si la escuela es percibida como un medio hostil, en el que son rechazados y donde no pueden establecer relaciones interpersonales con otros iguales, pueden buscar el apoyo y la compañía de otros jóvenes en situaciones de dificultad social o marginación, pudiendo aumentar así sus posibilidades de implicarse en el consumo de drogas (Turbi y otros, 2005).

Luengo (1999), señala que los sujetos con conductas problemáticas tienden a mostrar un cierto desapego emocional respecto al entorno escolar, muestran actitudes más negativas hacia él, tienen expectativas negativas respecto a su éxito académico y perciben la educación académica como poco útil y relevante.

Herrero (2004) afirma, que es bastante habitual que, también desde el centro escolar, surjan actitudes de rechazo frente a los estudiantes más problemáticos, actitud que no facilita la integración de los mismos en el centro sino que suele provoca un incremento de las conductas de riesgo, un mayor rechazo hacia él mismo y hacia los estudios, y un sentimiento de exclusión. Luengo y otros, (1999) señalan que el “fracaso” del adolescente por ajustarse al medio escolar, que precisamente intenta promover estilos de vida convencionales y adaptados al medio social, le coloca en una situación de mayor vulnerabilidad frente a las conductas desviadas. En este “fracaso” habría que incluir también otros factores relativos al propio centro educativo a la comunidad escolar, de modo que no pueda achacarse en exclusiva al propio adolescente que se trataría más bien de un problema con raíces sociales más profundas.

Entre los factores relacionados con el medio educativo, se han destacado la adaptación escolar, el interés y expectativas sobre los estudios, el grado de satisfacción escolar, el rendimiento escolar, el tipo de centro y estilo de funcionamiento, la relación del centro escolar con las familias y con la comunidad, etc. Se han relacionado las conductas problemáticas en la adolescencia con el consumo de drogas o la delincuencia con el absentismo escolar, la escasa implicación en los estudios y un bajo rendimiento académico. Sin embargo, es necesario analizar estos resultados teniendo en cuenta la mutua capacidad de influencia que existe entre ellos (Herrero, 2004).

Podrían destacarse una serie de factores del contexto escolar que se han relacionado con el consumo de sustancias en los adolescentes:

1. *Fracaso escolar*. El fracaso escolar es un fenómeno social multicausal y, por ende, requiere un abordaje y conceptualización integral. Para poder definir “fracaso escolar” habría que señalar a qué tipo de fracaso nos referimos: fracaso del escolar, del profesor, de la escuela, de la comunidad educativa, etc. Cortés (2008), señala que el fracaso escolar es el hecho de concluir una etapa en la escuela con calificaciones no satisfactorias. Según Barca et al (1986), el fracaso escolar puede estar originado por la incapacidad del adolescente de alcanzar las metas que de él se esperan, estando muy relacionada con el grado de satisfacción escolar del adolescente.

Existe controversia en el valor predictivo del fracaso escolar en relación con el consumo de sustancias, ya que existen estudios en los que se establece una relación clara entre el absentismo injustificado, el fracaso escolar y la insatisfacción escolar y el consumo de drogas (Alonso y del Barrio, 1996, Jessor 1992, Navarro y otros, 2000). En el Informe sobre el Cannabis elaborado por la Comisión Clínica del Plan Nacional sobre Drogas (2009), señala que el consumo de cannabis en el periodo académico, se asocia a peores calificaciones académicas, menor satisfacción, actitudes negativas hacia la escuela, pobre rendimiento escolar, aumento del absentismo y mayor prevalencia de abandono de estudios y fracaso escolar. Sin embargo, Calafat, 2000, establecen la necesidad de ser prudentes al relacionar fracaso escolar y consumo de drogas.

2. *Satisfacción escolar*. El autoconcepto académico y la satisfacción que el adolescente manifiesta en relación a la escuela, presenta una relación significativa con el consumo de drogas y no con el fracaso escolar, de tal forma que los adolescentes que presentan una baja satisfacción a nivel académico, una baja autovaloración de los resultados y esfuerzo y una baja motivación, presentan un mayor riesgo de consumir drogas. Esto acompañado de otras variables como son los niveles de exigencia de los padres y estilo educativo de los mismos.

Cuando, por uno u otros motivos, el sujeto no puede alcanzar el mismo nivel de logro que sus compañeros, aumentará la probabilidad de que presente conductas problemáticas, con lo cual se creará un círculo vicioso del que difícilmente podrá salir, ni en el ámbito escolar, ni fuera de él. Cuando el adolescente no encuentra

satisfacción en el marco escolar, ni alcanza los logros que de él se esperan, buscará aumentar su satisfacción y su nivel de logro en otros ambientes como puede ser el del consumo de sustancias dentro del grupo de iguales (Barca et al. 1986).

3. Características de la escuela o instituto: Según Recio y otros (1992), los adolescentes que estudian en escuelas grades, privadas y laicas, presentan una mayor probabilidad de consumo de sustancias que aquellos que estudian en escuelas de menor tamaño, públicas o privadas y de carácter religioso

Según Escario y otros (2007), la probabilidad de haberse emborrachado es menor en los centros donde la edad media de inicio al consumo de alcohol es mayor y para los estudiantes que asisten a clases con menos de 15 alumnos.

Por otro lado, las normas escolares y el grado en el cual los estudiantes las perciben como adecuadas, es otra variable asociada con el consumo de drogas. Los adolescentes que consumen, suelen estar menos comprometidos con las normas de la escuela y con la participación en las actividades extraacadémicas. La falta de éxito escolar parece llevar a que estos sujetos sean etiquetados como “malos” y “problemáticos”, con las consecuencias negativas que ello conlleva a nivel de relación (Barca y otros, 1986).

Es un factor protector, la prohibición de consumo de drogas en el medio escolar, tanto entre los profesores y adultos, por su papel como modelos de conductas, como entre los estudiantes, ya que ello contribuye a reducir el número de ofertas y presión hacia el consumo.

4. Estilo educativo y clima del centro. Las condiciones del centro escolar no solo están determinadas por el proyecto educativo que se desarrolla sino por la filosofía del centro, sus valores y el estilo de relación entre los educadores y con los estudiantes. Estos, en conjunto, es lo que se denomina clima de centro. Se considera que existe un clima de centro positivo, cuando están presentes en las relaciones de todos sus miembros valores que favorezcan aspectos como el respeto, la comunicación, la solidaridad, la convivencia y la participación. Donde el profesorado además de dirigir la educación, acompaña en el crecimiento de sus estudiantes, es susceptible de las necesidades concretas que puedan surgir en los

procesos de aprendizaje y favorece la democratización en las relaciones con los educandos (Peñañiel, 2009).

Un buen clima de centro, favorece la vinculación a la comunidad educativa, potencia el sentimiento de pertenencia del estudiante y propicia una referencia a la que puede acudir en caso de necesitarlo.

Dentro de este contexto, se considera que serian factores de protección un estilo educativo democrático y participativo, una escuela que promueve la solidaridad, la integración y los logros personales, continuar con los estudios, aún con dificultades, la implicación de los alumnos en la escuela, buena adaptación escolar y la existencia de normas que limiten el consumo de la comunidad educativa. Martínez-González y otros, (2003), confirman que el hecho de que en el centro haya normas claras es un factor protector en los consumos.

En esta línea, y siguiendo el planteamiento de Lázaro (2001), “educar es la expresión de la participación y de la sensibilidad creativa de la comunidad”, una de las claves para mejora la calidad de vida en las escuelas es promover la implicación de todos y todas en la vida del centro.

5. Implicación con las familias: No debemos olvidar que también las familias tienen la responsabilidad educativa de los hijos, y que la formación de éstos no puede realizarse satisfactoriamente sino en colaboración de ambas instituciones. Una mayor implicación y compromiso de los padres en la educación de los hijos, se ha demostrado que actúa como factor protector en el consumo de sustancias (Navarro, 2000).

En España, tal y como afirma Matellanes (2002), existe cierto consenso acerca de que el medio educativo es el espacio ideal de intervención cuando hablamos de prevención universal. De hecho, se trata del contexto en el que se ha desarrollado la mayor parte de las intervenciones preventivas, aunque no necesariamente de carácter familiar. Sin embargo, las actividades de prevención dirigidas a la familia tienen mayor repercusión y mayores efectos a largo plazo que las estrategias que se centran en los padres solamente o en los hijos solamente, por lo que resulta evidente la necesidad de involucrar a los padres en las actividades y programas que se desarrollen en el ámbito escolar.

2.3.2.3. Grupo de iguales, ocio y tiempo libre

Según Calafat, (2007), los factores de riesgo para el consumo de drogas en relación con el grupo de amigos y el ocio y tiempo libre son: dar alguna importancia a las drogas como motivos de salir de marcha; tener la mayoría de amigos que consumen alcohol; haber conducido vehículos bajo los efectos del alcohol, gastarse casi todo el dinero disponible en salir de marcha; salir más de 6 horas a divertirse por las noches y estar dispuesto a viajar en un vehículo conducido por un conductor bajo los efectos del alcohol.

a) Grupo de iguales

El grupo de iguales ha sido objeto de estudio en numerosas investigaciones, debido, por un lado, a la importancia otorgada por los adolescentes a tales vínculos durante un periodo de (re)definición de su identidad psicosocial y, por otro lado, la acción moduladora ejercida sobre la experimentación con drogas (Moral, 2004). Estos estudios, tratan de explicar, además cómo se produce, qué tipo de factores intervienen en este proceso.

El grupo de iguales es un elemento imprescindible para comprender la actitud y los comportamientos de los jóvenes, ya que el grupo de compañeros va sustituyendo progresivamente a la familia como referencia y las relaciones más importantes del adolescente se desplazan hacia los compañeros de similar edad e intereses (Laespada, 2004). El grupo de amigos, va a suponer para el adolescente un importante apoyo en ese proceso de búsqueda de identidad por parte de los y las adolescentes, ya que va a proporcionar al adolescente una serie de ventajas que van a facilitar la transición hacia el mundo adulto; da apoyo y seguridad, facilita la separación de los padres y modelos anteriores, proporciona unos ideales, intereses y valores, y presta una "identidad transitoria", una cierta autonomía personal (Herrero, 2004), un modelo diferente al familiar, unas claves y puntos de referencia para organizar su vida y organizarse a sí mismo, moldeando actitudes y adoptando hábitos.

Al compartir sentimientos y comparar puntos de vista con los compañeros y compañeras, se abre un campo ilimitado a la maduración personal y a la adaptación

social. El grupo proporciona sensación de pertenencia, comprensión, reconocimiento, etc., lo que le permite por un lado, tomar distancia del núcleo familiar y del control por parte del mundo adulto, y por otro, el acceso a nuevas formas de relación que van a actuar, como foco de grandes influencias. Los compañeros proporcionan información directa o indirecta sobre aquellas conductas que son aceptadas y reconocidas en determinadas situaciones sociales, diferentes a las que el sujeto vive en su medio familiar. El grupo establece sus propias normas y el sujeto que pertenece al grupo debe adoptarlas para ser valorado (Laespada, 2004).

En este sentido, si el grupo muestra una actitud favorable al consumo de sustancias u otras conductas de riesgo, el adolescente adoptará también estas mismas reglas en su repertorio de conducta, suponiendo también un riesgo para el adolescente. Así, el grupo puede inhibir la responsabilidad individual, favorecer la excesiva dependencia y conformismo, inhibir la toma de decisiones libre y personal o facilitar conductas inadecuadas, entre las que se incluye el consumo de alcohol u otras drogas y otras conductas problema. El adolescente o la adolescente que comienzan a consumir en el grupo de amigos viven la sensación de acceder a algo prohibido, que escapa a la tutela de los padres o de otras figuras de autoridad y que proporciona la posibilidad de compartir nuevas experiencias con sus iguales, en lugares y horarios que hacen propios, por contraposición a los del mundo adulto (Herrero, 2004).

El consumo de drogas en el grupo de iguales actuaría, por lo tanto, como una forma más de cohesión y de identidad grupal, al igual que sucede con la imagen física (forma de vestir de llevar el pelo, o portar cualquier accesorio de identificación), el tipo de música que eligen o cualquier otra conducta, que defina un estilo de vida vivido como propio.

El grupo de amigos como factor de riesgo, se ha manifestado como una de las variables más influyentes a la hora de explicar el consumo de drogas, hasta tal punto que para algunos autores el consumo depende enteramente de la naturaleza social del grupo de amigos del sujeto (Kandel, 1996). A nivel social es significativo observar el resultado de algunos estudios que señalan que en una cultura como la nuestra, donde el consumo de alcohol es algo normal y aceptado, los jóvenes que consumen alcohol consiguen un nivel mayor de adaptación social frente a los abstemios (Block, 1990; Elzo, 1994; Gómez Reino y otros, 1995).

Los resultados de un estudio realizado por Escario y otros (2007) donde relacionan las variables presión de grupo, faltar a clase y consumo de sustancias, muestran que los jóvenes se ven influenciados por el resto de amigos a la hora de decidir consumir o no alcohol de forma abusiva (emborracharse). Así pues, cuánto mayor es el porcentaje de compañeros de la clase que se emborracha, mayor es la probabilidad de que el joven considerado acabe emborrachándose. Del mismo modo, también se observa que la probabilidad de que un adolescente falte a clases depende positivamente del porcentaje de compañeros del aula que falta a clases. Ambos efectos resultan estadísticamente significativos y, por tanto, aportan evidencia a favor de que los jóvenes se dejan llevar o se ven influenciados por la presión del grupo.

La investigación actual concluye que la influencia que el grupo tiene sobre el adolescente, está relacionada con la calidad del grupo de amigos, de manera que induciría positiva o negativamente en el inicio y mantenimiento de los consumos de sustancias en función de la calidad de la relación y del tipo de grupo de referencia o pandilla (Sánchez Queija y otros, 2007).

Por lo tanto, queda demostrada la importancia de la amistad y de los pares como referente principal a la hora de consumir drogas. Megías-Quirós (2008) en un estudio realizado en Castilla La Mancha afirma que, bastantes consumidores (sobre todo de las sustancias peor vistas, léase cocaína) señalaban que sólo tenían o compartían determinados consumos con personas muy cercanas y afines, con las que (en sus propias palabras) hay “feeling”, afinidad más allá del hecho de compartir gustos; personas con las que se comparten maneras de entender, afrontar y disfrutar determinados hábitos o comportamientos, como los que tienen lugar durante el ocio y esencialmente durante las noches de los fines de semana.

b) Tiempo de ocio

Como se ha señalado en el apartado anterior, son muchos los estudios que han puesto de manifiesto la importancia que adquiere en la adolescencia el grupo de iguales. El deseo de estar con los amigos y el tiempo que, realmente, se comparte con ellos se sitúa en el primer plano del estar bien y ser feliz. Pero además, ese tiempo que se invierte en ser feliz a través de las relaciones de amistad (en grupo) es fundamental en la construcción y consolidación de señas de identidad particulares, a

través de las propias relaciones y de los contextos, actividades y momentos en que se producen (Rodríguez y otros, 2002).

Existen dos grandes conceptos relacionados explícitamente con las formas que adoptan las relaciones grupales de los jóvenes: el tiempo libre en la cultura de consumo de masas y la dualización del tiempo, en la medida en que constituyen dos grandes referentes de la realidad social y cultural de los jóvenes en el momento actual.

En relación a la cultura de consumo de masas, una buena parte de la forma en que se producen las relaciones socio-grupales en la sociedad actual tiene que ver con las dinámicas propias del consumo. El consumo es un fenómeno cultural que repercute en la forma y en el fondo de las relaciones que se establecen entre las personas. No se trata sólo del consumo de marcas de moda o de productos que identifican físicamente a según qué grupos, sino que los propios contextos de relación o las actividades que se desarrollan en interacción requieren, casi de forma indispensable, el consumo de objetos (juegos, ropas, comidas, bebidas...), de espacios (los lugares requieren del pago de entradas, sean directas o indirectas), etc. Uno de los principales tipos de la relación grupal que se van a dar en los jóvenes, y que está asociada a una mayor probabilidad de consumo de sustancias, son las que se establecen en grupos durante las noches de fin de semana, que es el contexto de la "marcha". (Rodríguez y otros, 2002).

Existe una disociación cultural entre el tiempo ocupado (trabajo, estudio, rutina cotidiana...) y el tiempo libre. Arza y Zubillaga, (2000) afirman que esta dualización del tiempo es uno de los fenómenos característicos en el sistema de organización del tiempo en el fin del milenio. El tiempo ocupado es un espacio para el esfuerzo, para la preparación, para la competencia... Por el contrario, el tiempo libre cada vez más identificado con las largas noches de los fines de semana, es el espacio de la desinhibición, del descontrol, de las actividades compartidas con el grupo de pares, de la complicidad festiva, de la reciprocidad clandestina".

Comás (1994) además señala que la dualización temporal y espacial entre el fin de semana y los días de trabajo y/o estudio, ocupa el centro del mundo cognitivo de los jóvenes, quizás porque el fin de semana (con sus noches) representan, mejor que cualquier otro conjunto de símbolos, el espacio y la identidad que los jóvenes no encuentran en otros momentos y lugares, en los que siempre ocupan una posición subordinada. Es algo suyo, algo que deben conservar para sí mismo aunque los

“costes” cada días son más elevados. En este sentido, el fin de semana se concibe como un tiempo mítico, de proyecciones y búsquedas frente a las rutinas cotidianas; explícitamente los jóvenes nos han dicho que “para hablar tienen todos los días y que el fin de semana es para otras cosas” (Rodríguez, Megias y Sánchez, 2002).

Una de las características del consumo de sustancias por los adolescentes es uso recreativo de las mismas, durante el ocio y tiempo libre. (Calafat y otros, 2000). Varias circunstancias confluyen para propiciar este hecho, por un lado, al llegar a la adolescencia disminuyen el control conductual de los padres y las madres sobre sus hijos e hijas adolescentes (Parra y Oliva, 2006). Por otro, a estas edades se produce un cambio importante en la ecología del tiempo libre. Así los adolescentes pasan más tiempo con el grupo de iguales y menos con la familia o solos y, además, los lugares a los que acceden se diversifican y amplían y, con ellos, las posibilidades de iniciarse en el consumo de sustancias (Sánchez Queija et al, 2007).

Según Calafat, (2000) el ocio está definido y considerado como un espacio donde el individuo se libera de las obligaciones impuestas por las responsabilidades laborales o escolares y la rutina. Diversos estudios (Calafat y otros, 2000; Elzo, 2006; Laespada, 2004; Laespada, 2000; Laespada y Salazar, 1999; Moral, 2004; Sánchez y otros, 2007), señalan que para los adolescentes el tiempo libre y el tiempo de ocio es un espacio donde pueden practicar libremente actividades diferentes a las realizadas el resto de la semana, las cuales se caracterizan por ser actividades obligatorias, estructuradas por horarios y normas. Así, mientras que durante el día se ejercen la mayoría de actividades relacionadas con la reproducción social, como el trabajo, la vida familiar, el estudio, los viajes, etc. la noche es el periodo de tiempo dedicado al descanso, al ocio y a la diversión.

Según el Instituto Nacional de la Juventud en España, las actividades que más les gusta hacer a la población joven de entre 15 y 19 años en su tiempo libre de ocio son: hacer deporte, bailar, ir de copas o ir al cine. (Elzo y otros, 2006).

El fin de semana, en contraposición a la semana que está organizada y supervisada por adultos y rutinas muy estructuradas, se ha convertido en el espacio de ocio por excelencia de jóvenes y adolescentes. Este ocio les permite disponer de un espacio de diferenciación con el mundo de los adultos en el que son ellos los que marcan los horarios fuera del control paterno y adulto. No es extraño por tanto, que el tiempo libre

sea considerado como uno de los valores más apreciados entre los jóvenes (Laespada, 2004).

Paniagua y otros (2001) afirman que se distinguen claramente dos patrones en relación con el ocio y tiempo libre. Por un lado, el representado por los adolescentes que realizan actividades como deporte, asistencia al cine y lectura, que se asocia a un menor consumo de sustancias adictivas y, por otro lado, el patrón definido por los adolescentes que ocupan su tiempo libre en actividades que requieren una mayor relación social como salir con amigos, concurrir a discotecas o ir de copas, en los que se observa un mayor consumo de estas sustancias.

c) Fines de semana y salir de marcha

El grupo de iguales, “salir de marcha” y el consumo de sustancias van de la mano para conseguir diversión y estímulo en los momentos de ocio y tiempo libre. Los jóvenes eligen la noche de los fines de semana para divertirse, para participar de un ritual de encuentro que puede ser con amigos, o bien con aquellas personas con quienes más se identifican o pueden compartir las actividades propias de ese momento, entre las que forma parte el consumo de alcohol y otras sustancias.

Megías-Quirós plantea la relación entre noche y juventud como algo indivisible, y como núcleo duro de los elementos que componen buena parte del imaginario relativo a lo que supone y lo que refleja el “ser joven”: los jóvenes salen y se divierten, por la noche. Es entonces cuando entran en juego las drogas como elementos que determinan buena parte del desarrollo de esas noches. Por supuesto, circunscribir el consumo de drogas estrechará las miras de un tema más complejo, pero resulta indudable que la manera en que los consumos se insertan en el universo simbólico de la noche y la diversión resulta un elemento central para entender el fenómeno de los consumos y la relación con las drogas.

Calafat, (2000), señala que el ocio de los jóvenes, ha dado lugar a la expansión de una serie de actividades relacionadas con el salir de marcha por las noches, buscar la diversión yendo a los bares, discotecas, a bailar o a escuchar música. Se trata de actividades muy vinculadas a los fines de semana y a la temporada de vacaciones y

se desarrollan en espacios específicos donde el consumo de música, moda y sustancias crean un el contexto de diversión.

La relación del consumo de drogas, fin de semana y noche es clara. La cultura de la noche se ha impuesto en nuestro país en los últimos años. Tal es así que algunos establecimientos fijan sus horarios de apertura al público sólo desde altas horas de la tarde-noche, y se han creado los “Afters” que abren a altas horas de la noche madrugadas del viernes y sábado hasta el alba o el medio día del día siguiente. El resto de la semana y del día permanecen cerrados. De esta forma, se crean culturas alternativas, formas de vida y horarios especialmente diseñados para los jóvenes que inician su disfrute del tiempo libre cuando el resto de la población inicia sus horas de descanso (Calafat y otros, 2007; Elzo, 1999 y Laespada y otros 2004; Sánchez y otros, 2007).

d) Hora de regreso los fines de semana

Otro factor a analizar es la hora de regreso a casa. Todo adolescente entiende que a medida que se hace mayor tiene mayores cotas de autonomía personal y esta autonomía se materializa en el autocontrol de sus horarios y de su tiempo libre, existiendo una relación significativa entre la edad y las horas de regreso a casa, de tal forma que a mayor edad, mayor autonomía y control horario y más tarde suelen regresar a casa (Elzo y cols, 2006; Laespada y otros, 2004).

e) Ocio y dinero disponible

En este marco de relación, aspectos como el poder adquisitivo, la dependencia del grupo, el ocio desarrollado en discotecas y bares y las salidas nocturnas de fin de semana, correlacionan con un mayor consumo de sustancias (Gómez Reino y otros, 1995; Pons y Berjano, 1999).

Con respecto al dinero que manejan los jóvenes, es evidente que el alcohol, concretamente, es un producto accesible económicamente y que no es su precio el que supone ningún obstáculo para su consumo. A medida que aumenta la

disponibilidad económica aumenta el consumo de alcohol, tanto en la frecuencia como en el grado de alcohol consumido (Laespada, 2000; Escario 2007). Según un sondeo realizado por la Consejería Técnica Planificación y Evaluación Servicio Documentación y Estudios, Injuve (2001), en torno a seis de cada diez jóvenes encuestados afirman gastar la mayor parte del dinero de que disponen en salir de copas, y con los amigos; uno de cada ocho declara hacerlo en ir al cine; y uno de cada dieciséis en ir de compras (Injuve 2001 Consejería Técnica Planificación y Evaluación Servicio Documentación y Estudios).

En un estudio sobre la vida recreativa de los adolescentes y su relación con el consumo de sustancias (Calafat, 2007), muestra que los principales factores de protección en el consumo de drogas son: no haber llegado a probar el tabaco y el alcohol, no haber llevado a cabo conductas delictivas como hurtos en tiendas, elección de lugares recreativos libres de drogas cuando se sale de marcha y una actitud favorable al control legal estricto sobre las drogas.

2.3.3. FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN SOCIALES

Los factores sociales hacen referencia a un entorno social más amplio. La estructura económica, normativa, la accesibilidad al consumo, la aceptación social del mismo y las costumbres y tradiciones imprimen unas características que diferencian a unas culturas de otras y por tanto afectan a la conducta del individuo. Según Hawkins y otros (1992), los factores de riesgo comunitario son: leyes y normas favorables al consumo, accesibilidad y disponibilidad de las mismas, deprivación económica y desorganización del vecindario. Mocada (1997), añade la movilidad y Laespada y otros, (2003), incluyen la influencia de la publicidad y los medios de comunicación.

Ingerir una sustancia, como todo comportamiento, se produce y toma sentido en un determinado contexto social. En el nuestro, es manifiesta la presencia de tabaco y alcohol en lugares cercanos y accesibles y la incorporación de éstos en nuestro estilo de vida (celebraciones, actos sociales, etc). La integración cultural de sustancias como el alcohol y la permisividad y aceptación social ejercida a través de actitudes y normas también explican un mayor uso de las mismas (Laespada, 2004).

2.3.3.1. Deprivación económica y social.

Durante décadas, se ha considerado que la persona que tiene una deprivación económica extrema, entendida ésta como la pobreza, el hacinamiento y el chabolismo, tiene una importante relevancia en el consumo de drogas cuando la persona vive en una cultura donde otros tienen acceso a un gran número de bienes. Ésta variable se ha considerado, y hoy en días se considera, como un factor social clave en el consumo de sustancias, asociándose un mayor consumo de drogas a personas con problemas económicos y en exclusión social. Sin embargo, a pesar de que la pobreza sea importante, o extrema, ella por sí sola no es suficiente para explicar el consumo de drogas. Se precisa el que estén presentes otros factores de riesgo para que se produzca el consumo (Hawkins y otros, 1992).

Por otro lado, hay que considerar que en los últimos años ha habido un cambio cualitativo en el tipo de consumo y de consumidor, asociándose el consumo de sustancias a personas con un nivel económico adecuado y con poder adquisitivo. Así que, hoy en día se sabe, que tanto la falta de recursos económicos, junto a otros factores de riesgo, como el disponer de dinero, junto a otros factores, puede favorecer el inicio y/o mantenimiento del consumo de sustancias. (Becoña, 2002)

Hawkins (2002), afirma que la pobreza está asociada a un aumento de la violencia, a una mayor desorganización comunitaria lo que contribuye a un aumento de la probabilidad de consumir drogas. No obstante, aun identificando la pobreza como un factor de riesgo para el consumo de sustancias, Jessor (1991) ha insistido mucho en el aspecto de la pobreza como un elemento importante para la prevención, porque reduciendo o eliminando la misma se podría reducir el consumo de drogas.

2.3.3.2. Desorganización comunitaria

El hábitat o barrio en el que se desarrolla la vida de los adolescentes, puede actuar como factor de riesgo en la aparición de conductas problemáticas. Las características del entorno en relación con los factores urbanísticos, equipamientos, apego del vecindario al barrio, sentimiento de pertenencia al mismo, presencia o no de tejido asociativo vivo capaz de generar apoyos positivos a los grupos de adolescentes y, desde luego, la facilidad o dificultad para acceder a las diferentes sustancias de abuso

(Herrero, 2003), van a ser aspectos que van a influir en el grado de consumo de sustancias de los adolescentes.

Según Becoña (2002), la desorganización comunitaria se refiere a aquel lugar en donde la persona vive y que no cumple unas normas adecuadas de buena organización, como es el cuidado de las calles, aceras, disponibilidad de jardines, lugares de ocio y diversión, apego social al barrio, adecuado nivel de control en el mismo, asunción de que se es un miembro del mismo y como tal se le cuida, etc. Las zonas que presentan una mayor desorganización comunitaria, están caracterizadas por un alto índice de delincuencia y un mayor consumo de sustancias y otro tipo de conductas antisociales. Además, suelen asociarse los factores, dado que una parte de las personas que viven en este tipo de barrios ya tienen a su vez otros factores de riesgo asociados (ej., bajo nivel de control sobre sus hijos, deprivación económica y mayor tasa de paro, índice mayor de alcoholismo, mayor nivel de fracaso escolar, etc.). Todo ello impide, dificulta o hace difícil que los padres puedan enseñar a sus hijos conductas prosociales (Muñoz-Rivas et al., 2000).

2.3.3.3. Disponibilidad y accesibilidad a las sustancias.

Para que se pueda producir el consumo tiene que estar presente la sustancia, poder estar disponible y acceder a ella. La forma, el tamaño, la presentación, el modo de obtenerla, así como el precio, son variables importantes para el consumo. En nuestro país el carácter de droga legal convierte al alcohol y el tabaco en un producto disponible de fácil acceso, por múltiples establecimientos donde se puede adquirir, los amplios horarios de venta, el precio asequible de las bebidas y el escaso control de la venta a menores.

La relación que cada joven establezca en el fenómeno de las drogas vendrá determinado por múltiples factores pero, sin duda, la disponibilidad de las mismas para los potenciales sujetos consumidores es un factor que correlaciona claramente con el consumo (Laespada, 2004). Otros autores afirman que a pesar de que teóricamente parece que la disponibilidad de drogas es un factor esencial para el consumo, los estudios muestran que no siempre la disponibilidad aparece como un factor claramente relacionado con el consumo de drogas (Félix-Ortiz y Newcomb, 1999;

Becoña, 2002). Sin embargo, una variable que sí tiene relación es la accesibilidad y precio de la sustancia. Cuando el precio es bajo la probabilidad del consumo es mayor. Cuando es alto, la probabilidad del consumo es menor. Esto se ha podido analizar en las drogas legales, en aquellos países que han utilizado el incremento de precios para controlar el consumo (García., 2003).

Los puntos de venta cobran aquí una gran relevancia. Como es bien sabido, tanto en las drogas legales, a través de estancos, bares, cafeterías, discotecas, etc., como ilegales a través de narcotraficantes, traficantes, camellos, consumidores, etc., se ha creado una amplia red que es conocida por el que la busca en una ciudad en lugares habilitados para su venta, o son ellos los que buscan al cliente en ciertos lugares de diversión, especialmente en la tarde-noche-mañana o cerca de colegios o institutos (Becoña, 2002).

Se ha demostrado que la fácil accesibilidad a la droga es un factor de alto riesgo en el inicio y mantenimiento del consumo (Valles Lorente, 1996) y que cuanto más alta es la permisividad, entendida como los valores y actitudes sociales favorables al consumo, las cifras de consumo tienden a ser mayores (Luengo y otros, 1999).

Por ello, una buena medida preventiva para reducir el consumo de una sustancia, concretamente en el caso del tabaco y del alcohol, sería incrementar el precio anualmente por encima del IPC y, al tiempo, implantar toda otra serie de medidas de información, educación, concienciación y preventivas para reducir los riesgos de su consumo en los que ya consumen o retrasar el consumo o facilitar que no pasen de consumidores ocasionales o no consumidores en los más jóvenes.

2.3.3.4. Institucionalización y aprobación social de las drogas

Uno de los factores de riesgo más importantes, y al tiempo más difíciles de aceptar, precisamente por la naturaleza del mismo son las creencias, normas y leyes de la comunidad favorables hacia el uso de drogas.

Se dice frecuentemente que las drogas han existido desde siempre, que el consumo de drogas ha ido en paralelo a la vida del hombre sobre la tierra, y de que cada cultura tiene su propia droga. En las últimas décadas se ha producido un cambio social en

relación con el consumo de drogas tanto legales como ilegales. El fenómeno del incremento de la vida recreativa (Calafat y otros, 2000) en los países más desarrollados, unido a un correlativo consumo de drogas, el mayor acceso a las mismas por su disponibilidad y precio asequible, ha complicado y extendido más el problema, especialmente para las drogas ilegales, ya que con las legales se va incrementando cada vez más el control de las mismas (ej., a través de las distintas leyes de drogas de las comunidades autónomas, restricción del acceso a menores para la compra o expedición, etc.), aunque no siempre es fácil hacer cumplir las normas sociales dictadas para dicho control (Becoña, 2002).

Según Hawkins, (1992), cuando se han puesto en marcha sistemas de control para las drogas legales, tales como el alcohol y el tabaco, como incremento de precios, restricción de acceso al mismo a personas menores de edad y penalización ante su consumo abusivo, estas medidas han sido eficaces. Todo ello sugiere que habría tres elementos básicos para el control: el incremento de precios, el control de la accesibilidad a la sustancia y el control de la publicidad. Esto es claro, como ya indicamos, tanto para el alcohol (Sánchez, 2002) como para el tabaco (Villalbí, 1998).

Sí que es más complejo analizar el tema del consumo de las drogas ilegales en función de las creencias, normas y leyes de la comunidad sobre el consumo de drogas. Sí sabemos que a mayor consumo de alcohol y tabaco se incrementa más la probabilidad de pasar a probar otras drogas, especialmente la marihuana, hachís en nuestro medio. Esto, a su vez, facilita, que algunos de estos pasen a probar cocaína y heroína y llegar a desarrollar adicción a estas sustancias (Becoña, 2002).

Acerca del cannabis, es evidente que se ha producido un cambio muy importante sobre la disminución de la percepción del riesgo en la población española desde hace varias décadas hasta hoy, al tiempo que se ha incrementado el consumo por la gran disponibilidad y bajo coste relativo. Por otro lado, ese aumento del consumo de cannabis por los adolescentes se ha visto favorecido por el cambio en la legislación española, donde la penalización por el consumo a nivel privado es inexistente y en lugares públicos se queda en una multa (Becoña, 2002).

Por el contrario, la población considera muy negativo el consumo de heroína, junto al de cocaína, de tal manera que las propias leyes, y la aplicación real de las mismas, son mucho más duras para el tráfico de heroína y cocaína que para el cannabis.

2.3.3.5. Publicidad

El consumo de drogas es un fenómeno generalizado socialmente. Convivimos desde hace décadas con la presencia del alcohol y ya forma parte de nuestro día a día. Sin embargo, cuando hablamos de disponibilidad de drogas, nos referimos a la facilidad de hacerse con ellas, al precio y el marketing con el que se acompañan, referido a los efectos positivos y facilitadores de las relaciones sociales e incluso al color y forma de las sustancias o de su envase, que lo presenta como una sustancia atractiva para los posibles consumidores.

Los medios de comunicación, en el caso de las drogas legales, minimizan los efectos del consumo a largo plazo y asocian el producto al logro inmediato de efectos gratificantes. Las drogas se muestran como un producto importante dentro de esta sociedad de consumo, y su utilización se fomenta presentándolas como una forma fácil e inmediata de obtener placer, relajación, evasión, diversión, facilidad de contacto interpersonal, oposición a lo establecido y, en definitiva cualquier mensaje que logre atraer la atención de los potenciales consumidores (Moradillo, 1996).

La publicidad de las drogas legales va orientada claramente a que los consumidores incrementen el consumo de las mismas, esto es, del tabaco y del alcohol o, si no consumen, se hagan consumidores. Aunque las compañías niegan este hecho, la realidad muestra que las campañas van dirigidas a incrementar el mercado (Salvador, 1998; Villalbí, 1998).

Laespada, (2004) señala que los medios de comunicación de masas ejercen un impacto evidente no sólo en nuestros comportamientos sino también en la promoción de actitudes favorables al consumo, valiéndose de la presentación de modelos atractivos asociado al logro de metas personales (diversión, popularidad, etc.) y actuando como una importante fuente de presión social hacia el consumo. Los anuncios asocian la bebida con valores y estímulos atractivos para los adolescentes, como la amistad, el carácter y la personalidad, la transición a la adultez, el sexo, el riesgo y la aventura, etc. Estos mensajes persuasivos son difíciles de contrarrestar por los adolescentes que en muchos casos carecen de una actitud crítica frente a la publicidad. Por esta razón, se ha limitado la presencia de mensajes publicitarios dirigidos explícitamente a la población adolescente.

Cuando el niño o adolescente ve como a su alrededor las personas consumen tabaco y alcohol sin ninguna coacción, que las ven anunciadas en los periódicos, revistas e incluso televisión (alcohol directamente e indirectamente el tabaco), la primera idea que extrae de ello es que su consumo no acarrea riesgos. De ahí que la percepción del riesgo que tienen los adolescentes como el resto de la población sobre el tabaco y el alcohol sea baja, a diferencia de las drogas ilegales (Becoña, 2002).

2.3.3.6. Percepción de riesgo en el consumo de sustancias

Cuando la sociedad tipifica una sustancia como droga con un valor nocivo, se le atribuye una peligrosidad, que en cierta medida genera una percepción que actúa como filtro para su consumo, el temor y recelo que provoca disminuye la probabilidad del consumo. Sin embargo, cuando las sustancias forman parte de la “normalidad” de una cultura, y están socialmente aceptadas, el uso se vive con naturalidad (Díaz Aguado, 1997) y la percepción de riesgo queda disminuida hasta tal punto que solo es palpable cuando el problema ya es muy grave.

La percepción del riesgo que la sociedad tiene varía en función del tipo de sustancia y desde hace unos años se sabe, mediante distintos estudios realizados a los adolescentes de enseñanzas secundarias por el Plan Nacional de Drogas (1994-2008), que la percepción del riesgo sobre una sustancia es importante, dado que sobre aquellas en las que los adolescentes tienen una mayor percepción del riesgo tienen un menor consumo (Moncada, 1997).

Son diversos los factores que se asocian con la percepción del riesgo por parte de las personas de una población sobre una droga específica. En el caso del tabaco, la mera información y la concienciación de los profesionales de la salud, a partir de la cual han enviado mensajes claros a sus pacientes, ha favorecido una importante reducción en el consumo de tabaco. Por contra, en el caso de la marihuana, al no producir importantes problemas de dependencia, al haber una gran disponibilidad de la misma y ser considerada como una droga menos peligrosa que la heroína; al existir grupos que defienden su consumo y legalización, etc., han favorecido el que en los últimos años se haya reducido la idea de que la misma acarrea graves problemas y el consumo haya aumentado (Becoña, 2002).

La percepción que el sujeto tenga del riesgo que entraña el consumo de una sustancia es importante hasta tal punto, que diversos estudios han identificado un descenso del nivel de consumo de las sustancias que son percibidas como de mayor riesgo. Bachean, Johnston, O'Maley y Humphrey (1988), mostraron cómo entre los jóvenes aumentaba o disminuía el consumo de determinadas sustancias en función del riesgo que percibían en el consumo de cada una de ellas. En este sentido, la transmisión de una información real y veraz sobre las drogas y sus efectos, lejos de ineficaz, permite intervenir sobre los niveles de consumo (Johnston, 1995).

Este ha sido uno de los hallazgos más relevantes de los últimos años que ha conducido a un cambio en los mensajes de los responsables de la administración de distintos países sobre la prevención del uso de drogas. Mientras que hace años se sostenía que transmitir mensajes a los adolescentes sería inefectivo porque los rechazarían, actualmente sostienen lo contrario en función de los resultados obtenidos sobre la percepción del riesgo sobre distintas sustancias.

A mayor percepción del riesgo sobre una sustancia determinada menor consumo y viceversa; si el joven minimiza la problemática derivada del consumo de una droga el nivel de consumo de la misma aumenta. En este sentido la presentación desde los medios de comunicación de personas atractivas, relevantes y próximas al joven, con las cuales se identifica, presentando modelos de conducta que por ser practicada por un amplio número de personas cuenta con una aceptación social, mantenida muchas veces sobre informaciones erróneas y falsamente publicitadas (Laespada, 2004).

3. TEORIAS Y MODELOS QUE EXPLICAN EL CONSUMO DE SUSTANCIAS

3.1. INTRODUCCIÓN

Para intentar explicar el origen y mantenimiento del consumo de sustancias en adolescentes, se han estudiado diversos modelos y teorías (Espada, Griffin, Botvin y Méndez, 2003), ya que son múltiples las teorías que han surgido en torno a la conducta desviada y muchas de ellas las aplicables a la conducta de consumir drogas. Estas teorías pretenden crear un cuerpo explicativo que dé respuesta a la relación que se establece entre determinadas variables y factores, y la conducta de consumo de sustancias (Laespada, 2004). Realizar la prevención basada en una adecuada teoría o modelo nos permite poder manejar y cambiar los factores que facilitan el consumo y potenciar los que facilitan el no consumo.

Cualquier tipo de intervención que se pretenda llevar a cabo dentro del campo de la prevención de las drogodependencias, para que sea eficaz, es necesario que esté fundamentada en un modelo teórico. Un buen modelo teórico, a su vez, debe estar derivado de la observación, comprobación del mismo y elaboración de un marco conceptual que nos permita comprender esa parte de la realidad sobre la que elaboramos la teoría y, con ello, también poder predecir e intervenir en ello si es necesario (Becoña, 2002).

Hoy es indudable que una ciencia no se asienta hasta que tiene unas bases teóricas sólidas, las cuales adquieren su solidez de una investigación sistemática sobre ese campo del saber y se aportan conocimientos, datos y técnicas específicas al mismo (Becoña, 2002). Lo que sí es cierto, como indican Flay y Petraitis (1995), es que las teorías son abstractas, nos sirven para hacer una representación de nuestro mundo, habitualmente complejo, a través de una estructura simple en el marco teórico, sirven para saber qué encontrar y cómo predecir el futuro o poder disponer de principios orientativos a partir de la misma.

Según Bry (1996), es a partir del conocimiento científico de porqué algunas personas abusan de las drogas y otras no, desde donde surge la elaboración de cualquier estrategia preventiva. Parecería obvio, después de esta afirmación, que el esfuerzo intelectual optara por centrarse en identificar las variables de riesgo y las variables de

protección que están a la base del inicio y el mantenimiento de la conducta de abuso. Con ello se buscaría, a su vez, minimizar el efecto de aquellos factores que afectan negativamente al sujeto y potenciar aquellos otros que le protegen del desarrollo de conductas nocivas.

Y si bien es cierto que con este objetivo se plantean un gran número de investigaciones y estudios, no menos cierta es la afirmación de que el consumo de drogas, como conducta, es el resultado de múltiples factores difíciles de integrar en un marco explicativo único (Laespada, 2004).

Resulta difícil la construcción de un modelo teórico que explique íntegramente el fenómeno del consumo de sustancias en adolescentes. Durante las últimas décadas se ha avanzado considerablemente en la investigación que explique el inicio y mantenimiento del consumo de sustancias en la adolescencia, proponiéndose múltiples explicaciones teóricas. El modelo de creencias de salud de Becker (1974) resalta la importancia de los déficits en los procesos de toma de decisiones. La teoría del aprendizaje social de Bandura (1977) recalca la influencia negativa de los compañeros y de los adultos significativos que actúan como modelos consumidores. Los teóricos de la personalidad subrayan la vulnerabilidad individual, por ejemplo la teoría de la auto-depreciación de Kaplan (1980) otorga un papel central a las carencias afectivas de la persona. Otras teorías, como el modelo de desarrollo social de Hawkins y Weis (1985), analizan el conflicto generacional e insisten en la importancia del distanciamiento adolescente de la familia y del entorno escolar. También se han planteado propuestas integradoras, como la teoría de la conducta problema de Jessor y Jessor (1977), que intentan conjugar múltiples determinantes del consumo de drogas en la adolescencia.

En conjunto, los estudios han identificado numerosos factores de riesgo del consumo de drogas en la adolescencia, así como factores protectores que reducen la probabilidad del abuso de sustancias (Hawkins, Catalano y Miller, 1992)

Becoña (2002) realizó un análisis de las teorías y modelos más relevantes en el campo de las drogodependencias, útiles, por un lado, para explicar y entender como los adolescentes inician y mantienen el consumo de sustancias, y por otro, para poder establecer programas de prevención eficaces. Dichas teorías y modelos seleccionados se caracterizan por su actualidad, relevancia y apoyo empírico. Aunque es difícil hacer una clasificación que tenga un total consenso, propone la siguiente:

- Teorías y modelos parciales o basadas en pocos componentes
- Teorías y modelos de estadios y evolutivas
- Teorías y modelos integrativos y comprensivos.

Según Laespada y otros (2004), las teorías o modelos de estudio parciales centrados en pocos factores permiten un mayor control de las variables y contribuye a confirmar hipótesis, dada la capacidad de manejarlas, evaluarlas y someterlas a estudio. Sin embargo difícilmente pueden explicar por sí solas el inicio y el mantenimiento del consumo y resultan parciales. Por otro lado, las teorías más complejas, mayoritarias hoy en día, tienen en cuenta la multidimensionalidad del fenómeno que abordamos pero también son conscientes de la dificultad de operativizar, evaluar y conocer las variables que las integran, ya que es imposible controlar cómo afecta cada una, su magnitud y la interdependencia entre ellas.

Petraitis, Flay y Miller revisaron en 1995 las distintas teorías existentes para explicar el uso de sustancias y concluyeron que son 14 las más importantes utilizables para comprender este fenómeno, las cuales se pueden clasificar en : a) Teorías cognitivo-afectivas, entre las que desatanca, la teoría de acción razonada y conducta planificada (Azjen y otros, 1975); b) Teoría del aprendizaje social de Bandura; c) Teoría del apego social, entre las que se encuentran, la teoría de control social (Elliot y otros) y el modelo de desarrollo social (Hawkins y Weis, 1985); d) Teorías de carácter intrapersonal, entre las que se encuentran, el modelo de ecología social (Kumpfer y Turner, 1990), la teoría de autodesprecio (Kaplan y otros, 1982), el modelo de aprendizaje social de Simons y otros, 1988 y la teoría de interacción familiar; e) Teorías integradoras, entre las que destacan: la teoría de conducta problema de Jessor 1977, la teoría de cluster de iguales propuesta por Oetting y otros, 1986, el modelo de vulnerabilidad y el del dominio,

A pesar de las dificultades para unificar una clasificación de modelos teóricos que explican el consumo de drogas, resulta innegable, la necesidad del establecimiento de un marco teórico que, a modo de estructura, guíe y dé sentido al estudio del fenómeno observado. Según Flay y Petraitis (1995) el desarrollo de un marco teórico, además de contribuir a la ampliación del conocimiento, permite un posterior desarrollo de programas preventivos basados en el conocimiento de la realidad, a la vez que permite la evaluación de los mismos.

A continuación se desarrollan los modelos teóricos más utilizados para explicar la conducta del consumo de drogas, basándonos en la clasificación realizada por Flay y Petraitis (1995), y añadiendo dentro de las teorías integrativas o globales, el modelo ecológico de Bronfenbrenner (1987), la teoría de la influencia triádica de Flay y Petraitis (1994) y el modelo comprensivo y secuencia de Becoña (1999).

3.2. TEORÍAS COGNITIVO-AFECTIVAS

3.2.1. La teoría de la Acción Razonada de Fishbein y Ajzen (1975)

La Teoría de la Acción Razonada es uno de los modelos más difundidos sobre la relación entre factores cognitivos y consumo de drogas. Aunque el modelo no fue diseñado específicamente para explicar el consumo de sustancias, se ha revelado útil para comprenderlo y predecirlo, lo que ha hecho que sea uno de los modelos más citados en este ámbito y más influyentes en muchos programas de prevención (Laespada, 2004).

Esta teoría, propuesta por Fishbein y Ajzen (1975), consta en dos partes principales. En la primera parte, se postula que la actitud hacia un objeto es el resultado de las creencias que la persona mantiene hacia dicho objeto, y establece que para conocer las creencias de una persona, es importante tener dos tipos de informaciones: por un lado, conocer “la probabilidad subjetiva”, que se refiere al grado de probabilidad estimada de la creencia; y por otro, conocer su “deseabilidad subjetiva”, es decir, el grado en que la persona cree que las consecuencias expresadas por la creencia son positivas o negativas. Debe existir una relación entre la probabilidad subjetiva y la deseabilidad subjetiva. En el caso de que ambas sean muy elevadas, dicha creencia contribuiría en gran medida a que la actitud sea positiva.

Aplicado a la conducta de consumo de sustancias, las actitudes de los jóvenes hacia el consumo vienen dadas por las consecuencias que los jóvenes esperan del consumo de drogas y por la importancia que conceden a esas consecuencias personal y subjetivamente. Si el joven concede más valor a los beneficios que a los costes del consumo o si magnifica los primeros en detrimento de los efectos negativos, mostrará actitudes positivas hacia él.

Mientras esta primera parte de la teoría nos permite comprender la complejidad interna de una actitud, la segunda parte de la teoría, analiza la relación entre actitud y conducta.

La actitud no es lo único que pesa en la persona y en su intención de realizar una conducta. También lo hace la “norma social subjetiva”, que resume la presión social que recibe la persona de su contexto social más próximo. Esta norma social subjetiva descansa en dos pilares:

- Las creencias normativas que la persona mantiene. Estas expresan la probabilidad de que la conducta a realizar resulte o no aceptable para las personas cuya opinión cuenta mucho y debe ser considerada; padres, hermanos, amigos, compañeros de trabajo y similares.
- La motivación para acomodarse. Indica la disposición de la persona a seguir o conformarse a esas opiniones.

Así, en el campo del consumo de sustancias, las normas subjetivas vienen determinadas por la percepción que tiene el joven de que otras personas importantes para él aprueban y esperan que él consuma, además de por su motivación para acomodarse a las expectativas de esas personas. Si el adolescente cree que sus amigos esperan que consuma y él desea agradecerles, esto es, no defraudar sus expectativas, su decisión tenderá a inclinarse hacia el consumo. En relación con esto y no menos importante, la creencia de que el consumo está ampliamente extendido entre los jóvenes, que es algo normal y que “todo el mundo” lo hace, influirá también sobre la decisión de consumir (Laespada, 2004).

Una conducta surge de la intención de la persona y que tiene en cuenta tanto su propia orientación individual (la actitud) como la de su ambiente social más próximo, se puede y se debe calificar como “razonada”. En efecto, procede de un análisis ponderado de los pros y contras no sólo de la propia persona, sino de quienes la rodean y son importantes para ellas. Esta teoría cuenta con un importante apoyo empírico.

Esta teoría expone la existencia de determinadas influencias más directas que otras que actúan sobre el consumo. En este sentido, las expectativas, las creencias, las actitudes y, en definitiva, las variables relacionadas con la cognición social, actúan de forma más directa que otras como la familia y el grupo de amigos, cuya proximidad

vendrá mediatizada por las anteriores. Sin embargo, hay que tener en cuenta que estos dos componentes no tienen igual peso en todas las personas. En algunas, la decisión de consumir estará más influida por los efectos positivos esperados, es decir, por las actitudes hacia el consumo. En otras en cambio, puede pesar más el segundo elemento, el querer ajustarse a las expectativas de los demás (Laespada, 2004).

La teoría de acción razonada se ha enriquecido en los últimos años con importantes aportaciones. Una de las aportaciones más importantes hace referencia a la teoría de acción planificada, la cual postula que la intención para realizar una conducta depende de la actitud hacia la conducta, de la norma subjetiva a cada conducta (teoría de acción razonada) y del control conductual percibido. Éste último aspecto (control conductual percibido) que añade, es precisamente la obligación de tomar en consideración la facilidad o dificultad que percibe la persona para realizar la conducta. Además de tener actitudes positivas hacia una conducta concreta y/o desear acomodarse a lo que los demás hacen o esperan, es necesario que la persona se crea capaz de realizar dicha conducta.

Según Petraitis y otros (1995) esta percepción de control en el ámbito de las drogas influye de dos maneras. Por un lado, es preciso que el joven crea que puede acceder a las drogas y utilizarlas para consumir. De otro, es importante la percepción sobre la capacidad personal para resistir la presión de los demás. Si un adolescente siente que no tienen habilidades suficientes para enfrentarse a los mensajes que le incitan a consumir, tenderá a consumir.

Laespada y otros (2004), afirman que las implicaciones preventivas que derivan de la adopción de este modelo son tenidas en cuenta por muchos programas. La mayoría de ellos intenta actuar sobre las actitudes proporcionando información sobre las consecuencias negativas del consumo, no sólo a largo plazo sino también a corto y medio plazo, con el ánimo de modificar las inclinaciones positivas hacia él. Asimismo, intentan corregir mitos o creencias erróneas sobre la pretendida generalización o normalización del consumo entre los jóvenes. El tercer elemento de la teoría, la percepción de control, es también una variable muy trabajada porque precisamente, dada la presencia ineludible de las drogas, intenta desarrollar en los niños y adolescentes habilidades para resistir la presión de los iguales, la publicidad, el fácil acceso a las sustancias, etc.

3.3. TEORÍAS DEL APRENDIZAJE SOCIAL

3.3.1. Teoría del aprendizaje social. Bandura (1986)

Esta teoría es una de las más importantes y utilizadas dentro del campo de las drogodependencias. Es una teoría psicológica basada en los principios del aprendizaje, la persona y su cognición junto a los aspectos del ambiente en que lleva a cabo la conducta.

La teoría cognoscitiva social del aprendizaje formulada por Albert Bandura (1986) considera que el funcionamiento humano se explica en términos de un modelo de reciprocidad triádica, en cual interactúan la conducta, variables ambientales y factores personales como las cogniciones. Insiste en el concepto de autoeficacia como un componente central de la misma y como el elemento explicativo más importante relacionado con la adquisición, mantenimiento y cambio de la conducta.

El aprendizaje es construido como una actividad de procesamiento de información en la que el conocimiento se trata cognoscitivamente como representaciones simbólicas que sirven de lineamientos para la acción. El aprendizaje en acto ocurre mediante ejecuciones reales y en forma vicaria al observar modelos. Es una teoría comprensiva de la conducta humana que considera a un tiempo tanto los factores de aprendizaje (condicionamiento clásico, operante y vicario), los procesos cognitivos, y la parte social en la que vive y se desarrolla la persona.

El modelamiento es un comportamiento esencial en la teoría cognoscitiva social. Las funciones más importantes son:

- a. Facilitación de la respuesta: se refiere a los impulsos sociales que crean satisfacción para que los observadores reproduzcan las acciones.
- b. Inhibición y desinhibición: inhibición se presenta cuando el observador al ver el modelo es castigado por realizar ciertas acciones, detiene o evita que este se comporte de esa manera. Desinhibición es lo contrario de ese comportamiento, el observador si no percibe ningún castigo probablemente imite la conducta observada.

- c. Aprendizaje por observación: sucede al presentarse nuevos comportamientos que antes de la exposición de las conductas modeladas no ocurrirían aún de mucha motivación. Consta de cuatro (4) procesos: atención, retención (memoria), producción (ejecución) y motivación.

Según Becoña (2002), esta teoría ofrece un modo idóneo de poder conceptualizar el problema de la dependencia a las distintas sustancias, considerando los distintos elementos que llevan a su inicio, mantenimiento como al abandono de las mismas. Bandura, a diferencia de las explicaciones de la conducta humana basadas en el condicionamiento clásico y operante, propone la existencia de tres sistemas implicados en la regulación de la conducta: 1) el primero estaría constituido por los acontecimientos o estímulos externos, que afectarían a la conducta principalmente a través de los procesos de condicionamiento clásico (el individuo experimenta progresivamente el fenómeno de la tolerancia a los efectos adversos del alcohol); 2) el segundo serían las consecuencias de la conducta en forma de refuerzos externos, y que ejercerían su influencia a través de los procesos de condicionamiento operante o instrumental (el adolescente es recompensado por los efectos positivos de la droga y evita los estados displacenteros; incluso los que surgen ante la abstinencia del consumo una vez que éste es habitual); y, 3) el tercero lo constituirían los procesos cognitivos mediacionales, que regularían la influencia del medio, determinando los estímulos a los que se prestará atención, la percepción de los mismos y la propia influencia que éstos ejercerán sobre la conducta futura.

Además de estos aspectos, la teoría destaca la importancia de la experiencia del sujeto con la droga, las expectativas y creencias que mantiene con respecto al alcohol como forma de evitar la ansiedad y el estrés, el modelado (la conducta que el individuo observa y aprende en el ambiente familiar, con su grupo de iguales o a través de modelos sociales ofrecidos desde los medios de comunicación), el contexto físico y social en el que acontece la conducta y la importancia de las variables o características personales del propio sujeto (Laespada, 2004).

A pesar de que la utilización del modelado y de las técnicas de habilidades sociales son frecuentes en el campo de la prevención de las drogodependencias, no se ha desarrollado ningún programa preventivo basado exclusivamente en la teoría del aprendizaje social o teoría cognitiva social (Cleaveland, 1994), y en los componentes que la forman, como autoeficacia, modelado, motivación, retención, etc., aunque

muchos programas preventivos utilizan parte de estos componentes, o parten de la teoría del aprendizaje social o teoría cognitiva social (ej., Botvin, 1999).

3.4. TEORÍAS DEL APEGO SOCIAL

3.4.1. Modelo integrador de Elliot y otros (1985).

Este modelo integra en sí otras teorías. Por una parte, Elliot asume los planteamientos de la teoría de la tensión estructural, cuyo eje central es la disparidad entre las metas de los individuos y los medios o recursos de que dispone para conseguirlas. Cuando la sociedad no proporciona los recursos necesarios para lograr las metas que ella misma plantea como el éxito, el estatus, el poder económico, etc., puede producir una reacción de comportamiento desviado. Por otro lado, este modelo incorpora planteamientos de los procesos de aprendizaje dentro de los grupos más cercanos (familia, escuela y principalmente el grupo de amigos), y de las teorías de control social (Hirshci, 1969), las cuales afirman que la conducta problema aparece cuando no existe una vinculación estrecha con la sociedad y no asimila sus valores, lo que puede hacer que el individuo tenga que transgredir sus normas.

Según esta teoría, los aspectos que son tenidos en cuenta a la hora de explicar el consumo de sustancias vendría determinado por la disparidad entre los recursos disponibles y las metas sociales establecidas, la falta de asunción de valores tradicionales y la adquisición de comportamientos a través de las personas de referencia más próximas al sujeto

Elliot especifica tres factores que pueden llevar a que el individuo no se “vincule” al mundo convencional.

- Tensión entre metas y medios. Esta tensión puede vivirse en la familia y en la escuela. Por ejemplo, si el adolescente carece de oportunidades para logra una adecuada relación con los padres o para lograr éxito académico, su vinculación a estos medios será baja.
- Desorganización social. Si el adolescente pertenece a vecindarios conflictivos, con escasos lazos comentarios y dificultades económicas, se implicará escasamente con las instituciones.

- Fallos en la socialización por parte de la familia y escuela, lo que favorecerá la falta de apego del adolescente.

Posteriormente, añade que para que la conducta desviada (consumo de sustancias) se dé, es necesario que los adolescentes entren en contacto con grupos (generalmente el grupo de amigos), que refuercen y le induzcan a consumir drogas.

3.4.2. Modelo del Desarrollo social de Hawkins y Weiss (1985)

El modelo del desarrollo social, es una teoría general de la conducta humana que se basa e integra otras teorías previas que han tenido apoyo empírico, como la teoría del aprendizaje social y la de la asociación diferencial. El objetivo principal de este modelo es explicar la conducta antisocial a través de la especificación de relaciones predictivas del desarrollo, dando gran relevancia a los factores de riesgo y protección (Catalano y Hawkins, 1996).

Becoña (2002) señala que esta teoría parte de dos asunciones principales

- 1) Los seres humanos son buscadores de satisfacción y que la conducta humana depende del interés percibido por la persona de sus actos; esto es, las personas se implican en actividades o interacciones a causa de la satisfacción que esperan recibir de ellas. Claramente esta asunción está derivada de la teoría del aprendizaje social. Además, las experiencias proporcionan información empírica que sirven para las acciones futuras. Esto se basa en la teoría de la asociación diferencial.
- 2) Existe un consenso normativo en la sociedad o lo que es lo mismo, unas «reglas del juego».

Parte del planteamiento de que los procesos que llevan a un individuo a desarrollar conductas prosociales, son similares a los procesos que llevan a que desarrollen conductas antisociales y desviadas. Ambos tipos de conducta dependerán de los vínculos que establezcan con los entornos de socialización. Cuando el individuo adquiere una fuerte vinculación con los ámbitos prosociales, tanto a nivel social, familiar, escolar y religiosa, el resultado será un comportamiento prosocial. Sin embargo, cuando el individuo establece una fuerte vinculación con entornos antisociales, aparecerá un comportamiento antisocial, entre la que se encuentra el

consumo de sustancias. Cuando los vínculos prosociales tienen más peso, no se desarrollaran conductas antisociales.

El modelo del desarrollo social describe una serie aspectos que van a favorecer una conducta prosocial:

- Oportunidades percibidas para la interacción e implicación prosocial
- Implicación en actividades e interacciones prosociales
- Habilidades para la interacción e implicación
- Refuerzos percibidos de las actividades e interacciones prosociales
- Apoyo y compromiso hacia otros prosociales y actividades prosociales
- Creencia en el orden moral
- Oportunidad percibida para la interacción prosocial.

Para la conducta antisocial se identifican los mismos componentes en la vía prosocial pero desde la perspectiva antisocial.

Según el análisis que (Luengo y otros, 1999) realiza sobre este modelo, para que se formen vínculos con cualquier entorno psicosocial deben darse una serie de condiciones:

- Percibir oportunidades para interactuar e implicarse en ese medio social
- Interactuar con ese entorno participando en sus actividades y en su dinámica.
- Tener habilidades y recursos personales para desarrollar esas interacciones.
- Percibir que la implicación con ese grupo social le suponga algún tipo de recompensa o beneficio

El modelo plantea que, a lo largo de la socialización, se van produciendo dos procesos paralelos. Uno de ellos va generando vínculos con entornos prosociales y, por tanto, inhibe la aparición de conducta desviadas; el otro crea lazos con medios antisociales y, por tanto, promueve la aparición de conductas problema. El resultado final dependerá de la fuerza relativa de esos dos procesos: cuando los vínculos prosociales tienen más peso, no se desarrollan conductas antisociales; si los vínculos antisociales son predominantes, aparecerá la conducta desviada (Luengo y otros, 1999). Por lo tanto, la conducta del individuo será prosocial o antisocial dependiendo de las conductas, normas y valores predominantes que tienen aquellos a los que el individuo

está vinculado. Esto se basa en gran parte en la teoría del control social (Becoña, 2002).

Catalano y Hawkins (1992), plantean submodelos relacionados a las distintas etapas del desarrollo, ya que asumen que los contextos de socialización cambian en función de la etapa del desarrollo en el que se encuentre la persona. De tal manera que en los años preescolares, la familia será crucial como fuente de influencia sobre el individuo; en la escuela primaria, los profesores y compañeros, junto con la familia son los contextos de socialización; y en la adolescencia el grupo más importante es el de los amigos.

La ventaja que tiene el modelo del desarrollo social, es que permite identificar factores que ponen a los sujetos en alto riesgo de consumo de drogas y de acuerdo con el número de factores sería posible identificar a los sujetos con mayor riesgo de desarrollar tales comportamientos. El modelo de los factores de riesgo y protección de Hawkins, Catalano y Miller (1992), ha orientado gran parte de las propuestas de prevención eficaces. Una de las cosas que plantea es que para intervenir, se requerirán actuaciones globales en que afecten a los distintos entornos de influencia, ajustadas al momento evolutivo de la persona.

Los autores del modelo (ej., Catalano et al., 1996) llegan a afirmar que es posible intervenir en todos los pasos del mismo, aunque ello exige intervenciones múltiples al incluir múltiples factores, algunos de ellos de gran relevancia pero que se basan en elementos complejos (Hawkins, Arthur y Catalano, 1995).

3.5. TEORÍAS INTRAPERSONALES.

3.5.1. El modelo de ecología social de Kumpfer y Turner (1990-1991).

Para estos autores la causa subyacente del consumo experimental de drogas es el estrés en general y, en particular, el estrés relacionado con la escuela. Un bajo nivel de autoeficacia académica facilita la implicación con los pares desviados y la experimentación en el consumo como forma de hacer frente al estrés que provoca un ambiente hostil y poco gratificante.

3.5.2. Teoría del Autorrechazo. (Kaplan, 1996)

La teoría del autorrechazo de Kaplan se incluye dentro de las teorías psicológicas interpersonales, en donde se incluye el modelo de mejora de la estima de Kaplan y otros, (1986), y su versión más actualizada, la teoría integrativa de la conducta desviada de Kaplan (1996). Kaplan ha elaborado un modelo explicativo de la conducta desviada aplicable al consumo de drogas apoyándose en el concepto de autoestima.

En la primera parte de este modelo, explica la búsqueda del adolescente de aceptación y aprobación para su conducta. Si su conducta se desvía de las expectativas de padres, profesores y personas importantes, para ellos pierden el favor de los adultos que les dan afecto y experimentan un malestar psicológico que deben resolver, sentimientos de auto rechazo y respuesta correctiva y compensatoria.

Partiendo de la base de que la persona necesita encontrar el modo de poder valorarse positivamente a sí misma a través de la valoración positiva de las personas que le rodean. Kaplan plantea que cuando no encuentra aceptación de las mismas, aún implicándose en conductas convencionales, entonces estará más motivada a implicarse en actividades no convencionales de tipo desviado. El sentimiento de autorrechazo que tiene el individuo, se incrementa cuando le aplican sanciones negativas por su conducta desviada. De ahí que cuanto antes lleve a cabo conductas desviadas, y si encuentra apoyo en otros desviados para las mismas, se le incrementan las expectativas para adecuarse a las conductas desviadas de ellos para así satisfacer sus necesidades.

El tipo de conducta desviada que se desarrolle dependerá de diversos factores:

- Visibilidad de esas conductas en el entorno del sujeto: se consumirían drogas si, por ejemplo, las drogas están accesibles y si ese comportamiento es más frecuente en el grupo desviado que otros tipos de conductas.
- Compatibilidad de la conducta con los roles asumidos y aceptados por el sujeto: así, si el rol es de masculinidad, el individuo optará por conductas que le permitan expresar dicho papel.

- Estilo de afrontamiento: si el adolescente reacciona ante una situación problemática con negación, abandono o de manera negativa, probablemente aparecerán conductas de consumo de drogas, ya que facilitan el escape y evitación.

El consumo de drogas puede alterar los estados de conciencia, de modo que el sujeto deje de percibir los atributos de sí mismo que antes rechazaba; asimismo, las drogas pueden amortiguar el malestar emocional que antes le producía el autorrechazo. Además, la conducta desviada puede permitir al individuo evitar la interacción con los grupos que le evalúan negativamente, y de este modo dejar de sentir autorrechazo y mejorar su autoestima

El abandono de las conductas desviadas se producirá cuando se produzcan cambios (madurativos o socioambientales) que permitan mantener la autoestima dentro de los grupos convencionales. Quizá el sujeto adquiera habilidades para un funcionamiento adecuado en el mundo convencional; también pueden producirse cambios en sus redes de apoyo social. Además la incorporación al mundo de trabajo y a los nuevos roles familiares pueden proporcionar oportunidades para la autovaloración al margen de la conducta desviada (Luengo y otros, 1999).

De acuerdo con este modelo, las intervenciones y programas de prevención del consumo de sustancias, deberían ir dirigidos, por una parte a promover climas y redes sociales favorables que fomenten la aceptación y proporcionen apoyo al adolescente. Por otra parte, dichas intervenciones de prevención, deberían fomentar los recursos personales, estrategias de afrontamiento efectivas con el objetivo de que el adolescente mantenga una autoestima positiva adecuada.

3.5.3. Modelo de afrontamiento del estrés

Este modelo procede del campo de la medicina conductual y se centra básicamente en temas como la competencia y el afrontamiento (Wills y Schiffman, 1985). Se basa en dos premisas centrales: la primera, defiende el abuso de sustancias como una consecuencia del déficit en las habilidades de afrontamiento que son relevantes para una gran variedad de estresores. De esta manera, el uso de drogas es un mecanismo de afrontamiento ya que: (a) disminuye la presencia de estados afectivos negativos cuando los usuarios están ansiosos o sobreactivados y/o, (b) incrementa el humor

positivo cuando están cansados o deprimidos. Asimismo, se reconoce la mediación de procesos cognitivos, fisiológicos y propios de la respuesta de estrés que pueden intervenir entre la ocurrencia del evento potencialmente estresante y la emisión de la reacción adversa, distinguiendo entre dos tipos de habilidades de afrontamiento: (a) respuestas genéricas que son útiles para hacer frente a una gran variedad de estresores (ej., estresores diarios o crónicos) y, (b) respuestas específicas para hacer frente al consumo de drogas (ej., presión de los iguales).

Los mecanismos de adaptación son, tanto conductuales (ej., afrontar el problema y tomar acciones directas para resolverlo), como cognitivos (estrategias internas para mejorar el malestar emocional). Así, cuando los jóvenes se enfrentan a situaciones de estrés social y responden con mecanismos desadaptativos, se verán inmersos con mayor probabilidad en conductas no deseables como el consumo de drogas.

3.5.4. Teoría multietápica del aprendizaje social. (Simons, Conger y Withbeck. 1988).

La Teoría Multietápica del aprendizaje social desarrollada por Simons, Conger y Withbeck (1988), se centra en la autoestima, junto con otras características relativas a la competencia psicosocial, integrando diversos factores intrapersonales con variables del entorno familiar y grupal. Asume planteamientos de aprendizaje social y reconoce la importancia de los modelos y procesos de reforzamiento, especialmente en el grupo de amigos. Pero la teoría intentará explicar qué factores dan lugar a que un adolescente decida unirse a grupos de consumidores.

Esta teoría sugiere que los factores y mecanismos implicados en la iniciación en el consumo pueden ser diferentes a los implicados en el escalamiento y mantenimiento de dicho consumo. No obstante, afirma que los factores personales, como la autovaloración, el malestar emocional (ansiedad, tensión, ánimo depresivo, etc.), las habilidades de afrontamiento, las habilidades sociales (timidez, falta de empatía), y un sistema de valores orientado al presente; tienen gran importancia en todos los momentos de la involucración en el consumo, desempeñando un papel crucial en la predicción del consumo de sustancias.

Simons y otros, (1988), proponen tres etapas para explicar el proceso de implicación en el consumo:

- 1) Contacto inicial con las drogas. La iniciación suele comenzar con el consumo de alcohol, debido fundamentalmente a tres factores: a) los valores sostenidos por el sujeto, asociados a valores hedonistas, orientados hacia lo inmediato y con despreocupación de las consecuencias a largo plazo; b) falta de calidez en las relaciones familiares y falta de disciplina; y c) consumo de drogas en la familia.
- 2) Grupo de amigos consumidores y desviados. Habitualmente el adolescente seleccionará amigos consumidores si ha consumido previamente. La asociación con un grupo de iguales consumidores puede estar influenciado por la falta de habilidades sociales, la timidez y las dificultades en la percepción social.
- 3) Escalamiento hacia el consumo habitual. El adolescente puede buscar en el consumo de drogas un alivio para el malestar emocional. Está determinado por factores de consumo familiar, consumo en el grupo de amigos, malestar emocional y falta de habilidades adecuadas de afrontamiento.

De acuerdo con esta teoría, las intervenciones de prevención deberían ir dirigidas al desarrollo de las competencias personales y psicosociales. Adquirir estrategias de afrontamiento de las emociones y de las situaciones problemáticas, desarrollar la autoestima y potenciar habilidades sociales, contribuiría a evitar la iniciación y progresión en el consumo (Luengo y col, 1999)

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

3.6.1. Teoría de la conducta problema de Jessor y Jessor (1977).

La teoría de conducta problema desarrollada por Jessor y Jessor (1977), ha sido un punto de referencia desde su formulación. Posteriormente se han hecho algunas reformulaciones (ej., Jessor, 1992, 1993), a partir de las cuales han elaborado una nueva teoría, la denominada teoría para la conducta de riesgo de los adolescentes.

Jessor considera unos factores de riesgo y protección, unas conductas de riesgo y unos resultados de riesgo.

El modelo de Jessor explica el desarrollo de diferentes conductas consideradas problemáticas durante la adolescencia, como son el consumo de drogas, la delincuencia o las actividades sexuales prematuras y/o arriesgadas, responden y pueden ser explicadas por los mismos factores de riesgo. Da un gran peso para la aparición de las conductas de riesgo en los adolescentes a la pobreza organizada socialmente, la desigualdad y la discriminación, los cuales son un elemento fundamental en mantener una parte de la población adolescente en lo que se ha denominado «en riesgo» (Jessor, 1991).

Las conductas problema forman parte de un mismo “síndrome de desviación” o de un mismo “estilo de vida” (Jessor, 1992) y necesitan ser abordados de un modo unificado. Jessor define a las conductas problema como aquel tipo de actividades que son socialmente definidas como problemáticas, que son fuente de preocupación o que se consideran indeseables por las normas convencionales y precisan de una respuesta de control, que puede ser leve (la reprobación o amonestación) o severa (cárcel).

Desde esta teoría, la conducta problema es aquella conducta definida como indeseable, preocupante o problemática según las normas convenidas socialmente y que conlleva una respuesta de control social (reprobación, rechazo social o encarcelamiento) por parte de las instituciones de autoridad. Así, el adolescente se implica en comportamientos de riesgo con el fin de lograr ciertas metas importantes para su desarrollo, relacionadas con ganar respeto, aceptación en el grupo de amigos, establecer la autonomía respecto a los padres, para enfrentarse a la ansiedad y/o frustración, fracaso, etc. El consumo de drogas, entre otras conductas, supone el rechazo a las normas sociales y podría explicarse mediante el análisis de los distintos entornos de influencia psicosocial, entre los que se incluyen tres sistemas: la personalidad, el ambiente y la conducta como elementos interrelacionados y organizados entre sí. A su vez, estos tres elementos están afectados por una serie de variables antecedentes de gran relevancia. Las características demográficas y el proceso de socialización y sus agentes son las dos instancias de importancia.

La implicación que tiene esta teoría tanto para la prevención como para la intervención (Jessor, 1991) es que un abordaje comprensivo es más eficaz que un abordaje parcial. Además, con un abordaje comprensivo es más probable que sea exitoso y que los

efectos se mantengan a largo plazo. En ellos, tal como propugna esta teoría, se deben reducir los factores de riesgo y aumentar los de protección con la idea de un cambio en el estilo de vida, especialmente en aquellos jóvenes que viven en ambientes sociales adversos. Pero quizás uno de los principios que subyace a la teoría de Jessor es no cargar toda la responsabilidad en el individuo, ya que también es de gran importancia la responsabilidad del contexto social en causar y mantener muchas conductas de riesgo, con lo que se exige también un cambio en el mismo, como son algunos de los factores que para él están en la base de muchas de estas conductas problemáticas, como son la pobreza organizada socialmente, la desigualdad y la discriminación (Becoña, 2002).

3.6.2. Modelo ecológico de Bronfenbrenner (1987).

Bronfenbrenner (1987) propone una perspectiva ecológica del desarrollo de la conducta humana. Esta perspectiva concibe al ambiente ecológico como un conjunto de estructuras seriadas y estructuradas en diferentes niveles, en donde cada uno, contiene al otro. Bronfenbrenner denomina a esos niveles el microsistema, el mesosistema, el exosistema y el macrosistema. Bronfenbrenner (1987) argumenta que la capacidad de formación de un sistema depende de la existencia de las interconexiones sociales entre ese sistema y otros. Todos los niveles del modelo ecológico propuesto dependen unos de otros y, por lo tanto, se requiere de una participación conjunta de los diferentes contextos y de una comunicación entre ellos.

Díaz Aguado (1997 y 2004) establece que para comprender y prevenir las causas de las conductas de riesgo y la gravedad de sus efectos es preciso adoptar una perspectiva interactiva, considerando tanto las características del adolescente como la interacción que establece con el ambiente que le rodea, y conceptualizar éste a distintos niveles como reconoce la psicología ecológica (Bronfenbrenner, 1981).

- Microsistema, o escenario inmediato en el que se encuentra el adolescente. Por ejemplo la ausencia de normas o límites y ausencia de adultos disponibles para ayudarle.
- Mesosistema, comprende las interrelaciones de dos o más entornos en los que el adolescente participa activamente, generalmente la familia, amigos, escuela y otros. Por ejemplo, cuando la distancia entre dos microsistemas como la

escuela y la familia están muy distanciados, la vulnerabilidad del adolescente aumenta.

- Exosistema: lo integran contextos más amplios que no incluyen a la persona como sujeto activo. Incluiría influencias ambientales, como la televisión o medios de comunicación.
- Macrosistema: lo configuran la cultura y la subcultura en la que se desenvuelve la persona y todos los individuos de su sociedad. Incluyen el conjunto de creencias y valores del cual los otros son manifestaciones concretas. La situación que el adolescente ocupa en el conjunto de la sociedad influye también de forma decisiva en su tendencia a las conductas de riesgo; la exclusión o la discriminación que sufren algunos jóvenes aumenta su probabilidad de incurrir en conductas de riesgo, así como la gravedad de sus efectos.

Bronfenbrenner y Ceci (1994) han modificado su teoría original y plantean una nueva concepción del desarrollo humano en su teoría bio-ecológica. Dentro de esta teoría, el desarrollo es concebido como un fenómeno de continuidad y cambio de las características bio-psicológicas de los seres humanos, tanto de los grupos como de los individuos. El elemento crítico de este modelo es la experiencia que incluye no sólo las propiedades objetivas sino también las que son subjetivamente experimentadas por las personas que viven en ese ambiente. Bronfenbrenner y Ceci (1994) argumentan que, en el transcurso de la vida, el desarrollo toma lugar a través de procesos cada vez más complejos en un activo organismo bio-psicológico. Por lo tanto el desarrollo es un proceso que deriva de las características de las personas (incluyendo las genéticas) y del ambiente, tanto el inmediato como el remoto y dentro de una continuidad de cambios que ocurren en éste a través del tiempo. El modelo teórico es referido como un modelo Proceso-Persona-Contexto-Tiempo (PPCT) (Frias-Armenta, 2003).

El modelo ecológico permite un análisis holístico de las causas y consecuencias del consumo de sustancias. Cicchetti y Lynch (1993) propusieron un modelo ecológico transaccional, el cual argumenta que los factores potenciadores o de riesgo y los factores protectores ocurren en todos los niveles de la ecología, es decir, en el microsistema, en el exosistema y en el macrosistema. Bajo estas condiciones el consumo de sustancias ocurre cuando los factores potenciadores (los factores que

incrementan la probabilidad del maltrato) sobrepasan a los factores compensatorios (factores que reducen el riesgo del maltrato). Por tal razón, a partir del modelo ecológico se pueden estudiar las causas y consecuencias del consumo de sustancias en los adolescentes (Gaxiola Romero y Frías Armenta, 2008).

3.6.3. Teoría de los “clusters” de amigos de Oetting y Beauvais (1987).

La teoría de socialización primaria, conocida como la teoría de los “clusters” de amigos, fue propuesta y desarrollada por Oetting y Beauvais (1986). Tiene como objetivo resolver las limitaciones que teorías anteriores tenían, debido a que analizaban un solo aspecto del problema, ya sean desde el punto de vista biológico, psicológico, social o cultural, sin indicar los elementos de unión entre los componentes. Esta teoría se centra en las conductas problemas, donde el consumo de drogas es una de ellas.

Según esta teoría, la única variable con influencia directa sobre la conducta de consumo es la implicación con amigos consumidores. Otras variables como la estructura social, la pobreza, la exclusión social, la desestructuración familiar, las características psicológicas del sujeto y la inadecuada relación de éste con las instituciones convencionales, son influencias más indirectas que crean el “sustrato” para que el adolescente se inicie y mantenga el consumo de drogas.

Oetting y otros (1986) señalan que son especialmente importantes determinados subgrupos, altamente homogéneos, que se forman dentro de los grupos de amigos y que llama “clusters” de amigos. Estos clusters suelen estar formados por muy pocos individuos, que comparten actitudes, valores, creencias y visiones del mundo. Cada miembro de un cluster será un agente activo que participa de un modo dinámico en la creación de normas y conductas del grupo. (Peñafiel, 2009).

La teoría de la socialización primaria tiene como premisa esencial, que aunque la base biológica de la conducta humana es incuestionable, esencialmente todas las conductas sociales humanas son aprendidas o tienen componentes principales que son aprendidos. Las conductas sociales desviadas, tales como el uso de drogas, el crimen y la violencia, están entre estas conductas sociales aprendidas (Becoña, 2002). En este sentido, tanto las normas prosociales como las desviadas son activamente aprendidas en el proceso de la socialización primaria» (Oetting y Donnermeyer, 1998,

p. 998), de tal forma que la desviación no es simplemente una situación defectuosa que ocurre cuando hay una ruptura en los vínculos y normas prosociales.

Para Oetting y otros (1998), hay unas fuentes de socialización primaria que influyen sobre el individuo que son: la familia, la escuela y el grupo de iguales; influencias indirectas en la socialización primaria; y los rasgos de personalidad. Además de estas fuentes de socialización primaria, afirman que existen otras fuentes de socialización secundaria, donde incluyen: las características de la comunidad: vecindario, ciudad, área; urbanización; tamaño; tipo de ocupación; movilidad de la población; distribución de la población por edades; oportunidades sociales para participar en distintos grupos; pobreza; la familia extensa; los grupos que forman asociaciones: profesionales, sociales, deportivas, políticas, etc.; la religión e instituciones religiosas; y, el ambiente de los iguales en general.

Esta teoría explica que la socialización primaria influye en el consumo de drogas de dos maneras: 1) la adicción a las drogas ocurre como un resultado de la socialización y 2) por la dependencia de un estilo de vida basado en el consumo de drogas.

Cuando, aparte de la socialización, el consumo de drogas es parte del estilo de vida, suele deberse a su vinculación con los iguales desviados que han tenido un gran peso en su proceso de socialización. Se incluye el tipo de droga, su accesibilidad y grado de aceptación (Becoña, 2002).

Explican el paso del consumo de drogas al abandono mediante cambios (de ambiente, lugar, iguales), cuando el ambiente es intolerante con las drogas, al tener problemas físicos, etc. Dada la importancia en el desarrollo de valores y estilos de vida de estos grupos, los autores subrayan la necesidad de que la prevención y el tratamiento se orienten hacia la intervención en el grupo de amigos.

3.6.4. Teoría de la influencia triádica de Flay y Petraitis (1995)

La Teoría de la influencia triádica de Flay y Petraitis, (1995) es una teoría compleja que integra diversos elementos de otras teorías más parciales que han confirmado sus resultados empíricamente en el campo de la salud y en el campo de las drogodependencias. Este modelo utiliza varios niveles para explicar las causas de la conducta, afectándola de forma más o menos directa según sean niveles próximos,

lejanos o finales Estos se relacionan con tres grupos de influencia que se mueven a lo largo de esos niveles: 1) las influencias culturales y ambientales sobre el conocimiento y valores que influyen las actitudes, 2) las influencias del contexto o situación social sobre los vínculos sociales y el aprendizaje social, influyendo sobre las creencias sociales normativas; y, 3) las influencias intrapersonales sobre la determinación y control de uno mismo y las habilidades sociales, que conducen a la autoeficacia (Becoña, 2002; Flay y Petraitis, 1995; Lespada, 2004). A su vez, junto a estos elementos generales, hay un importante número de interacciones e influencias, tanto entre los grupos de influencia como entre los niveles.

Como ya había apuntado Bandura (1986), y posteriormente otros autores, Flay y Petraitis (1994) consideran que la conducta es el resultado de una situación, la persona y el ambiente. Al mismo tiempo, las influencias actitudinales, sociales e intrapersonales influyen de modo independiente y afectan de modo interactivo las decisiones sobre realizar o no una determinada conducta (consumir o no una sustancia). Los elementos intermedios de influencia que considera la teoría son:

- Lo que el individuo extrae de su ambiente, situaciones y de sus rasgos básicos de personalidad. Los rasgos básicos o de personalidad se refieren a las características intrapersonales del sujeto y se operativizan en cinco dimensiones básicas de la personalidad: control personal, control emocional, introversión-extraversión, sociabilidad, e inteligencia
- Las expectativas que tiene sobre la conducta y la evaluación subjetiva que hace de esas expectativas
- Las cogniciones personales que mantiene acerca de la salud.

Esta teoría lo que pretende es considerar tanto los factores directos como los indirectos que afectan a la conducta y explicar tanto las conductas habituales como las nuevas conductas.

La teoría de la influencia triádica sostiene que la habilidad de controlar las acciones y el estado de ánimo llevan al desarrollo de un nivel de autoestima y un autoconcepto más coherente. Esto, unido a las habilidades sociales específicas, conduce a un mayor nivel de autoeficacia respecto a la conducta concreta a la que nos estamos refiriendo. Por el contrario, aquellas personas que tienen una baja autoestima o una imagen incoherente de sí mismas, es más probable que se impliquen en conductas de

riesgo, que actúen impulsivamente y sean menos conscientes de las consecuencias de sus actos (Laespada, 2004).

A su vez, dentro de los componentes de esta teoría, se diferencian entre niveles de influencia próximos, distales y últimos. Dentro de los niveles últimos estarían la situación social, el ambiente cultural, la biología y la personalidad, que estando fuera del control inmediato del sujeto, son los principales determinantes de su conducta. El nivel de influencia distal constituye aquel que tiene varios niveles de influencia previos y también causas menos directas de la conducta. Los valores del sujeto, por ejemplo, están determinados por las causas últimas y tienen una gran importancia en cómo se comporta la persona en relación con su salud. El último nivel, el de influencia próxima, es un nivel de influencia predecible porque se centra en aspectos concretos de la conducta, es decir, se trata de las decisiones concretas que adopta un individuo respecto a su salud.

La teoría asume la influencia mutua entre los distintos componentes de la misma aunque admite que cada elemento puede influir de forma diferente a cada individuo, de la misma forma que habrá influencias controladas por el sujeto y otras que no podrá controlar. Por otro lado, además de la influencia de unos elementos sobre otros, también se tiene en cuenta el efecto de la adición, es decir, el camino que se recorre de unos elementos previos a otros posteriores, reconociendo la complejidad y la variabilidad existente entre los distintos elementos.

Un elemento final pero no menos importante de la teoría es el proceso dinámico de toma de decisiones. Según esta teoría, la decisión inicial y las experiencias extraídas de las conductas relacionadas con la salud, influyen en las decisiones posteriores sobre las mismas. La decisión de realizar una conducta particular es la causa más próxima de la conducta. Sin embargo, estas decisiones no siempre son racionales y la mayoría de las veces se basan en criterios subjetivos, sobre todo cuando la información de que se dispone es inadecuada aunque quien decide considere que es racional.

Posteriormente, la experiencia conductual y el feedback van a influir sobre posteriores conductas. Si el sujeto recibe satisfacción o placer (refuerzo), es más probable que siga realizando la conducta. Si las consecuencias resultan desagradables, molestas o problemáticas (castigo), es menos probable que la mantenga. Pero todo esto, a su vez, vendrá determinado por otras variables del modelo como son los vínculos

sociales, las expectativas, las actitudes, etc. Además, en la esfera intrapersonal, las experiencias personales con las conductas relacionadas con la salud pueden producir consecuencias emocionales, psicológicas o incluso afectar al autoconcepto o al sentido de sí mismo.

Esta teoría permite conceptualizar y entender el consumo de sustancias integrando un gran número de variables que, parcialmente en algunos casos o de forma interrelacionada en otros, han confirmado su influencia sobre esta conducta.

3.6.5. Modelo comprensivo y secuencial de Becoña (1999)

Este modelo ha sido desarrollado por Becoña (1999) y plantea que el consumo de drogas se desarrolla de manera secuencial siguiendo una serie de fases. Además organiza la información disponible sobre el consumo de drogas, así como de los factores de riesgo y de protección que han sido asociados al consumo en los distintos estudios.

A continuación, veremos de forma más detallada las distintas fases que se dan en el inicio y mantenimiento del consumo, así como los principales factores que están presentes en cada una de estas fases, teniendo en cuenta que dichos factores interactúan y se relacionan entre sí, haciendo única la situación de cada persona.

a) Fase previa o de disposición. En esta fase se puede identificar personas con una mayor probabilidad de consumir por presentar una serie de factores riesgo que las hacen más vulnerables y las predispone a la conducta de consumo. Estos factores son de carácter bio-psico-socio-cultural, previos al consumo y se encuentran presentes cuando la persona va a llevar a cabo una determinada conducta.

b) Fase de conocimiento. La información que el adolescente obtiene acerca de las drogas proviene de los distintos entornos en los que desarrolla su vida. Así obtendrá información de la familia, los amigos, los profesores y compañeros y los medios de comunicación (en los que hay que destacar internet y las redes sociales virtuales).

Los factores que influyen en esta fase son:

- El ambiente en el que vive el individuo

- El proceso de aprendizaje y socialización dentro de los distintos entornos: familia, iguales, colegio y televisión
- Las expectativas (mecanismos a través de los cuales las experiencias y el conocimiento pasado son utilizados para predecir el futuro, y están derivadas de las creencias, conocimientos y esquemas sobre el mundo).

c) Fase de experimentación e inicio al consumo. En esta fase están presentes los siguientes elementos:

- Disponibilidad de la sustancia, junto con su modo de presentación (ej. forma, color, vía de ingestión y tamaño)
- Accesibilidad y precio adecuado
- Percepción del riesgo en relación a la sustancia consumida
- Creencias, las actitudes, las normas interiorizadas, los valores e intenciones, claramente asociados a los factores de riesgo y protección
- El estado emocional, sobre todo una vez que se ha producido el mantenimiento del consumo
- La familia, los iguales, la escuela y los medios de comunicación
- Acontecimientos vitales generadores de estrés y las habilidades de afrontamiento

d) Fase de consolidación del uso al abuso y a la dependencia. Los elementos fundamentales que van a mantener el consumo de sustancias son las consecuencias, positivas o negativas, que siguen a dicho consumo, que van a estar en relación a sus iguales, a su familia y a sí mismo. Cuando la persona se encuentre en una fase de dependencia y ésta se haya mantenido en el tiempo, entonces podemos afirmar que está en una fase de adicción consolidada.

e) Fase de abandono o mantenimiento. El que una persona abandone el consumo de la sustancia puede depender de causas externas (ej. Presión familiar, de los amigos, novia, social, policial, sanitaria) o de causas internas (ej. deja de consumir por los problemas personales, físicos, afectivos, familiares y/o sociales que le acarrea).

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

4. ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN ADOLESCENTES

4.1. INTRODUCCIÓN

Los modelos dinámicos del estrés, hoy ampliamente aceptados, asumen que la respuesta del estrés es fruto de una continua interacción entre el sujeto y su medio, de modo que una situación dada será percibida o valorada como estresante o no por el individuo, con independencia de las características objetivas del suceso (Lazarus and Folkamn; 1984 Crespo y Cruzado 1997). De tal forma que, ante un mismo suceso potencialmente estresante las personas pueden presentar reacciones muy diversas. Las investigaciones iniciales sobre el estrés partían del supuesto implícito de la existencia de estresores prácticamente universales, es decir, ciertas condiciones ambientales con capacidad para llegar a agotar la resistencia de cualquier organismo. Pronto se observó que había enormes diferencias en cómo diferentes personas afrontan el mismo suceso (Vázquez y Crespo, 1997).

Son numerosos los estudios realizados en el campo de la etiología del estrés, según los cuales, Morán (2005) los clasifica las causas en tres categorías.

1. **Sucesos extraordinarios.** Acontecimientos que se encuentran fuera de lo habitual de las experiencias humanas y que pueden ser muy angustiosos para todo el mundo. Suponen una amenaza grave para la propia vida o la de familiares cercanos.

La situación traumática puede ser experimentada en solitario (ser objeto de violación, agresión, de secuestro) o en grupo (combate de guerra). Los agentes estresantes pueden ser catástrofes naturales (inundaciones, terremotos) o sucesos fortuitos (torturas, bombardeos, campos de concentración, etc.).

Suelen ser experimentados con un miedo intenso, terror y sentimientos de desesperanza. Los síntomas característicos, suponen la re-experimentación del acontecimiento traumático, la evitación de los estímulos asociados con él, o la falta de respuesta general y un aumento de la activación.

2. **Cambios vitales.** Entiende el estrés como una característica asociada a los estímulos del ambiente que pueden producir alteraciones en el funcionamiento del organismo. Estas teorías sitúan el estrés fuera del sujeto y conciben el estrés como un estímulo.

Colmes y Rahe realizaron una escala que representa la jerarquización de los acontecimientos vitales relevantes, cuya característica esencial es el cambio y la cantidad de cambio, en las actividades normales de los individuos que los experimentan, que van a estar influenciado por dos factores: primero por la percepción que cada sujeto realiza de un suceso; segundo por los recursos psicosociales que condicionarán las estrategias que utilizará el sujeto para afrontar la situación. Como consecuencia de estos factores, los efectos sobre el estado emocional o la salud variarán de unas personas a otras.

3. **Contrariedades de la vida cotidiana.** Este es el grupo al que Lazarus y Folkman (2000) denominan “el estrés diario” y lo definen como el conjunto de sucesos de menor impacto o menos sobresalientes, pero muy frecuentes y próximos al individuo, los que poseen mayor significado para la salud.

Fierro (1997) conceptualiza el estrés como la “experiencia y la presencia de un desafío situacional a un agente con recursos escasos”. Así solo se dará una situación de estrés, cuando sea patente que está en peligro la vida o la calidad de la misma y que la persona ha de hacer algo pero no cuenta con los recursos necesarios para ello y además ha de darse de forma permanente. Si bien, de esta manera Fierro restringe la noción de estrés, otros autores, sin embargo la amplían, y además de los eventos vitales estresantes hablan de los pequeños fastidios cotidianos como inductores de situaciones de estrés. (Guerrero Manzano, 2003).

Richard Lazarus y sus colaboradores (1986) consideran el estrés como la combinación de un estímulo ambiental sumado a la apreciación que de él tiene la persona, a su vulnerabilidad y a su capacidad de afrontarlo. Según su teoría, las personas enferman no sólo porque hayan tenido demasiadas experiencias estresantes, sino porque consideran estas experiencias como situaciones amenazantes o dañinas, porque son, en un momento dado, física o socialmente vulnerables o porque carecen de la capacidad de afrontar una situación estresante.

Estos autores consideran que el estrés diario o menor, así como las satisfacciones que acontecen en la vida cotidiana, tienen mayor significado sobre la salud que los acontecimientos vitales relevantes. Clasifican estos eventos cotidianos en dos grupos:

1. Hassles, que incluyen las contrariedades, molestias, fastidios, demandas irritantes, situaciones frustrantes o estresantes que constituyen nuestras relaciones cotidianas con el medio.
2. Uplifts o satisfacciones placenteras como las que derivan de relaciones amorosas, recibir buenas noticias, realizar viajes placenteros.

4.2. CONCEPTO DE AFRONTAMIENTO

El manejo se relaciona con el modo en que las personas resuelven o se sobreponen a las condiciones vitales que son estresantes. En cierto grado podría decirse que el estrés y el manejo son recíprocos. Cuando el manejo es inefectivo, el nivel de estrés es alto; sin embargo, cuando el manejo es efectivo, el nivel de estrés puede ser bajo (Lazarus, 2000).

Ante la aparición de un suceso determinado, el individuo realiza una serie de valoraciones sobre sí mismo. En primer lugar, existe una valoración primaria, consistente en analizar si el hecho es positivo o no y además, valorar las consecuencias presentes y/o futuras del mismo. En segundo lugar, se produce una valoración secundaria en la que el objeto de análisis son las capacidades del organismo para afrontarlos y serán los que con más probabilidad susciten reacciones de estrés. Por lo tanto, los modelos actuales de estrés conciben la propia respuesta de estrés no como una consecuencia inevitable y directa de elementos universal e inequívocamente definibles, sino como un resultado de una delicada y continua transacción entre las presiones que uno percibe del medio (interno o externo) y los recursos de afrontamiento que uno considera disponibles y activables (Vázquez y Crespo, 1997)

Desde este punto de vista, las estrategias de las que dispone la persona para hacer frente a una determinada situación, las llamadas estrategias de afrontamiento (coping), tienen un papel fundamental ya que influyen directamente sobre la valoración que el individuo hace de la situación y sobre la respuesta de estrés en sí. Por ello, no es de

extrañar que la irrupción de estos modelos interaccionales o transaccionales de estrés haya conllevado el surgimiento de un gran interés por el estudio de las estrategias de afrontamiento, como mediadoras y en buena parte determinantes de la respuesta de estrés. (Crespo y Cruzado, 1997)

No obstante, este gran interés, al igual que ha sucedido en el caso del estrés, no ha ido acompañado de una delimitación del concepto, de modo que el término “afrontamiento” sigue utilizándose de forma vaga y no bien establecida, siendo considerado por algunos autores como un megaconstructo en el que se incluyen diferentes fenómenos (Eckenrode, 1991). Tal vez la definición más ampliamente aceptada sea la propuesta por Lazarus y Folkman (1984), dentro del marco de su modelo transaccional del estrés, según la cual el afrontamiento estaría constituido por “aquellos procesos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo”.

De esta definición se desprenden las siguientes características importantes:

1. Se entiende el afrontamiento como un proceso que cambia a medida que los propios esfuerzos son valorados como exitosos o no, aunque más adelante estos autores ya comienzan a considerar que se dan en las personas formas estables de abordar el problema. A partir de aquí hablan ya de modos de afrontamiento que cada individuo utiliza predominantemente para resolver las situaciones problemáticas (Lazarus, 1993).
2. El afrontamiento no es automático, es un patrón de respuesta susceptible de ser aprendido frente a situaciones problemáticas.
3. El afrontamiento requiere un esfuerzo, unas veces consciente, otras no, pero requiere un esfuerzo dirigido a manejar la situación, que en ocasiones, cuando no se puede cambiar, requiere un esfuerzo para adaptarse a ella.

Aunque la definición de Lazarus y Folkman (1984) es la más aceptada, existen grandes diferencias entre diferentes autores al definir los “procesos cognitivos y conductuales” que configurarían las estrategias de afrontamiento (Crespo y Cruzado, 1997; Rowland, 1989). Otras definiciones de otros autores se muestran a continuación:

- **Lipowski (1970)** hace una definición de afrontamiento en el contexto de las enfermedades físicas. Para este autor el afrontamiento sería “toda actividad cognitiva y motora que utiliza una persona enferma para preservar su integridad física y psíquica, para recuperar las funciones dañadas de un modelo reversible y para compensar en lo posible cualquier deterioro irreversible” (Lipowski, 1970 pág. 93).

- **Weisman y Wordenn (1976-1977)** definen el afrontamiento como lo que uno hace ante un problema que percibe para conseguir alivio, recompensa, calma o equilibrio. Diferencian afrontamiento de defensa, en el sentido de que el afrontamiento busca solución a un problema que se plantea, mientras que la defensa busca el alivio mediante la evitación o la desconexión.

- **Pearlin y Schooler (1978)** definen afrontamiento como toda respuesta ante eventos estresantes que sirve para prevenir, evitar o controlar el malestar emocional que generan dichos eventos estresantes. En función de esta idea el afrontamiento tendría tres funciones de protección que se producirían mediante los siguientes pasos:
 - Manejando el problema que causa el malestar eliminando o modificando las condiciones que lo generan
 - Alterando el significado de la experiencia para neutralizar su significado problemático y
 - Regulando el malestar emocional generado por el problema. La función que predomina estaría en función de la evaluación de la situación.

- **Caplan (1981)** define el afrontamiento como el comportamiento que hace el individuo para reducir a límites tolerables las manifestaciones fisiológicas y psíquicas de la activación emocional durante e inmediatamente después de un evento estresante. También afirma que moviliza los recursos internos y externos de la persona y desarrolla en ella nuevas capacidades que le llevan a cambiar su entorno o su relación con él, para reducir la amenaza o encontrar fuentes alternativas de satisfacción.

- Para **Frydenberg y Lewis (1997)**, el afrontamiento son las “estrategias conductuales y cognitivas para lograr una transición y una adaptación efectiva”.

- El afrontamiento, según **Olson y McCubbin** (1989) es un proceso que el sujeto pone en marcha para hacer frente a situaciones estresantes. No siempre la puesta en marcha de este proceso garantiza su éxito. Si al hacerlo el individuo tiene éxito para solucionar la situación problemática presente, repetirá el mismo ante situaciones similares; en caso contrario buscará otro recurso (Olson y Mc Cubbin, 1989).
- **Casullo y Fernández Liporace** (2001) entienden la capacidad de afrontamiento como el conjunto de respuestas (pensamientos, sentimientos y acciones) que un sujeto utiliza para resolver situaciones problemáticas y reducir las tensiones que ellas generan.

En general, los diferentes autores no distinguen entre estrategias adecuadas o inadecuadas sino que dicha adecuación hay que valorarla individualmente en función de que consigan o no los objetivos que se proponen (Rowland, 1989).

Para Lazarus and Folkman (1986) las respuestas de afrontamiento del sujeto en interacción con el ambiente dependerán de su proceso de evaluación cognitiva. La evaluación cognitiva y el afrontamiento tienen un efecto modulador de las consecuencias que para la adaptación del sujeto tenga una determinada situación. Como consecuencia, las respuestas de afrontamiento se convertirían en mediadoras y condicionarán la respuesta al estrés. En dichas respuestas también influirán los recursos personales para llevarlas a cabo y las restricciones que uno experimenta ante la posibilidad de usar dichos recursos.

La evaluación cognitiva sería el proceso mediante el que, según estos autores, el sujeto categoriza una interacción concreta con su ambiente en términos de relevancia para su bienestar. Lazarus y Folkman (1986) distinguen tres tipos:

- **Evaluación primaria;** en la que se evalúa la importancia de la interacción con el medio como benigna-positiva, irrelevante o estresante, que a su vez se clasifica en pérdida, amenaza o reto. Dichas categorías no son excluyentes entre sí.
- **Evaluación secundaria:** mediante la que el sujeto evalúa que opciones de reacción están disponibles; se estima cuál es la mejor, qué probabilidad hay de que dé resultado y qué consecuencias traerá. Tiene que ver con la probabilidad

subjetiva de que una determinada opción de afrontamiento o respuesta ante la situación lleve al resultado deseado.

- **Reevaluación:** consiste en los cambios sobre las evaluaciones previas que se basan en nueva información sobre el ambiente o sobre las propias reacciones y que permite saber si la estrategia de afrontamiento que se está siguiendo es o no adecuada.

La evaluación primaria y la secundaria interactúan entre sí, influyendo en el nivel de estrés de la situación, la cualidad y calidad del estado emocional y las estrategias de afrontamiento que se pondrán en juego. Ambos procesos se dan simultáneamente y son interdependientes.

La reacción ante el estrés de una situación estaría mediada según Lazarus (2000) por evaluaciones cognitivas (las cuales se verán influenciadas, tanto por factores personales: motivos y metas y creencias, que determinan qué es importante para el bienestar en un momento dado; como por factores situacionales), que hace el sujeto de la misma y que tratarían de contribuir a la autorregulación en dicha situación. En dichas evaluaciones cognitivas se evalúa el significado de una transacción para el bienestar personal y evalúa su valor potencial de cara al manejo del ambiente; estas evaluaciones se realizan en un cambio constante: Para Lazarus (2000) la autorregulación se realizaría mediante dos tipos de procesos:

1. Acciones directas para manejar o cambiar el problema
2. Acciones de tipo paliativo (para cuando se siente que no se puede hacer nada para cambiar la situación), entre las que estarían procesos intra psíquicos para manejar las emociones (como la negación, evitación o retirada de atención de lo que sucede) y actividades dirigidas al manejo de los síntomas somáticos del estrés (tomando tranquilizantes, mediante técnicas de relajación, etc.).

- **Funciones del Afrontamiento (Lazarus y Folkman, 1986, 2000).** Las dos funciones del manejo más importantes son:

- Regular las emociones que desencadena la evaluación cognitiva de la situación. Este sería el afrontamiento enfocado o dirigido a las emociones. En este se utilizan las siguientes estrategias cognitivas: evitación, minimización, distanciamiento, atención selectiva, comparación positiva, ver la parte positiva

de las circunstancias. Dichas estrategias toman habitualmente la forma de reevaluaciones cognitivas defensivas. Las que no son estrictamente cognitivas son: conducta emocional (reír, llorar, etc.), comer, beber, buscar apoyo emocional, etc.: actuando como distractores.

- Cambiar la relación persona-ambiente problemática. Sería el afrontamiento enfocado o dirigido al problema que consiste en estrategias de resolución de problemas (definir el problema, generar alternativas, sopesarlas en términos de costes-beneficios y ponerlas en práctica) que pueden operar sobre uno mismo (adquirir determinadas destrezas, disminuir el nivel de aspiraciones, etc.) o sobre el ambiente

Muchas circunstancias estresantes desencadenan ambos tipos de respuestas de afrontamiento, aunque el afrontamiento dirigido al problema tiende a predominar cuando la persona siente que se puede hacer algo constructivo y el afrontamiento dirigido a la emoción tiende a predominar cuando la persona siente que el estresor es algo que no se puede cambiar (Folkman y Lazarus, 1980), que es lo que suele suceder con mayor frecuencia cuando las personas se enfrentan al cáncer (Folkman, 1984).

4.3. ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

Lazarus y Folkman (1986) señalan ocho estrategias de afrontamiento como fundamentales:

- Confrontación: esfuerzos agresivos para cambiar la situación, conllevan hostilidad y asunción de riesgos.
- Solución planificada de problemas: esfuerzos dirigidos al problema para alterar la situación junto con un acercamiento analítico para solucionar el problema
- Distanciamiento: intentos de apartarse del problema, no pensar en él, o evitar que le afecte a uno
- Auto-control: esfuerzos para controlar los propios sentimientos y respuestas emocionales.
- Aceptación de la responsabilidad: reconocer el papel que uno haya tenido en el origen o mantenimiento del problema.

- Escape-evitación: empleo de un pensamiento irreal improductivo y esfuerzos conductuales dirigidos a escapar de la situación (comer, beber, dormir, etc.).
- Reevaluación positiva: esfuerzos por dar un significado positivo a la situación, enfocándola por ejemplo hacia el crecimiento personal. A veces puede tener un sentido religioso.
- Búsqueda de apoyo social: acudir a otras personas (amigos, familiares, etc.) para buscar ayuda, información o también comprensión y apoyo emocional.

Las dos primeras, se centran principalmente en la solución del problema, las cinco siguientes en la regulación emocional, mientras que la última se focaliza en ambas áreas.

4.4. CONDICIONES DEL AFRONTAMIENTO

En el proceso y resultado final del afrontamiento pueden intervenir muchas variables interfiriéndolo o potenciándolo (Cohen y Edwards, 1989), como son las que tienen que ver con: condiciones de la propia situación estresante, las diferencias individuales (como en qué momento de la vida ocurre, factores de personalidad, etc.) y las interpretaciones culturales ante el fenómeno que se está experimentando (Rowland, 1989).

Carver y colaboradores (1989) señalan que las diferentes respuestas de afrontamiento son beneficiosas para algunas personas en algunas situaciones mientras que las mismas pueden no serlo para otras personas en otras situaciones. Por ello es importante considerar los condicionantes individuales y situacionales de cada evento estresante.

- a) Condiciones de la situación. Los factores situacionales también influyen en la evaluación cognitiva. Hay determinadas circunstancias que son consideradas universalmente como estresantes (que para cualquier persona, exceden o agotan los recursos y amenazan su bienestar). Dichos factores tienen que ver con el grado de novedad, el nivel de incertidumbre sobre lo ocurrido, factores temporales (inminencia, duración, incertidumbre sobre cuándo), grado de ambigüedad,

momento del ciclo vital y presencia o ausencia de otros eventos estresantes en el mismo momento (Lazarus Fol. 86).

El tipo de situación condicionará el tipo de respuesta en función de la intensidad del estresor o la duración del mismo entre otros factores (Lazarus y Folkman, 1986; Lipowski, 1969; Rowland, 1989).

b) Condicionantes individuales. La respuesta al estrés también estaría condicionada por factores propios de cada individuo. Las experiencias personales previas, las creencias, el sistema de valores y las estrategias de afrontamiento habituales afectan a cómo uno evalúa la experiencia estresante. La repercusión de la situación estresante tiene que ver con la medida en la que la situación se valora como tal y esto, está a su vez condicionado por los factores personales señalados a continuación (Lazarus y Folkman, 1986)

- **Personalidad.** Cada persona tiene una serie de variables de personalidad que condicionan su manera de responder ante las situaciones estresantes de su vida (Lazarus, 1974). A la hora de tener en cuenta las influencias de la personalidad de un sujeto en las estrategias de afrontamiento es importante diferenciar las repuestas disposicionales (o habituales ante el estrés) de las situacionales (ante una situación concreta; ante la que se reacciona en función del significado que se le atribuye) (Carver et al, 1989).

Es posible que las estrategias de afrontamiento que elige una persona deriven de ciertas características de su personalidad, pero en general los rasgos de la personalidad no parecen ser útiles para predecir de una manera exacta las estrategias de afrontamiento, ya que las correlaciones entre estrategias de afrontamiento y características de personalidad son débiles (Carver et al, 1989; Rowland, 1989; Singer 1983). Por otra parte, si se ha visto que algunas variables de personalidad tienen que ver con las estrategias de afrontamiento que se usan habitualmente (disposicionales); aunque habría que tener en cuenta la influencia de otras variables distintas en las respuestas de afrontamiento disposicionales que no tuvieran que ver con la personalidad. También se ha señalado la posibilidad de que las variables de personalidad influyan en las respuestas de afrontamiento situacionales (Carver et al, 1989).

Las variables de personalidad que podrían influir en el afrontamiento, según Carver y colaboradores (1989), se citan a continuación:

1. Optimismo y pesimismo: las personas optimistas tienen expectativas más positivas ante su futuro y usan estrategias de afrontamiento más activas; sin embargo los pesimistas al tener unas expectativas peores de futuro utilizan más estrategias centradas en el malestar emocional y en la evitación (Carver et al, 1989; Carver et al, 1993; Scheider et al, 1986).
2. Locus de control: (Rotter, 1966). Influye en la percepción de control ante la situación de enfermedad y esto parece ser un factor importante en la manera de afrontar enfermedades físicas (Carver et al, 1989; Stone y Power, 1995).
3. Autoestima: Las personas con más autoestima tienden a utilizar estrategias de afrontamiento más positivas y activas; las que tienen menos autoestima tienden a desatender sus metas bajo estrés (Carver et al, 1989).
4. Resistencia o Resiliencia: parece ser que reduce los efectos del estrés, pues las personas con personalidad más resistente realizan un afrontamiento más activo (Carver et al, 1989).
5. Personalidad tipo A: prefieren un afrontamiento más activo e ignoran el malestar emocional (Carver et al, 1989).
6. Ansiedad rasgo el afrontamiento en estos casos no es activo y tienden a ignorar las metas con las que interfiere la situación estresante. Hay una asociación negativa entre ansiedad rasgo y reinterpretación positiva, resiliencia y optimismo (Carver et al, 1989).
7. Búsqueda de sensaciones: Zuckerman ha desarrollado esta interesante variable de personalidad que contribuye a explicar un buen número de conductas. Las personas “buscadoras de sensaciones –sensation seekers-, según la escala de búsqueda de sensaciones, son individuos a los que no les importa tomar riesgos (hacer puenting, probar drogas,

tener viajes de aventuras o vivir experiencias inusuales) y, por lo tanto, parecen tener una mayor tolerancia a los estresores que otras personas.

- Los **motivos y metas**, determinan qué es importante para el sujeto e influyen en la evaluación cognitiva, modulando la sensibilidad ante señales del ambiente y condicionando el grado de vulnerabilidad del sujeto (según la importancia que dé a sus motivos o el valor de la meta que esté en juego)
- Las **creencias** importantes son las relativas al control personal (a mayor control percibido, menor es la amenaza y viceversa) y las creencias existenciales (religiosas, filosóficas, etc.)
- También influirían **los recursos** que una persona puede tener para afrontar una determinada situación, y son los siguientes: edad, creencias positivas, habilidades de solución de problemas, habilidades sociales, apoyo social, recursos materiales. Pero dichos recursos no siempre están disponibles e incluso puede haber restricciones al uso de los mismos que podrían ser personales (valores, creencias, impulsividad, miedo al fracaso, etc.), ambientales (presión social) o bien ser consecuencia de un alto nivel de amenaza percibida.
- El **apoyo social** hace referencia a sentirse querido, protegido y valorado por otras personas cercanas, normalmente amigos y familiares. No es tanto la red "física" o número de personas cercanas como el apoyo percibido por parte de la persona. El apoyo social puede considerarse de dos maneras. En primer lugar, como un recurso o estrategia de afrontamiento (Pe. hablar con un familiar o amigo ante un problema); en este sentido, es uno de los mecanismos que la gente valora como más eficaces para afrontar situaciones emocionales difíciles (Folkman y otros 1989, Vázquez otros, 1997). En segundo lugar, puede entenderse como un amortiguador del propio estrés. Como técnica de afrontamiento, el apoyo social se utiliza más por mujeres que por hombres.

No todo el apoyo social es igualmente eficaz como protector contra el estrés. El más efectivo parece tener alguien cercano en quien confiar. Por otro lado, los efectos del apoyo social parecen no ser acumulativos. Así pues, lo importante

es tener al menos un amigo íntimo más que tener muchos amigos o conocidos. En último lugar, no es sólo importante tener una red disponible, sino que el individuo sepa y esté dispuesto a extraer de modo efectivo el apoyo necesita de otros. (Vázquez y Crespo, 1997).

Según Vázquez y Crespo, (1997), estos factores pueden intervenir de dos modos diferentes pero complementarios. En primer lugar, pueden afectar de forma directa en las capacidades de afrontamiento de un individuo ante cualquier tipo de estresor, o bien pueden actuar como un amortiguador del efecto de los estresores, en especial cuando éstos son fuertes. Por ejemplo, tener dinero permite disponer de determinados recursos para afrontar una situación problemática, pero por otro lado también puede amortiguar los potenciales efectos de un estresor.

Las diferencias individuales en cómo se afrontan las situaciones estresantes, pueden estar relacionadas con estilos de afrontamiento habituales, que serían las estrategias que suele usar una persona para enfrentarse a las situaciones estresantes de su vida (Carver y otros, 1989); aunque esta idea es controvertida ya que según Lazarus y Folkman (1986), el proceso de afrontamiento es algo dinámico que va cambiando según se va enfrentando cada uno a la situación estresante y por lo tanto no habría patrones estáticos de respuesta ante el estrés. Si hubiera un estilo único de afrontamiento, esto podría ser contraproducente porque quitaría libertad y flexibilidad a la persona para enfrentarse a los eventos estresantes que se le presenten (Carver y otros, 1989).

Por último, habría que tener en cuenta, que elegir un tipo de afrontamiento supone un coste para el sujeto, en el sentido de que implica un esfuerzo que se puede añadir al estrés que de por sí genera la situación por lo que cada persona, ha de valorar el grado de esfuerzo que es capaz de hacer o no ante la situación, lo que también puede repercutir en la estrategia que se elige (Singer, 1984).

4.5. EFICACIA DEL AFRONTAMIENTO

Según Lazarus y Folkman, 1989, la eficacia del afrontamiento tiene que ver con el grado de consecución de las metas del afrontamiento (reducción del malestar emocional y solución del problema), o dicho de otra forma, con el grado en el que

reduce la activación emocional a un nivel tolerable y ayuda a la adaptación a la situación (Caplan, 1981), o en función de su influencia en el impacto psíquico y físico de los diferentes eventos estresantes; es decir, un afrontamiento sería más eficaz si las repercusiones emocionales del evento estresante son menores. Por ejemplo, el uso de estrategias de evitación y la negación se ha asociado a mayores niveles de malestar psíquico, mientras que centrarse en aspectos positivos y buscar apoyo social con menores niveles de dicho malestar (Carver y otros, 1993).

Lazarus, (2000) reconoce la revalorización como uno de los modos más eficaces para manejar la situación vital estresante. Cuando revalorizamos una amenaza, modificamos nuestras emociones elaborando un nuevo significado relacional del encuentro estresante, pudiendo reducir parte de la ansiedad derivada de dicha situación.

Para Taylor (1983) dicha eficacia tendría que ver con buscarle un sentido a la experiencia, con la capacidad de tener un mejor manejo del evento y sobre la propia vida en general y con la posibilidad de mantener o aumentar la autoestima.

Hamburg y Adams (1967) distinguen cinco metas del afrontamiento eficaz que tienen que ver con mantener los niveles de estrés dentro de unos límites, mantener la autoestima y las relaciones con personas significativas, adecuar las expectativas personales a la situación y tener expectativas de superación y actuar para conseguirlo

A estas metas, Rowland (1989) añade dos más: maximizar las habilidades individuales para responder a los requerimientos de la situación (como tratamientos) y aprovechar las oportunidades disponibles.

Para Crespo y Cruzado (1998), los criterios para evaluar la eficacia del afrontamiento dependería del grado de solución objetiva del problema, de la percepción subjetiva de dicha solución, del grado de prevención de posibles complicaciones, el nivel de funcionamiento social a corto y largo plazo del efecto sobre la salud del sujeto.

No obstante, habría que tener en cuenta cuáles son las metas de cada persona y en función de la consecución de las mismas se podría evaluar el éxito o fracaso de un afrontamiento (Rowland, 1989).

4.6. ESTRATEGIAS ADAPTATIVAS Y NO ADAPTATIVAS

En general, el concepto de afrontamiento se usa sin hacer distinción entre estrategias adaptativas o no adaptativas, pues la idea de lo que es el afrontamiento, en general, se separa de sus resultados (Crespo y Cruzado, 1998; Rowland, 1989). No obstante, si hay autores, que señalan dicha distinción.

Carver y otros (1993) establecen esta distinción y clasifican las estrategias en dos grupos, uno que incluiría las estrategias teóricamente no adaptativas o de tipo neurótico /desconexión mental y conductual, Negación, Centrarse en las emociones y desahogarse) y otra en el que estarían las estrategias adaptativas (que serían las demás). Se ha encontrado una asociación negativa entre ambos grupo de estrategias (adaptativas y no adaptativas) en un estudio sobre afrontamiento en pacientes con cáncer de mama (Carver y otros, 1993).

Hay estrategias que pueden ser o no adaptativas en función de diferentes circunstancias. Por ejemplo, la negación en general se considera como no adaptativa, pero si se da en los momentos iniciales tras la situación estresante, es una estrategia que puede resultar adaptativa (Lazarus y Folkman, 1986).

Bayés (2006) diferencia las estrategias efectivas de afrontamiento de las no adaptativas en función de sus consecuencias positivas o negativas respectivamente, para el sujeto que las utiliza.

4.7. AFRONTAMIENTO Y ADOLESCENCIA

Hay razones plausibles para dedicar una atención especial al estrés, a la emoción y al manejo en los adolescentes ya que estos procesos cognitivos y motivacionales cambian a lo largo del desarrollo (Lazarus, 2000).

El afrontamiento desempeña un papel de importante mediador entre las experiencias estresantes a las que están sometidas las personas, los recursos personales y sociales con los que cuentan para hacerles frente y las consecuencias que se derivan para la salud física y psicológica de las personas (Sandín, 2003). Esta función moderadora debe ser de especial importancia en la adolescencia. Durante esta etapa

se experimenta importantes cambios. La pubertad y la maduración física son quizás los más evidentes, pero también se producen otros cambios a nivel cognitivo y social no tan menos relevantes (Gómez-Fraguela y otros, 2006). A la tensión derivada de todos ellos habría que sumarle la producida por la presencia de otros estresores no normativos como la aparición de enfermedades, la pérdida de seres queridos, los conflictos matrimoniales entre los padres, el fracaso escolar, el abuso por parte de compañeros (bullying), la elección de la pareja y de una profesión o trabajo, etc. Todos estos cambios, exigen al joven la puesta en marcha de recursos que hagan posible enfrentar tan diversas situaciones causantes de altos niveles de estrés. La cantidad de estresores presentes durante la adolescencia ha hecho que se arraigue en la conciencia popular la creencia de que esta etapa es un periodo tormentoso y estresante.

Según Frydenberg y Lewis (2000), la adolescencia es una etapa del desarrollo humano llena de retos y obstáculos de especial importancia, donde:

- Es necesario desarrollar la propia identidad y conseguir la independencia de la familia manteniendo, al mismo tiempo, la conexión y pertenencia al grupo.
- Se produce el paso de la niñez a la edad adulta, caracterizada por cambios fisiológicos y por el desarrollo cognitivo (Frydenberg, 2000).

El/la adolescente tendrá que enfrentarse a problemas que no podrá evitar, ni modificar; se verá obligado a cumplir determinados roles sociales en relación con sus compañeros, “novios/as”, familia, etc., al mismo tiempo que tiene que conseguir buenos resultados escolares, tiene que tomar decisiones acerca de su futuro personal y sobre su carrera profesional. Cada uno de estos pasos del desarrollo, en cada una de las situaciones problemáticas, el individuo podrá poner en marcha una serie de acciones para impedir que tales situaciones le afecten o lo hagan en la menor medida posible.

La forma en que los adolescentes afrontan sus problemas puede establecer patrones de conducta para su vida adulta y la forma en que hacen planes y preparan el futuro puede tener graves consecuencias sociales. Cuando los jóvenes son incapaces de afrontar sus problemas eficazmente, su conducta puede tener efectos negativos no sólo en sus propias vidas sino también en las de sus familias y en el funcionamiento general de la sociedad. (Frydenberg y Lewis, 2000). El consumo de drogas puede ser por un lado, uno de los modos de enfrentarse a situaciones problemáticas; y por otro

lado, una de las consecuencias que puede aparecer cuando el adolescente no cuenta con las estrategias adecuadas para afrontar las múltiples situaciones estresantes, miedos, inseguridades, incertidumbre y toma de decisiones a las que se va a tener que enfrentar.

Con respecto a la edad, algunos autores apuntan que el empleo de estrategias de afrontamiento centradas en los problemas se mantiene constante a lo largo de la adolescencia, al tiempo que se produce un incremento en el empleo de estrategias centradas en las emociones. Comas, Orosan y Grant (1993) explican este fenómeno argumentando que el uso de las habilidades de solución de problemas se adquiere previamente al inicio de la adolescencia y no se ven incrementadas durante este periodo. Sin embargo, el aprendizaje de las estrategias centradas en las emociones tiene lugar a lo largo de toda la adolescencia. Es por esto que se produciría un incremento en el uso de este estilo de afrontamiento. Frydenberg propone una explicación alternativa. Según la autora, lo que sucede es que muchos adolescentes vivencian la transición de la educación primaria a la secundaria como un reto y despierta en ellos optimismo, entusiasmo y deseo de trabajar para lograr buenos resultados; pero con el paso del tiempo, muchos ven frustradas sus expectativas y se van haciendo más pesimistas con respecto a sus capacidades y recursos. De esta forma se produce en ellos un incremento en el uso de estrategias de afrontamiento centradas en la evitación y en la reducción de la tensión (Frydenberg, 1997).

Otros autores encuentran resultados opuestos a los comentados. Así, por ejemplo, Ebaa y Moos (1994) hallan que los adolescentes de mayor edad emplean estrategias de aproximación con más frecuencia que los más jóvenes. Además, también evalúan los estresores como más controlables y susceptibles de ser cambiados y es más probable que busquen apoyo social. En una línea similar está Seiffge-Krenke (1998), quien argumenta que es en torno a los quince años cuando se produce definitivamente la maduración socio cognitiva de los adolescentes, y ese cambio trae consigo un incremento en las opciones de afrontamiento. Según la autora, en la adolescencia temprana se diferencian claramente dos estilos de afrontamiento (de aproximación y de evitación), mientras que en los adolescentes mayores, el estilo de aproximación puede ser dividido en un componente de aproximación cognitiva y otro de aproximación conductual.

En cuanto al género, los datos encontrados varían de unos estudios a otros, aunque presentan cierto grado de coincidencia. Las diferencias en la forma de afrontar los

problemas entre chicos y chicas podrían ser sintetizadas con el título del artículo de Frydemberg y Lewis (1993): “los chicos hacen deporte y las chicas se orientan hacia otros”. Los datos apuntan a una realidad un poco más compleja, pero en esencia coincidente con esa afirmación. Las chicas parecen preocuparse más que los chicos (perciben un mayor número de eventos como estresantes y amenazantes, especialmente los procedentes del ámbito interpersonal y familiar), utilizan por término medio más estrategias de afrontamiento y tienen predilección por el apoyo social y el hacerse ilusiones. Por el contrario, los chicos ignoran más los problemas, utilizan más la distracción física y la búsqueda de diversiones relajantes y, cuando los problemas son inevitables, los intentan solucionar por ellos mismos, sin buscar tanto el apoyo de otros. Este afrontamiento directo se realiza en muchas ocasiones de forma agresiva (Boekearts, 1996; Frydemberg, 1997).

4.8. ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y CONSUMO DE SUSTANCIAS

Dentro de las teorías cognitivo-conductuales sobre los procesos adictivos, el Modelo de Afrontamiento al Estrés (Wills y Shiffman, 1985) asume que el consumo de sustancias podría ser una respuesta del sujeto a los estresores vitales a los que se enfrenta a lo largo de su vida, el consumo de sustancias reduciría los efectos negativos del estrés o aumentaría la capacidad del sujeto para hacer frente a los mismos. Siguiendo este modelo se puede deducir que si el sujeto tiene habilidades adecuadas y adaptativas para afrontar el estrés tendrá menos tendencia a desarrollar trastornos adictivos que si carece de estas habilidades

Wagner, Myers y Inc. (1999), en un estudio para validar empíricamente el modelo de afrontamiento al estrés, comprobaron que los adolescentes que utilizan estrategias centradas en el afrontamiento a las situaciones de estrés consumían menos que los que utilizaban estrategias de evitación, similares resultados se han encontrado en la población adulta (Finney y Moos, 1995). Estos estudios apoyan la idea de que las estrategias de afrontamiento al estrés predicen el uso de drogas en adolescentes y adultos.

En el campo del consumo de drogas, Wills y colaboradores, (1985), proponen un modelo explicativo que se centra en el afrontamiento del estrés. Dentro de este modelo se considera que el consumo de drogas representa una estrategia de evitación

más. Al analizar las motivaciones que empujan a los adolescentes a consumir drogas se centran en tres: regular los estados emocionales desagradables, olvidarse de los problemas que les preocupan y buscar soluciones mágicas a sus problemas. Consideran que esos motivos coinciden básicamente con las metas perseguidas con el empleo de estrategias de afrontamiento de evitación. De esta forma plantean que el consumo de drogas puede ser visto como una conducta de evitación más de entre las posibles alternativas disponibles (Wills y otros, 1996). Además afirman que el empleo de estilos de afrontamiento de evitación a largo plazo, en vez de reducir el estrés lo incrementan (facilita la aparición de nuevas situaciones estresantes, y reduce la disponibilidad de recursos personales y sociales), por lo que aumenta la probabilidad de volver a consumir drogas como estrategia de evitación (Gómez-Fraguela, 2006).

Wills, (2001), a lo largo de sus investigaciones examina la relación existente entre el consumo de sustancias y la capacidad de afrontamiento de los adolescentes a las situaciones estresantes. En el 2001, llevo a cabo un estudio donde relaciona siete estrategias de afrontamiento categorizadas en dos grupos con el consumo de sustancias. Los resultados del estudio (Will y otros, 2001), muestran que existen una correlación entre dimensiones categorizadas como ENGAGEMENT: afrontamiento conductual y afrontamiento cognitivo; y algunas dimensiones clasificadas como DISENGAGEMENT: afrontamiento de evitación, agresivo, aislamiento e incapaz. A través de un análisis de regresión mostró que no todas las estrategias se relacionan de la misma manera en relación con el uso de sustancias. El afrontamiento conductual muestra una relación inversamente significativa en relación con el consumo de sustancias por los adolescentes, mientras que el afrontamiento cognitivo no tiene un efecto significativo. En cuanto a los índices de disengagement, mostraron una relación positiva significativa en el uso de drogas por adolescentes.

Adolescentes que desarrollan un tipo de afrontamiento conductual, tienden a buscar más información y considerar alternativas antes de actuar. Este elemento de reflexión hace que las personas se tomen más tiempo para calmarse y actuar, siendo efectivo para contrarrestar la tendencia de responder impulsivamente o agresivamente en situaciones difíciles. Otro modo de reaccionar u operar, podría incluir la habilidad de organizar la secuencia de comportamientos y considerarlos a lo largo del tiempo, aspectos que ha sido sugeridos como cruciales para el desarrollo del funcionamiento eficaz en contextos sociales y académicos.

Destaca la importancia de la relación existente entre el autocontrol y el inicio de consumo de tabaco, alcohol y cannabis (Wills y otros, 2002), de forma que un aumento del consumo de sustancias está relacionado con una disminución en la capacidad de autocontrol (Wills, y otros, 2002).

El soporte familiar y social (Wills, 1996), la capacidad para resolver problemas (Wills, 2002) así como el hecho de practicar alguna religión (Wills, 2003) disminuyen el efecto del estrés en los adolescentes y actúan como un factor protector del consumo de sustancias ya que los adolescentes adquieren la capacidad de anticiparse a las situaciones, valorar distintas opciones, planificar respuestas y considerar el coste de los beneficios de varios planes. Díaz-Aguado (2004), establece que el afrontamiento constructivo, compuesto por estrategias positivas, como “fijarse en el aspecto positivo de las cosas”, “pensar en distintas formas de afrontar el problema”, “hablar con otros”, “hacer deporte”, “considerar otros puntos de vista”, “pedir consejo a una persona competente” pueden actuar como factores protectores del consumo de drogas.

Díaz-Aguado y otros (2004), establecen que las estrategias de afrontamiento dirigidas a evitar o ignorar el problema, como: “Ignorar conscientemente el problema”, “esperar a que el problema se resuelva pronto”, “intentar sentirme mejor bebiendo, fumando o tomando drogas”; y las estrategias de afrontamiento a través del grupo de iguales, como: “reunirme con amigos”, “salir y divertirme para olvidar los problemas”, parecen incrementar el riesgo de consumir tabaco, alcohol y otras drogas ilegales.

4.9. EVALUACIÓN DEL AFRONTAMIENTO

Actualmente hay pocos instrumentos para la evaluación del afrontamiento y los que hay no cuentan con la investigación sólida que los respalde, a pesar de la importancia que se ha dado al afrontamiento dentro del estudio del estrés. Además, aunque en la mayoría se consideran el estrés y el afrontamiento como procesos, utilizan en sus mediciones enfoques más cercanos a las medidas de rasgo, en las que se evalúa sobre todo el estilo habitual del afrontamiento de cada persona (Crespo y Cruzado, 1997).

Según Gómez-Fraguela y otros, (2006), los diferentes modelos, instrumentos y procedimientos de evaluación (auto informes, entrevistas, observación) han

encontrado importantes discrepancias en cuanto a los estilos de afrontamiento y la relación con variables como la edad o el género en la adolescencia. (Frydemberg, 1997, González y otros, 2002).

Ninguna de las pruebas disponibles está exenta de problemas de diversa índole (metodológica, conceptual, psicométrica, práctica, etc.), lo que suscita dudas sobre lo que se está midiendo en realidad con estos cuestionarios. Esto pone de manifiesto la necesidad de elaborar cuestionarios que permitan subsanar las deficiencias encontradas (Crespo y Cruzado, 1997).

A continuación señalamos los datos referentes a dos instrumentos que se utilizan para evaluar el afrontamiento en base al modelo teórico de Lazarus y Folkman:

4.9.1. Inventario de Modos de Afrontamiento (Ways of Coping Inventory, WOC) (Folkman y Lazarus, 1980)

Es el cuestionario más conocido y utilizado. Se pregunta a los sujetos acerca de sus pensamientos y conductas para hacer frente a una situación estresante determinada. Ha sufrido diversas modificaciones desde su elaboración original. Consta de dos escalas: a) Estrategias centradas en la resolución del problema y b) Estrategias centradas en las emociones. La consistencia interna de las escalas oscila entre el 0,61 y 0,79.

El WOC puede ser cuestionado por varias razones: (Crespo y Cruzado, 1997):

- Su metodología es análoga en muchos aspectos a la utilizada en la construcción de cuestionarios de rasgos de personalidad (a pesar de pretender medir aspectos situacionales).
- Cada estrategia puede ser ubicada en más de una subescala en función de cómo la aplicó el sujeto
- No recoge la secuencia de aplicación de las diferentes estrategias, ni su importancia.
- Algunos ítems son inaplicables a una situación en cuestión.
- Hasta la fecha no hay un procedimiento estandarizado de puntuación del WOC, habiendo recurrido los distintos autores que la han utilizado a los

resultados de las factorizaciones o a la diferenciación entre ítems de afrontamiento centrado en el problema y emociones.

Para Carver y colaboradores (1989) el WOC tiene los siguientes problemas:

1. No mide todos los aspectos que contemplan los modelos teóricos del afrontamiento
2. Las escalas parecen ser poco claras e incluso ambiguas a la hora de delimitar algunos temas.
3. No se refleja en el mismo una suficiente conexión entre aspectos teóricos y estudios empíricos sobre el afrontamiento.

4.9.2. COPE (Carver y otros, 1989)

Se ha desarrollado posteriormente al WOC como alternativa al mismo, con la intención de lograr una mayor precisión en la formulación de los ítems y ampliar el número de áreas a evaluar (incluyendo algunas que los autores consideran de interés teórico) (Crespo y Cruzado, 1997). Es el que se usa en el presente trabajo para evaluar el afrontamiento.

Los ítems y las escalas se basan en modelos teóricos como el modelo de estrés de Lazarus y Folkman (1986) y en el modelo de auto-regulación conductual de Carver y otros, (1997), y además se basan en datos empíricos.

Consta de una estructura multidimensional que permite la obtención de puntuaciones referentes de seis modos básicos de afrontamiento (cada uno con sus correspondientes escalas, que son 15 en total), los cuales permiten, a su vez, establecer patrones o estilos complejos de afrontamiento. Los cinco modos básicos de afrontamiento en esta escala son (Carver et al, 1989; Crespo y Cruzado, 1997):

1. **Afrontamiento conductual del problema:** Consiste en acciones constructivas encaminadas a alterar la fuente de estrés y centradas en la solución de la situación, la planificación de la acción o la puesta en marcha de acciones para eliminar o superar la situación estresante, o sacar provecho de la misma. Consistirán en las siguientes estrategias de afrontamiento:

- a. Crecimiento personal: Consiste en tratar de desarrollarse como persona o aprender algo de lo que está pasando.
 - b. Abandono de los esfuerzos de afrontamiento: Consiste en renunciar a cualquier esfuerzo o abandonar cualquier tentativa de alcanzar los objetivos con los que interfiere la situación estresante.
 - c. Planificación y afrontamiento activo: Tiene que ver con llevar a cabo acciones, hacer esfuerzos para eliminar, evitar o aminorar los efectos de la situación estresante. También puede desarrollarse pensando en cómo se va a hacer frente a lo que está pasando y planificando los esfuerzos de afrontamiento activo que se van a realizar.
2. **Afrontamiento cognitivo del problema.** Consiste en elaborar cognitivamente la situación para conseguir manejarla adecuadamente, sin llevar a cabo ninguna conducta. Las estrategias utilizadas son las siguientes:
- a. Aceptación: Consiste en aceptar que el suceso ha ocurrido y es real. Es aceptado, que es una respuesta de afrontamiento adaptativa que permite enfrentarse con la situación real. Normalmente ocurre en la evaluación primaria, aunque la aceptación de que no hay posibilidad de desarrollar estrategias de afrontamiento activas, puede ocurrir en la evaluación secundaria. Es especialmente importante en situaciones en las que las circunstancias no se pueden modificar.
 - b. Humor: Tiene que ver con hacer bromas sobre lo que está pasando o reírse de la situación.
 - c. Reinterpretación positiva: consiste en sacar lo mejor de la situación intentando ver los aspectos positivos y lo que uno puede hacer para manejarla mejor. Lazarus y Folkman (1986) consideraron esta estrategia como un tipo de afrontamiento focalizado en las emociones más que para enfrentarse a la situación estresante. Pero para Carver y otros (1989), esta estrategia no está limitada exclusivamente a la reducción del malestar ya que reconstruye la situación estresante en términos más positivos, lo que puede permitir desarrollar posteriormente estrategias de afrontamiento dirigidas al problema.

- d. Refrenar el afrontamiento: Tiene que ver con afrontar la situación pasivamente posponiendo cualquier tentativa de afrontamiento.
3. **Escape cognitivo**. Consiste en suprimir la atención de la situación estresante dirigiéndola a pensamientos alternativos. Las estrategias utilizadas serían las siguientes:
- a. Negación. Se intenta rechazar la realidad del suceso, actuando como si no hubiera sucedido o pensando que no ha pasado realmente. Se considera que puede ser útil en las fases más tempranas de la situación, pero posteriormente impide un afrontamiento adecuado. Normalmente ocurre en la evaluación primaria.
 - b. Religión: Consiste en aumentar la implicación en actividades religiosas o buscar el apoyo de Dios. Puede ser muy importante para algunas personas y servir como una fuente de soporte emocional o como un vehículo para la reinterpretación positiva y el crecimiento personal, como una táctica de afrontamiento activo del estresor o en el peor de los casos, como un mecanismo que evite enfrentarse de otra forma a la situación.
 - c. Conductas de evasión: Desconectarse psicológicamente de la realidad que se está viviendo mediante ensoñaciones, sueño o evitando esfuerzos para resolver el problema.
4. **Afrontamiento centrado en las emociones**. Consiste en la tendencia a centrarse en el malestar experimentado ante la situación y en la comunicación de esas emociones y de la propia situación a otra persona. Las estrategias utilizadas serían las siguientes:
- a. Centrarse en las emociones y desahogarse. Se produce un incremento de la atención hacia el propio malestar emocional, acompañado de una tendencia a expresar o descargar esos sentimientos.
 - b. Búsqueda de apoyo social. Consiste en buscar la ayuda de otros, pedir información o consejo acerca de qué hacer o bien obtener la simpatía o el apoyo emocional de alguien. Para Carver y col (1989) este afrontamiento

es un arma de doble filo porque en algunos casos puede ser un comportamiento adaptativo y en otros no serlo (si se centra por ejemplo, en desahogarse emocionalmente y en nada más, lo que puede distraer a la persona de la posibilidad de realizar un afrontamiento más activo).

5. Escape conductual. Consiste en diversas conductas de escape que no tienen relación con la situación o en todo lo contrario, es decir, implicarse mucho en solucionar lo que está pasando. Las estrategias utilizadas son las siguientes:

- a. Actividades distractoras. Realizar actividades que no tienen que ver con la situación estresante para no pensar en ella. En general, es un afrontamiento poco adaptativo según Carver y otros (1989).
- b. Concentrarse en esfuerzos para solucionar la situación. Centrar los esfuerzos en resolver lo que está pasando, dejando otras cosas de lado si es necesario.

6. Consumo de alcohol o drogas. Consiste en tomar alcohol u otras sustancias psicoactivas para hacer frente a la situación estresante. Se añade a los cinco previos después de la investigación empírica como dimensión diferenciada pues no parece corresponderse o relacionarse claramente con ninguna de las estrategias referidas anteriormente.

El único tipo de respuesta no reflejada en el cuestionario sería la pasividad o la inhibición de la respuesta, que implica no hacer nada sino sufrir la situación estresante (Carver y otros, 1989).

Este cuestionario tiene una serie de ventajas e inconvenientes que se exponen a continuación:

- **Ventajas del COPE.** Una de las peculiaridades de este cuestionario es que puede ser aplicado en versiones tanto disposicional (qué es lo que se hace habitualmente ante el estrés) como situacional (qué es lo que se hace en una situación concreta), recurriendo en cada caso a una variación de las instrucciones a la hora de rellenarlo.

Las ventajas que ofrece sobre el WOC son (Crespo y Cruzado, 1997):

- Una mayor precisión en la elaboración de los ítems.
 - Abarcar áreas de afrontamiento que pueden resultar de interés y no aparecen en el WOC
 - Proporcionar dos versiones (situacional y disposicional)
- **Inconvenientes del COPE.** No mide estrategias de afrontamiento como la búsqueda de información, valoración de la culpa, comparación social, pasividad o pensamiento desiderativo (Carver y otros, 1989) y además no se han hecho muchos estudios empíricos con este instrumento en relación al consumo de drogas.

5. PREVENCIÓN EN DROGODEPENDENCIAS

5.1. INTRODUCCIÓN

Desde sus inicios la Fundación de Ayuda contra la Drogadicción hizo una apuesta firme y decidida por centrar su campo de acción en la prevención, en el convencimiento, de que ésta era la línea fundamental en el abordaje de los consumos de drogas y de sus consecuencias. Este convencimiento ha sido refrendado por las principales instituciones nacionales e internacionales, que unánimemente recomiendan reforzar el trabajo en esta línea.

La evolución de los consumos de drogas constituye en cada país un fenómeno dinámico, condicionado por múltiples factores de carácter social y económico, con origen y dimensiones tanto internacionales, como nacionales y locales. En todos estos ámbitos territoriales, el impacto que tiene el consumo de las distintas sustancias psicoactivas continúa siendo elevado, tanto en términos de sufrimiento e incapacitación personal evitables, como de morbilidad, mortalidad y otros costes sociales y sanitarios. Por ello, y sin dejar de reconocer la importancia clave del marco multidimensional que caracteriza la compleja realidad asociada al fenómeno de las drogas, los problemas y los daños evitables relacionados con los consumos de éstas, constituyen en conjunto, uno de los principales problemas planteados en el ámbito de la salud pública en España (PNSD, 2009).

La prevención del consumo de drogas constituye hoy una de las mayores preocupaciones de nuestra sociedad, debido a la relevancia de las consecuencias que conlleva el consumo de sustancias, a nivel personal, familiar, social, sanitario, económico, etc. Ante este hecho, uno de los modos que parece idóneo para afrontar esta problemática es mediante la prevención de las drogodependencias.

Según la Estrategia Nacional de drogas, 2009-2016 (2009), cualquier intervención que aspire a mejorar significativamente la situación de consumo de drogas y sus consecuencias, debe necesariamente abordarse desde planteamientos estratégicos integrales, desarrollados en cada uno de los distintos contextos institucionales y territoriales. Así, desde la perspectiva española, los esfuerzos deben dirigirse a optimizar la coordinación de todas las instituciones y agentes implicados y

enmarcarlos en el ámbito de las políticas sociales y de salud pública, mediante la fijación de unas prioridades razonables, asumibles y asequibles.

Uno de los aspectos fundamentales en los que es imprescindible intervenir, según el Plan Nacional sobre Drogas (2007) y la Estrategia Nacional de drogas (2009), es en la reducción de la demanda de drogas, lo que comprende actuaciones desde la promoción de la salud hasta las estrategias de prevención del consumo y problemas asociados, pasando por la disminución de riesgos y reducción de daños y la asistencia e inserción social.

De acuerdo con la Estrategia Europea 2005-2012, el resultado a conseguir a través de las actividades de reducción de la demanda es una «reducción apreciable del consumo de drogas, de la dependencia y de los riesgos para la salud y la sociedad derivados de las drogas».

Por su parte, la Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016 comparte los objetivos a alcanzar en el ámbito de la reducción de la demanda de los Planes de Acción de la Unión Europea en materia de lucha contra la droga. Para operativizarlos, se incluyen las actuaciones de prevención del consumo, de la disminución de riesgos y reducción de daños, así como de la asistencia e integración social.

Según Becoña (2002), ante el problema de las drogas, la respuesta de la prevención ha sido clara. Y hoy podemos hablar de la ciencia de la prevención. Coie y otros (1993), se han decantado claramente por aplicar esta denominación específica de «ciencia de la prevención», o lo que podemos llamar también a sus profesionales «preventólogos», como Amador Calafat suele frecuentemente sugerir, como una nueva disciplina científica que se nutre de las aportaciones de distintas ciencias, como lo exige un tema tan complejo y multifacético como es el del consumo de drogas.

La ciencia de la prevención ha tenido una buena fundamentación en estos últimos años, y específicamente, para la prevención de las drogodependencias el avance ha sido enorme en muy pocos años, de tal manera que hoy tenemos claros principios conductores de qué podemos hacer, (Plan Nacional sobre Drogas, 1996-2008; Estrategias Nacional de drogas, 2009).

El haber conseguido desmenuzar relativamente bien los factores de riesgo y protección relacionados con el consumo de drogas, disponer de adecuados modelos

teóricos, así como programas preventivos con buenos niveles de calidad científica, entre las razones más importantes, han propiciado el enorme avance del campo de la prevención de las drogodependencias en estos pocos años.

El objetivo de este capítulo es ofrecer una conceptualización general de la prevención de las drogodependencias y evaluar la situación actual de la prevención del consumo de drogas en nuestro país a nivel, en qué medida se cumplen los criterios de prevención establecidos por el NIDA y, especialmente, valorar en qué medida los programas actuales son efectivos en la evitación/reducción del consumo de drogas en adolescentes.

Para ello, se exponen, en primer lugar, los principales conceptos de prevención. En segundo lugar, se realiza un resumen de los modelos explicativos sobre intervenciones en prevención que se han planteado (desde los planteamientos más tradicionales hasta los más actuales que se centran en los factores de riesgo/protección). En tercer lugar, se resumen los programas de prevención de drogas desarrollados en España y en Castilla La Mancha que, por su relevancia, su calidad y su grado de desarrollo alcanzado, se consideran fundamentales.

5.2. CONCEPTOS EN LA PREVENCIÓN DE LAS DROGODEPENDENCIAS

La Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (F.A.D.), entiende que prevenir los consumos no puede limitarse a la advertencia de los riesgos. Siendo esto necesario, es preciso ir más allá. Prevenir exige apoyar el desarrollo de las personas y de los grupos sociales, muy concretamente de los jóvenes, tratando de generar espacios de una mayor libertad. Libertad que hay que entender como la capacidad de ser autónomo, de tener más opciones viables, de ser más capaz de organizar la propia vida, sin necesidad (o con menos necesidades) de acudir a apoyos exteriores; mucho menos, a soluciones "mágicas" que terminan por volverse contra la propia persona, empobreciéndola y limitándola.

La prevención se desarrolla en la vida cotidiana y en el entorno directo de las personas: la familia, la escuela, el puesto de trabajo, el municipio o el barrio. El modelo de intervención preventiva biopsicosocial destaca la responsabilidad individual y social en el mantenimiento de la salud, entendiendo ésta en todas sus dimensiones: biológica, psicológica, social, cultural y espiritual, (Viladomiu, 2003).

Martín (1995), define prevención de drogodependencias como «un proceso activo de implementación de iniciativas tendentes a modificar y mejorar la formación integral y la calidad de vida de los individuos, fomentando el autocontrol individual y la resistencia colectiva ante la oferta de drogas».

Según Teresa Salvador, el concepto más aceptado sobre prevención de abuso de drogas es "el que engloba a todas cuantas iniciativas (políticas, estrategias, programas o actividades) intentan específicamente, y basándose en la evidencia disponible en cada momento, reducir la prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas, retrasar la edad del primer consumo de las distintas drogas, así como evitar o reducir los daños personales o sociales producidos por el consumo, el uso inadecuado o el abuso de drogas" (Becoña, 1999; Comas y otros, 1989; PNSD, 1996, 2000; NIDA, 1997).

Partiendo del concepto de prevención y siguiendo con el análisis sobre la prevención en drogodependencias que realiza Becoña (2002), un programa es el diseño de un conjunto de actuaciones entre sí relacionadas, para la consecución de una meta (Escámez, 1990). Por tanto, un programa preventivo es un conjunto de actuaciones con el objetivo específico de impedir la aparición del problema al que se dirige dicho programa preventivo. En el caso de las drogodependencias y de acuerdo con la definición aportada por M^a Teresa Salvador, un programa preventivo va dirigido a impedir, o retrasar, la aparición de conductas de consumo, uso y abuso de las distintas drogas.

Un programa preventivo puede ser global para toda la comunidad o específico para un subgrupo de personas, barrio concreto, grupo de edades, etc. pudiendo ser aplicados en diferentes contextos, (sistema educativo, familiar, comunitario, laboral, deportivo, ejército/cuerpos de seguridad, medios de comunicación, y conducción/educación vial); y destinados a diferentes grupos de personas: niños/as o pre-adolescentes; niños/as o preadolescentes en situación de riesgo; adolescentes; adolescentes en situación de riesgo; padres; padres, con riesgo en los padres o en los hijos; personas mayores; y, población general.

De acuerdo con este planteamiento, todos los programas de prevención deberían instaurarse una vez se ha desarrollado una planificación inicial que reúna las garantías mínimas de calidad para superar una evaluación rigurosa. Tal planificación debe conllevar necesariamente la obtención de información sobre la cualidad y cantidad del

problema que pretende prevenirse, de forma que los gestores o desarrolladores del programa de prevención tengan información fiable para planificar adecuadamente las intervenciones.

5.2.1. TIPOS DE PREVENCIÓN EN DROGODEPENDENCIAS

Según Becoña (2002), el campo de la prevención de las drogodependencias hasta hace unos años se hacía la diferenciación de la prevención en tres tipos, a partir de la propuesta hecha por Caplan (1980). Éste diferenciaba la prevención primaria, la secundaria y la terciaria.

- En la prevención primaria intervenimos antes de que surja la enfermedad y tiene como misión impedir la aparición de la misma, mediante la intervenciones para que las personas no consuman drogas, evitando los factores de riesgo y desarrollando los factores de protección
- En la prevención secundaria, el objetivo es localizar y tratar lo antes posible las enfermedades cuya génesis no ha podido ser impedida por las medidas de prevención primaria; esto es, que si surge un problema con las drogas se pueda frenar su avance y evitar que se convierta en un problema mayor.
- La prevención terciaria, se lleva a cabo algún tiempo después de que la enfermedad se haya declarado y su objetivo es evitar complicaciones y recaídas. Se centra en el tratamiento y rehabilitación de la dependencia de las drogas.

Becoña (2002), analiza el paso de la clasificación clásica de prevención, a la prevención universal, selectiva e indicada planteada por Gordon, (1987):

- Prevención universal, es la prevención que va dirigida a la población en general, beneficiando a todos por igual. Por ejemplo, si la prevención la dirigimos a adolescentes, la prevención universal se dirige a todos los adolescentes. Son perspectivas amplias, menos intensas y menos costosas que otras que se orientan a conseguir cambios de comportamientos duraderos. Se incluirían en estos programas la mayoría de los programas preventivos

escolares, como los que tratan de fomentar habilidades y clarificar valores, habilidades para la vida, etc.

- Prevención selectiva, es aquella que se dirige a un subgrupo de adolescentes que tienen un riesgo mayor de ser consumidores que el promedio de los adolescentes. Se dirigen a grupos de riesgo.
- Prevención indicada, es más intensiva y más costosa. Se dirige a un subgrupo concreto de la comunidad que suelen ser consumidores o que ya tienen problemas de comportamiento. Se dirigen, por tanto, a individuos de alto riesgo.

5.2.2. OBJETIVOS DE PREVENCIÓN EN DROGODEPENDENCIAS

Desde 1994, el Plan Nacional sobre Drogas realiza bianualmente una encuesta a la población escolar (ESTUDES, 1994-2008) con el objetivo general de obtener información útil para diseñar y evaluar políticas dirigidas a prevenir el consumo y los problemas de drogas, dirigidas sobre todo al medio familiar y/o escolar (PND,2008).

Son varios los objetivos que pretende conseguir la prevención de las drogodependencias (Becoña, 2002; PNSD, 2000-2008; Estrategia Nacional de drogas, 2009; Fernández-Hermida y Secades, 2008; Laespada y otros, 2004; Luengo, 2003).

De los que se han enumerado podemos listar los siguientes:

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

Aunque se listan varios objetivos, con frecuencia suelen indicarse sólo dos o tres de ellos. La Estrategia Nacional de Drogas (2009) propone tres objetivos generales en la prevención en drogas para 2009-2016.

1. En primer lugar, promover una conciencia social sobre la importancia de los problemas, los daños y los costes personales y sociales relacionados con las drogas, sobre la posibilidad real de evitarlos y sobre la importancia de que la sociedad en su conjunto, sea parte activa en su solución.
2. En segundo lugar, aumentar las capacidades y habilidades personales de resistencia a la oferta de drogas y a los determinantes de los comportamientos problemáticos relacionados con las mismas, es decir, promover el desarrollo de recursos propios que faciliten las actitudes y las conductas de rechazo, que serán distintas según el tipo de droga y el ámbito y nivel de la intervención.
3. Y, en tercer lugar, conseguir retrasar la edad de inicio del contacto con las drogas, dado que además de acortar el tiempo potencial de exposición, cuanto mayor es la edad de las personas que entran en contacto con las drogas, menor es la probabilidad de desarrollar problemas de adicción y de padecer otro tipo de consecuencias indeseables.

La relevancia de los estos objetivos es que son realistas y adecuados a lo que conocemos sobre las drogas y los consumidores. Esto es, el objetivo no es que todas las personas no consuman drogas. Este sería un objetivo idealista y utópico. Pero sí es un objetivo realista el que las personas retrasen el consumo, hagan solo consumos esporádicos o una parte importante de ellos no las lleguen a consumir. Realmente, lo que se pretende con los programas preventivos es alterar las características psicológicas de los individuos para incrementar los factores de protección y disminuir los factores de riesgo para que las personas no consuman drogas, cambiar el contexto ambiental que se relaciona con el consumo de drogas y modificar la interacción entre estas variables (Ammerman et al., 1999).

Por lo tanto, en este contexto, las estrategias preventivas dirigidas a reducir el consumo de drogas se asientan en el desarrollo de competencias individuales y sociales (fomentando la autoestima, proporcionando información adecuada sobre drogas, impulsando valores incompatibles con el abuso de drogas así como estilos de

vida alternativos), ampliando el campo de intervención del nivel individual, habitualmente aplicado en la escuela, al nivel de la familia y el de toda la comunidad, junto a otros lugares (ej., lugar de ocio de los adolescentes y laboral). Todo ello ha ido produciendo un cambio en la relevancia de la intervención en drogodependencias desde sólo aplicar el tratamiento, a tener también en cuenta la prevención y el proceso posterior al tratamiento, de incorporación social.

5.2.3. PRINCIPIOS DE PREVENCIÓN EN DROGODEPENDENCIAS

Después de varias décadas de investigación en este campo, desde el Plan Nacional sobre Drogas (1996), se han planteado los siguientes principios básicos en los que deben basarse los programas de prevención de drogodependencias: a) deben tener una adecuada correlación con las características específicas del problema en el seno del colectivo social en el que se desarrolla el programa, debiendo para ello estar debidamente ajustados a la valoración previa de las necesidades; b) deben cumplir unas exigencias metodológicas en su planificación, implementación y evaluación; c) deben estar basados en teorías contrastadas, debiendo estar considerados, por tanto, como áreas de trabajo científicas.

El NIDA (1997), propone los siguientes

1. Los programas de prevención se deberían diseñar para realzar los factores de protección e invertir o reducir los factores de riesgo.
2. Los programas de prevención deberían tener como objetivo todas las formas de abuso de drogas, incluyendo el consumo de tabaco, alcohol, marihuana e inhalantes.
3. Los programas de prevención deberían incluir estrategias para resistir el ofrecimiento de drogas, reforzar el compromiso personal contra el uso de drogas e incrementar la competencia social, junto con el refuerzo de las actitudes contra el uso de drogas.
4. Los programas dirigidos a los adolescentes deberían incluir métodos interactivos, como grupos de discusión de compañeros, más que la enseñanza didáctica de técnicas aisladas.
5. Los programas de prevención deberían incluir a los padres o cuidadores que refuercen lo que los chicos están aprendiendo y que genere oportunidades para

discutir en la familia sobre el uso de sustancias legales e ilegales y la postura que adopta la familia sobre su uso.

6. Los programas de prevención deberían ser a largo plazo, durante la etapa escolar con repetidas intervenciones para reforzar las metas de prevención originales.

7. Los esfuerzos de prevención centrados en la familia tienen un mayor impacto que las estrategias que se centran únicamente en los padres o únicamente en los chicos.

8. Los programas comunitarios que incluyen campañas en los medios de comunicación de masas y cambios en la política, son más efectivos cuando se aplican junto con intervenciones en la escuela y en la familia.

9. Los programas de la comunidad necesitan reforzar las normas contra el uso de drogas en todos los marcos de prevención de abuso de drogas, incluyendo la familia, la escuela y la comunidad.

10. La escuela ofrece la oportunidad de alcanzar a todas las poblaciones y también sirve como importante escenario para subpoblaciones específicas en riesgo de abuso de drogas.

11. La programación de la prevención debería ser adaptada para tratar la naturaleza específica del problema del abuso de drogas en cada comunidad.

12. A mayor nivel de riesgo de la población objetivo, el esfuerzo preventivo debería ser más intensivo y debería comenzar antes.

13. Los programas de prevención deberían ser específicos para la edad de los individuos a los que va dirigido, apropiados al nivel de desarrollo y ser sensibles culturalmente.

5.2.4. ÁMBITOS DE ACTUACIÓN Y APLICACIÓN DE LAS ESTRATEGIAS GENERALES DE PREVENCIÓN (Estrategia Nacional de drogas, 2009-2016)

La prevención del consumo de drogas, es el elemento esencial sobre el que se apoya la nueva Estrategia 2009-2016. Los programas y las actuaciones preventivas deberán tener en cuenta una serie de contextos o elementos que son claves a fin de obtener los mejores resultados.

a) **La sociedad en su conjunto:** Si bien la sociedad española, no puede considerarse un «sector» sobre el que actuar, la implicación de la ciudadanía, en general, puede promoverse de distintas formas:

- Reforzando la participación de la sociedad civil a través del movimiento asociativo y de las entidades sociales.
- Fomentando los valores culturales que incrementen la autonomía y la responsabilidad personal y familiar, así como los factores de protección en general, las habilidades de gestión familiar y las habilidades sociales y para la vida en particular.
- Manteniendo acciones informativas sostenibles a largo plazo, canalizadas a través de los medios de comunicación social, basadas en la evidencia científica y que potencien la transferencia de conocimientos de los expertos a la sociedad en su conjunto, mediante un lenguaje claro y comprensible.
- Promoviendo la utilización por parte de las entidades públicas y privadas, y de las personas individualmente, de los recursos documentales e informativos existentes y de las nuevas tecnologías de información (Internet, etc.) que han supuesto un cambio cuantitativo y cualitativo decisivo en la transmisión del conocimiento científico.

Por lo tanto, los programas preventivos funcionan a nivel comunitario con organizaciones cívicas, gubernamentales, religiosas, etc., para realzar las normas antidroga y el comportamiento pro-social a través de cambios en los reglamentos y las normas. Estos programas incluyen la promulgación de nuevas leyes, restricciones de la publicidad y zonas escolares libres de drogas.

- b) **La familia:** La familia sigue constituyendo el núcleo más importante de socialización, a pesar de los acelerados cambios sociológicos que se han producido durante las últimas décadas y que han supuesto una transformación de su estructura. Es, además, una de las referencias más sólidas para los adolescentes que, en general, la consideran, junto con los amigos, entre los ámbitos más importantes de su vida.

Los programas de prevención a nivel familiar, pueden ir dirigidos a realzar los factores de protección enseñando a los padres ciertas estrategias para mejorar la

comunicación familiar y de disciplina (enseñándoles a establecer reglas firmes y consistentes). Las investigaciones también han demostrado que los padres deben participar más en la vida de sus hijos, teniendo conversaciones con ellos acerca del uso de drogas, supervisando sus actividades, conociendo a sus amistades y entendiendo sus problemas e inquietudes personales.

De acuerdo con lo anteriormente planteado, la Estrategia Nacional de Drogas (2009) propone que:

- Deben facilitarse las actuaciones que impliquen una mejora de las competencias educativas y de gestión familiar, así como aquellas que faciliten el incremento de la cohesión familiar y refuercen la resistencia de todo el núcleo familiar, especialmente de los miembros más jóvenes, a la exposición y el consumo.
 - Debe promoverse, asimismo, el desarrollo transversal de la participación social de las familias, potenciar las redes informales existentes entre éstas, así como reforzar y facilitar al máximo la participación familiar en los centros educativos.
 - La información y los programas y actividades a desarrollar se adaptarán a las circunstancias y condiciones culturales y sociales de los diversos tipos de familia.
- c) **Población infantil, adolescentes y jóvenes:** Se trata de grupos de riesgo para el consumo de sustancias, debido a diversas razones: situación en la etapa de desarrollo hacia la madurez, especial vulnerabilidad a los estímulos hacia el consumismo en general, curiosidad ante las novedades, necesidad de experimentación y búsqueda de sensaciones, etc. Por otro lado es en la adolescencia donde comienzan los primeros consumos y son los jóvenes quienes más participan en los denominados «consumos recreativos» de drogas como el cannabis o el alcohol y, en menor medida, la cocaína.

Por lo tanto, los programas preventivos han de estar enfocados a la relación del individuo con sus compañeros mediante el desarrollo de estrategias para la socialización, que incluyen: mejora en la comunicación, aumento de las relaciones positivas y estrategias de resistencia para rechazar el uso de drogas.

- d) **La escuela:** La escuela, junto a la familia son los entornos más importantes para la socialización de las personas. Para obtener unos resultados adecuados en relación a la educación sobre drogas es imprescindible, por un lado, la implicación de los adolescentes, los profesores y la familia, y por otro lado, una coordinación adecuada entre los mismos y con los recursos sociales y sanitarios existentes en el territorio local. Por tanto, será necesario conseguir un alto grado de interrelación entre las actuaciones que se lleven a cabo desde los ámbitos social, sanitario y educativo, así como buscar y facilitar al máximo la colaboración y complicidad de las Asociaciones de Madres y Padres de Alumnos y del personal docente, para la potenciación de la educación en valores y en la promoción y educación para la salud en general.

Los programas de prevención también deben estar enfocados a mejorar el éxito escolar y fortalecer los lazos entre los estudiantes y la escuela, lo cual se realiza proporcionándoles un sentido de identidad y éxito. De esta manera se reduce la probabilidad de que los jóvenes abandonen los estudios antes de tiempo. Diversas investigaciones también han encontrado un rechazo juvenil al uso de drogas cuando éstos conocen y comprenden los efectos negativos (físicos, psicológicos y sociales) de estas sustancias y cuando perciben la desaprobación familiar y social del uso de drogas.

5.3. APROXIMACIONES TEORICAS A LOS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN DEL USO DE DROGAS

El campo de la prevención de drogodependencias se ha centrado en la elaboración, desarrollo e implementación de programas específicos que, desde distintas perspectivas y postulados teóricos, pretenden entre otros objetivos la reducción del consumo de drogas, en distintos ámbitos: medio escolar, familiar, personal o comunitario.

En el siguiente apartado, se analizarán las principales características de cada uno de los enfoques preventivos, con el objetivo de analizar los componentes que se han mostrado más efectivos y que, por tanto, deben ser tenidos en cuenta a la hora de elaborar programas de prevención futuros en el campo de las drogodependencias.

Según Becoña (2002), existen varios criterios para clasificar los programas, siempre basados en los criterios científicos que se deben seguir, los cuales, diferencian los programas por estrategias de intervención, en programas que desarrollan estrategias de influencia destinadas a incrementar el conocimiento y cambiar las actitudes respecto a las drogas, programas que llevan a cabo estrategias de desarrollo de competencias destinadas a mejorar los recursos y habilidades personales para afrontar las situaciones cotidianas y las presiones promotoras del uso problemático de drogas, programas que desarrollan estrategias de control destinadas a poner en marcha medidas de protección que regulan la disponibilidad, la accesibilidad y son capaces de modificar los códigos, las actitudes y los usos públicos en relación con las drogas, y los programas que ponen en marcha estrategias de diseño ambiental destinadas a modificar los entornos inmediatos de los individuos.

García Moreno (2003) clasifica las aproximaciones teóricas de prevención en drogodependencias desde distintos enfoques:

- Tradicionales
- Psicosociales
- Comunitarios
- Dirigidos a los medios de comunicación
- Centrados en los factores de riesgo y de protección

5.3.1. Enfoques Tradicionales

En este apartado se incluyen aquellos programas de prevención del abuso de drogas, que se han basado fundamentalmente en tres aspectos: en una educación informativa, centrada en presentar los peligros y riesgos asociados al uso/abuso de sustancias; en una educación afectiva, normalmente desde el ámbito escolar, en un intento de mejorar la autoestima de los jóvenes, de fomentar la toma de decisiones responsables y el enriquecimiento personal y social; y por último, se han desarrollado intervenciones dirigidas a enseñar al joven actividades alternativas al uso de drogas que le puedan reportar las mismas consecuencias gratificantes que le aporta el consumo de drogas.

No obstante, después de una década de investigación, se puede concluir, que la aplicación de programas basados exclusivamente en el aumento de los conocimientos sobre las drogas, en la educación afectiva y fomento de actividades alternativas se

han mostrado como ineficaces, tanto en la prevención del consumo de sustancias como en su reducción una vez comenzado éste. Según Rhodes y Jason, (1988) esto se debe a diferentes causas:

Según la evidencia científica existente, el consumo de drogas por los adolescentes no se puede explicar por una única causa, como es la falta de conocimientos o información sobre los efectos, riesgos y consecuencias derivados del uso y abuso de drogas, sino que el consumo se debe a múltiples factores relacionados con la etapa evolutiva, con el entorno familiar, escolar y el grupo de amigos. Por otro lado, los adolescentes encuentran en la información obtenida, datos que pueden motivar y favorecer el consumo de una determinada sustancia, justificando el consumo y pudiendo ser generalizado al resto de sustancias. Por ejemplo, cuando los adolescentes oyen los mensajes de los medios de comunicación sugiriendo que el consumo moderado de alcohol podría llegar a proteger de ciertas enfermedades crónicas o que el cannabis se puede utilizar como tratamiento y control del dolor en personas con cáncer.

Según Botvin y Botvin (1993), los programas centrados en los aspectos emocionales y de actividades alternativas tienen una escasa efectividad debido a que, por un lado, no tienen en cuenta variables psicosociales que pueden favorecer el consumo de sustancias como, la presión de los iguales, situaciones familiares y modelos de consumo. Por otro lado a la inadecuación de los métodos de enseñanza utilizados.

Aún así, como se indicaba anteriormente, este es un enfoque todavía ampliamente utilizado, especialmente en el ámbito escolar. No obstante, la mayor parte de los autores coinciden en subrayar que, aunque con estos programas no se producen cambios importantes en el comportamiento real de los jóvenes, se obtiene un incremento importante, tanto de los conocimientos sobre el alcohol y otras sustancias, como de la propia autoestima y de la toma de decisiones (García-Moreno, 2003).

5.3.2. Enfoques Psicosociales

Siguiendo el análisis realizado por García-Moreno (2003), las aproximaciones psicosociales son más complejas que los enfoques tradicionales y dirigen sus actuaciones a los factores psicológicos y sociales que median en el uso de drogas. Concretamente, sus estrategias van encaminadas al entrenamiento de las habilidades

de afrontamiento de los jóvenes, con el fin de que puedan resistir las influencias y las presiones sociales hacia el uso de drogas. Dentro de este enfoque se distinguen dos grandes tipos de programas: aquellos que tienen como objetivo el fomento de habilidades de afrontamiento específicas para el consumo y aquellos que llevan a cabo un entrenamiento en habilidades generales de manejo cotidiano (Baldivieso y Perotto, 1993).

Revisando la literatura existente sobre prevención psicosocial, se observa que la mayoría de los programas se encuentran orientados principalmente al consumo de tabaco, seguido del alcohol y cannabis.

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

Desde esta perspectiva, el abuso de sustancias es considerado como una conducta funcional socialmente adquirida, resultado de la interacción entre factores sociales y personales. Es decir, la conducta de uso de drogas, al igual que otras conductas, se aprende a través de procesos como el modelado y el reforzamiento social que, a su vez, están influidos por factores personales como las cogniciones, las actitudes y las creencias. Todas estas aproximaciones coinciden en considerar la conducta de abuso de drogas como un déficit de habilidades de afrontamiento generales de los consumidores potenciales (Flay, 1985; Botvin y Wills, 1985; Botvin, 1986), aunque postulen diferentes causas a este problema.

Un aspecto fundamental de estos programas es el énfasis que ponen en el aprendizaje de una amplia gama de habilidades personales y sociales en una gran variedad de situaciones que pueden estar más o menos vinculadas con el uso de sustancias. De esta manera, se incluyen componentes y estrategias generales como: (a) la solución de problemas generales y habilidades de toma de decisiones (ej., tormenta de ideas, toma de decisiones); (b) las habilidades cognitivas generales para

resistir la influencia de los otros y la de los medios de comunicación (ej., identificación de campañas de publicidad persuasivas, formulación de contra-argumentos); (c) las habilidades para el fomento del autocontrol y la autoestima (ej., autoinstrucciones, autoreforzamiento, principios de cambio personal); (d) las estrategias de afrontamiento adaptativas para aliviar el estrés y la ansiedad a través del uso de habilidades cognitivas o técnicas de relajación conductual; (e) las habilidades interpersonales generales (ej., inicio de interacciones sociales, hacer cumplidos, habilidades conversacionales) y, (f) las habilidades asertivas generales (ej., realizar peticiones, decir "no", expresar sentimientos y opiniones) (Macía, 1984, 1986; Mendoza, Villarasa y Ferrer, 1986; Calafat y cols., 1989; Escámez, 1990; García-Rodríguez, 1991; Escámez y Baeza, 1993; Donaldson, Graham y Hansen, 1994). En cualquier caso, este tipo de programas se realiza dentro del ambiente escolar y combinan técnicas como las demostraciones in vivo, el ensayo conductual, las autoinstrucciones, el modelado, el reforzamiento contingente, el feedback y una práctica intensiva de las habilidades aprendidas a través de tareas para casa.

En cuanto a la efectividad de estos programas, se puede decir, que tanto los programas específicos orientados al entrenamiento de habilidades de resistencia a la influencia social hacia el consumo como aquéllos centrados en el desarrollo de una gran variedad de estrategias generales de manejo de la vida cotidiana, tienen efectos conductuales y cognitivos positivos en el consumo de drogas adolescente. La perspectiva psicosocial sigue siendo, hoy día, una de las aproximaciones más defendidas en la prevención del uso/abuso de sustancias. Ello es debido a que este tipo de programas aportan a los jóvenes un gran número de recursos para el manejo de importantes factores de riesgo, como son la presión social hacia el consumo y los déficits de habilidades de manejo cotidiano. No obstante, se hace necesario incorporarlas dentro de un marco de intervención más amplio que incluya, también, la preparación de toda la comunidad para facilitar el cambio y, sobre todo, para asegurar los efectos a largo plazo.

Los estudios de evaluación muestran distintos grados de efectividad de este tipo de intervenciones dependiendo de la sustancia a la que nos estemos refiriendo. Algunos datos revelan que estos programas reducen el consumo de tabaco entre estudiantes con padres y amigos que fuman (Botvin y Wills, 1985) y, cuando se ha estudiado el efecto de este tipo de intervenciones preventivas en grupos con características demográficas especiales (ej., deprivación económica, pertenencia a barrios pobres con

alta tasa de delincuencia), se han obtenido resultados muy prometedores (Botvin y otros, 1989).

Dos de las principales limitaciones de este tipo de programas han sido: a) que los resultados no parecen mantenerse a largo plazo; b) que estas intervenciones es que, si bien pueden tener una relativa influencia en el inicio del uso experimental de las drogas, no parecen prevenir ni reducir patrones de uso más regulares.

5.3.3. Enfoques dirigidos desde los medios de comunicación

Los programas que se llevan a cabo desde este enfoque, se basan en la poderosa influencia que ejercen los medios de comunicación en el desarrollo de actitudes, creencias, normas y conductas en la población que recibe las campañas publicitarias. Un análisis del contenido de los mensajes emitidos, tanto en películas, programas de televisión, espectáculos y/o reportajes ha mostrado, en general, la clara permisividad de los mismos en lo que al consumo de drogas se refiere (Flay y Sobel, 1983). Actualmente, se han introducido mayores medidas de restricción y prohibición en determinados anuncios y mensajes publicitarios. No obstante, los adolescentes siguen estando expuestos de forma continua a modelos y mensajes implicados en el uso del tabaco o alcohol y otro tipo de drogas comercializadas, lo que podría explicar una mayor tolerancia del consumo y el consiguiente fomento del mismo.

Con respecto a las campañas realizadas desde los medios de comunicación de masas para la prevención del consumo, en las últimas décadas es posible encontrar un gran número de propuestas implementadas con resultados más o menos favorables que, en la mayor parte de los casos implican informar, incluyendo toda una serie de componentes publicitarios, de aspectos relevantes para la salud. Rogers y Storey (1988) resumen los apartados de estas propuestas en los siguientes: (a) la producción de sistemas para desarrollar el contenido de la campaña; (b) el tipo de colaboradores con la campaña; (c) el contexto en el que se entiende que la campaña debe tener el mayor impacto; (d) los distintos niveles en los que se desea que el impacto tenga lugar y, (e) los principios por los que se va trabajar en la campaña.

Sobre la efectividad de estos programas, los resultados de los estudios de evaluación de la dirección de la influencia de las campañas publicitarias se han mostrado contradictorios e inconsistentes. Así, mientras unas investigaciones señalan que este

tipo de intervenciones pueden incrementar el conocimiento sobre las drogas, modificar las actitudes de los que las reciben en la dirección deseada y conseguir cambios normativos significativos con posterioridad a su emisión, otras sostienen que, o no tienen efecto alguno o, incluso, pueden potenciar el consumo (García-Moreno, 2003).

En cualquier caso, se hace evidente que los programas preventivos basados en la implicación de los medios de comunicación, en combinación con otro tipo de intervenciones sociales más amplias (ej., entrenamiento de habilidades en el ámbito escolar, programas preventivos comunitarios de rechazo de la oferta de droga, entrenamiento en prevención dentro del núcleo familiar), podrían representar un abordaje lo suficientemente poderoso para incitar a toda la comunidad a apoyar los cambios integrales necesarios para tratar, de forma conjunta, los problemas de abuso de drogas y, sobre todo, la prevención temprana del mismo (Backer y otros, 1992).

5.3.4. Enfoques comunitarios

La dimensión comunitaria de la prevención trata de optimizar las redes de apoyo social e incidir en el conjunto del entorno social incorporando a grupos, organizaciones e instituciones dentro de un sistema global organizado. Por lo general, se lleva a cabo a través de mediadores comunitarios o agentes sociales intermediarios cercanos a la población diana y con gran influencia y autoridad sobre los restantes miembros de la comunidad (ej., padres, educadores, personal sanitario, trabajadores sociales, líderes vecinales o juveniles, responsables de instituciones). En cualquier caso, se basa en dos elementos fundamentales: la utilización de todos los recursos disponibles y la movilización de todos los agentes sociales con capacidad de mediación.

De forma genérica, este tipo de aproximaciones se implementan a través de tres niveles integrados de intervención: a) la información, con el objetivo de sensibilizar y fomentar la participación de la comunidad así como facilitar el conocimiento y la accesibilidad a los recursos comunitarios; b) la formación, que incluye la preparación de los mediadores sociales y de los colectivos implicados y entrenamientos específicos, tanto grupales como individuales para resistir a las presiones sociales; y la oferta comunitaria de estilos de vida alternativos y el fomento de la organización y participación del grupo diana en actividades alternativas al consumo (ej., culturales, deportivas y sociales).

En nuestro país, la expansión de este tipo de intervenciones tanto específicas (incidencia concreta en la drogodependencias) como inespecíficas (abarcando todo el espectro de salud) es bastante más reciente, implementándose de forma independiente según las distintas comunidades autónomas (País Vasco, Mallorca, Cataluña, Valencia, Andalucía o Madrid) y que, por el momento, parecen señalar efectos iniciales positivos aunque en la mayor parte de los casos todavía no existen estudios de evaluación concretos que confirmen estas impresiones (Generalitat de Catalunya, 1988; Calafat y otros, 1989; García-Rodríguez, 1991; Comunidad de Madrid, 1989; Junta de Andalucía, 1990; Gobierno Vasco, 1991; PNSD, 1995). Además, se cuenta con algunas iniciativas por parte de la Administración Central, concretamente con respecto a la regulación legal del consumo y a la emisión de campañas publicitarias, que también se encuentran en una situación de espera a ser evaluadas de forma consistente.

A pesar de las limitaciones de este enfoque, después de varias décadas de investigación centrada en el consumo de drogas, se sostiene que es la vía comunitaria la única capaz de poder abarcar, desde una perspectiva preventiva, todos los factores implicados en este grave problema. Así, se plantea como la aproximación que podría ofrecer resultados más alentadores no sólo a corto, sino a largo plazo, ya que podría asegurar el establecimiento de los soportes básicos que pueden llegar a consolidar los beneficios obtenidos.

5.4. INTERVENCIONES PREVENTIVAS CENTRADAS EN LOS FACTORES DE RIESGO/PROTECCION PARA EL ABUSO DE DROGAS

Uno de los aspectos que parece claro, y en el que están de acuerdo varios autores dedicados durante años al estudio del consumo de drogas (Becoña, 2002; Calafat, 2000; Fernández-Hermida y Secades, 2008; García y Graña, 2003; Laespada, 2004; Luengo 1999) es que el conocimiento riguroso de los patrones de consumo de drogas de los adolescentes y de los factores asociados a dicho consumo puede aportar una información fundamental para la previsión de lo que puede ocurrir en los próximos años con relación a este importante problema, siendo una premisa esencial de cara al diseño y planificación de estrategias de prevención eficaces cuyo objeto sea la reducción del abuso de drogas entre los jóvenes (Fernández-Hermida y Secades, 2008).

De acuerdo con García-Moreno (2003), en el campo de la prevención, este tipo de aproximaciones ha sido de gran importancia ya que todas sus actividades se orientan hacia los factores de riesgo (escolares, familiares, individuales y comunitarios) que se hayan mostrado relevantes, tanto en el inicio del consumo de drogas como en su mantenimiento. Estos programas están basados en una completa comprensión de las distintas categorías de los factores de riesgo/protección y se plantean como intervenciones globales que combinan acciones entre las escuelas, las familias, los agentes sanitarios, las políticas gubernamentales y otros recursos comunitarios.

A la hora de implementar programas de prevención basados en la investigación etiológica de los factores de riesgo/protección, debemos tener en cuenta varios aspectos que ya se presentaron en el capítulo anterior: que son múltiples los factores de riesgo, tanto individuales como del ambiente, que están implicados en el uso y abuso de sustancias; que estos factores interactúan entre sí; que el efecto de los mismos depende del momento evolutivo en el que se encuentre el individuo; que la exposición a un mayor número de factores de riesgo puede incrementar la probabilidad de uso de sustancias de forma exponencial, lo que supone tener que incluir en estos programas a aquellos jóvenes que están expuestos a la acción conjunta de estos factores; que los resultados de las investigaciones sugieren que pueden constituir un enfoque prometedor en la prevención del uso de sustancias las intervenciones basadas, tanto en la reducción y el manejo de los factores de riesgo presentes en períodos críticos del desarrollo como en la potenciación de aquellos que parecen proteger al individuo del consumo. Así pues, este tipo de actuaciones preventivas que se construyen sobre una investigación etiológica (factores de riesgo/protección) y epidemiológica (naturaleza, función y secuencia del consumo de drogas) pueden jugar un papel determinante en la prevención efectiva del inicio del consumo en adolescentes y su progresión hacia el abuso y la adicción (García-Moreno, 2003).

Por lo tanto, el estudio de los factores de riesgo y de protección para el consumo de drogas resulta de especial interés de cara a planificar y desarrollar programas de prevención eficaces basados en la modificación o potenciación respectivamente de tales factores. Su análisis e identificación es fundamental, no sólo para determinar los objetivos operativos que deben perseguir estos programas, sino también, las poblaciones, los grupos o los individuos que se encuentran en situaciones de alto riesgo en relación al consumo de drogas y que precisan intervenciones específicas. La

ausencia de las referencias de los factores predisponentes y facilitadores no permitiría establecer cuáles son las necesidades y, por tanto, difícilmente, se podrían conocer los aspectos sobre los que intervenir (Moncada, 1977).

Ahora bien en muchos casos, es imposible hacer desaparecer o reducir ciertos factores de riesgo a través de intervenciones preventivas, ya que tales factores no pueden ser manipulados directamente. En estos casos, los objetivos de las estrategias preventivas deben ir dirigidos a mediatizar o modelar los efectos de los mismos y no tanto a manipularlos (Hawkins y otros, 1992). Por ejemplo, la historia familiar de alcoholismo puede ser muy difícil o imposible de cambiar, pero, en cambio, es posible moderar los efectos de esta variable interviniendo con los niños y adolescentes que están expuestos a esta situación.

El estudio de los factores y procesos que incrementan el riesgo del uso de drogas o que protegen contra éste, ha identificado los siguientes objetivos principales para una intervención preventiva eficaz (NIDA, 2005): relaciones familiares, relaciones entre compañeros, ambientes escolares y ambientes comunitarios. Así, los esfuerzos preventivos pueden realzar los factores de protección y reorientar hacia una reversión o reducción de los factores de riesgo en cada uno de éstos ámbitos (Secades y Fernández-Hermida, 2006; Secades y Fernández-Hermida, 2008)

En esta misma línea, Hawkins y otros, (1992) señalan varios modelos de intervenciones preventivas centradas en el control de los factores de riesgo, que han demostrado efectos positivos en estudios experimentales o cuasiexperimentales.

Estas intervenciones son las siguientes:

1. Programas de apoyo familiar durante la infancia temprana, con una variedad de componentes, desde cuidados de salud, nutrición, apoyo social a las madres etc.
2. Programas para padres de niños y adolescentes, que incluyen el entrenamiento en habilidades para el manejo de problemas de conducta de los hijos.
3. Entrenamiento en habilidades de competencia social a los jóvenes con problemas.
4. Promoción del logro académico, que incluye el entrenamiento a profesores para el manejo de las alteraciones conductuales en el aula y la tutorización individual para niños con problemas escolares y de conducta.
5. Cambios organizacionales en la escuela.
6. Implicación de los jóvenes en actividades alternativas.

7. Programas multicomponentes centrados en el entrenamiento en habilidades de resistencia.

5.5. PREVENCIÓN Y PROGRAMAS PREVENTIVOS EN ESPAÑA Y EN CASTILLA LA MANCHA

Las actuaciones del Plan Nacional sobre Drogas (2007), en materia de prevención se podría decir que:

- En general se apuesta por una prevención centrada en la persona, universal, con acciones dirigidas fundamentalmente al ámbito educativo y de sensibilización, siendo los escolares, jóvenes, y padres y madres los principales destinatarios de las acciones.
- Se están llevando a cabo intervenciones dirigidas a poblaciones en situación de especial vulnerabilidad, como son los menores, a través de programas selectivos en los que se incorporan acciones coordinadas e integradas con la familia y el medio escolar. En este sentido, empiezan a aparecer programas desarrollados en el ámbito de la Justicia Juvenil, dirigidos a menores con problemas jurídico-penales.
- La mayoría de las Comunidades Autónomas centran sus esfuerzos en el alcohol y las drogas ilegales (cannabis y cocaína), aunque en algunas de ellas se realizan también acciones dirigidas a promover la aplicación de la ley del tabaco (Asturias, Castilla y León, Castilla-La Mancha). Otras enfatizan la prevención del abuso de alcohol, mediante programas globales que combinan medidas legislativas de control de venta y promoción y controles de alcoholemia con otras actividades educativas, formativas y comunitarias (formación en autoescuelas, en universidades, en colegios, formación de profesionales del sector del ocio para la dispensación responsable, intervenciones breves, etc.) Destacan en este aspecto Castilla y León, Extremadura y Cataluña.
- El principal ámbito de actuación y aplicación de los programas preventivos es el educativo, mediante el impulso de programas universales y estructurados, combinados con actividades puntuales de sensibilización en los centros

educativos, escolares y universitarios. El siguiente ámbito prioritario son en el entorno familiar, ya que las familias son una población prioritaria de todos los Planes Autonómicos de Drogas.

- El ámbito recreativo continúa siendo objeto de interés, con programas dirigidos tanto al fomento de ocio alternativo como a la reducción de riesgos y daños asociados al consumo. La implicación del propio sector del ocio aparece cada vez con más frecuencia en los programas preventivos.
- En los medios de comunicación se siguen desarrollando campañas mediáticas de sensibilización. Internet es un medio cada vez más utilizado para la difusión de información y el asesoramiento a la población general, con especial énfasis en los jóvenes.

5.5.1. PROGRAMAS LLEVADOS A CABO EN EL ÁMBITO NACIONAL

Según el Informe del Observatorio Español sobre Drogas, (2007), los programas llevados a cabo a nivel nacional y en Castilla La Mancha han sido:

5.5.1.1. Programas llevados a cabo en el ámbito escolar

La prevención escolar de carácter universal continúa siendo el ámbito de actuación preferente en todas las Comunidades y Ciudades Autónomas que integran el Estado Español. La prevención escolar ha crecido cuantitativa y cualitativamente en los últimos años. Todas las Comunidades y Ciudades Autónomas disponen de programas que sus Planes Autonómicos ofrecen a los colegios, en colaboración con el sistema educativo.

Durante el año 2007, y según los datos proporcionados por los Planes Autonómicos de Drogas, han participado en programas estructurados de prevención (mínimo de cinco sesiones en el aula) un total de 1.179.000 alumnos y 46.845 profesores pertenecientes a 7.406 centros educativos siendo la Educación Secundaria Obligatoria la etapa escolar a la que más programas se dirigen. Los programas más extendidos son: Prevenir para Vivir (8 CCAA; 1.791 centros educativos y 397.704 alumnos); Forma Joven (Andalucía; 470 centros educativos, 171.195 alumnos) y Órdago (6 CCAA; 650 centros educativos, 132.629 alumnos).

Además de este tipo de programas, también se desarrollan muchas actividades de carácter puntual (charlas, talleres, teatros, concursos, campañas...) que llegan a 403.200 alumnos de 2.550 centros escolares según los datos disponibles.

Se extienden las actuaciones dirigidas al entorno universitario (Universidad de Sevilla, Barcelona, Valencia, Madrid, Salamanca, Ávila, Zamora, etc.). La mayoría de ellas se centran en la información y sensibilización de los estudiantes a través de difusión de materiales, conferencias, puntos de información en las propias universidades y formación de mediadores universitarios para la intervención por pares.

5.5.1.2. Programas llevados a cabo en el ámbito familiar

La prevención familiar es otro de los ámbitos en el que los Planes Autonómicos de Drogas centran gran parte de sus esfuerzos. Según los datos aportados por las Comunidades y Ciudades Autónomas que han enviado información al respecto, 139.119 padres y madres han participado en programas de este tipo, aunque hay que señalar que en muchos casos este dato de participación no se recoge, por lo que esta cifra está subestimada. Una tendencia destacable en estos programas es la de incorporar cada vez más a padres e hijos en los programas y su realización en coordinación con los programas escolares.

De hecho, los programas de prevención más estructurados suelen ser adaptaciones a las familias de programas escolares ya consolidados (Órdago, La Aventura de la Vida, Entre todos, En la huerta con mis amigos, El cine en la Enseñanza o Cine y Educación en Valores).

5.5.1.3. Programas llevados a cabo en el ámbito comunitario

a) Programas de ocio alternativo

Todas las Comunidades Autónomas citan el ámbito del ocio como prioritario para intervenir preventivamente y lo hacen con programas que ofertan actividades alternativas de tiempo libre, fundamentalmente por las tardes y noches del fin de semana o en periodos vacacionales. Aunque en muchos casos no se registra la participación, según los datos disponibles a través de las memorias de los Planes

Autonómicos de Drogas, más de 250.000 chicos y chicas han participado en este tipo de actividades.

Estos programas se dirigen fundamentalmente a menores de edad y jóvenes, y se llevan a cabo en espacios públicos (polideportivos, colegios, instalaciones municipales...) en horarios de tarde y noche durante los fines de semana y periodos vacacionales. Las actividades que mayoritariamente se realizan son de tipo lúdico y deportivo mientras que la oferta de actividades de carácter cultural es escasa.

b) Programas realizados en lugares de consumo

Continúan realizándose intervenciones informativas, dirigidas a jóvenes para la reducción de riesgos y daños asociados al consumo recreativo. Se trata normalmente de actuaciones itinerantes, implementadas por mediadores juveniles en el grupo de iguales, en las que se ofrece un servicio de detección de casos problemáticos además de información y asesoramiento sobre las drogas y las diversas formas de consumo en zonas de bares, salas de fiesta, conciertos de música, etc., promoviendo una cultura de responsabilidad con el propio espacio público: aminoración de ruidos respeto al mobiliario urbano, recogida de basuras... Algunas de estas iniciativas son: Zona Clave, Energy Control, Controla Club, Creative y Exeo. Muchas de ellas cuentan con su propia página web y disponen de servicio de atención de consultas telefónico y a través de correo electrónico.

Además de esto, también la mayoría de las Comunidades Autónomas tienen iniciativas para la reducción de riesgos asociados al consumo de alcohol y otras drogas en la conducción de vehículos, incluyendo actuaciones que van desde el fomento de la figura del “conductor alternativo” a la promoción del transporte alternativo (Castilla y León); las actuación específica en zonas de botellón (Extremadura), la formación a los trabajadores y empresarios del sector para la dispensación responsable de bebidas alcohólicas (Castilla y León; Cataluña) y el control de la promoción y venta de bebidas alcohólicas (Castilla y León, Extremadura).

5.5.1.4. Programas llevados a cabo en los medios de comunicación

Todas las Comunidades y Ciudades Autónomas desarrollan actuaciones en este ámbito: campañas puntuales con ocasión de los Días Mundiales sin drogas,

microespacios audiovisuales informativos, spots en televisión y en salas de cine, entrega de materiales divulgativos (calendarios, gorras, camisetas...) folletos y DVDs informativos, programas sobre drogas en radios y televisiones locales que incluyen reportajes, debates, entrevistas o, incluso, escuelas de padres y madres.

Trece Planes Autonómicos de Drogas difunden información desde sus páginas web. En la mayoría de los casos están dirigidas a profesionales, aunque algunas de ellas disponen de apartados específicos para los jóvenes o la población general (Aragón, Baleares, Cataluña, La Rioja, Madrid). En estas páginas, los jóvenes disponen de información tanto sobre las diferentes drogas como sobre las actuaciones más relevantes que se están desarrollando en el campo de la prevención en el territorio autonómico.

La Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas emitió durante los meses de septiembre y octubre de 2007 la campaña "Cocaína ¿se lo vas a dar todo?", con los objetivos de incrementar la percepción del riesgo del consumo de cocaína y asociar dicho consumo a la idea de fracaso y promover en la sociedad para generar una cultura de rechazo hacia las drogas, y de forma especial, hacia el consumo de cocaína.

5.5.2. PROGRAMAS PREVENTIVOS EN CASTILLA LA MANCHA

Según la Memoria del Plan Nacional sobre Drogas (2007), a lo largo de 2007 en Castilla La Mancha, se ha continuado con la ejecución del Plan de Alcoholismo y Drogodependencias de Castilla-La Mancha 2006-2010, manteniendo el principio general que establece la prevención como la estrategia prioritaria para abordar los problemas asociados al consumo de drogas, tal como reflejan la Estrategia Nacional sobre Drogas 2000- 2008, el Plan de Acción 2005-08 y Ley 15/2002 sobre Drogodependencias y Otros Trastornos Adictivos.

Las líneas fundamentales de la actividad preventiva puestas en marcha se concretan en los siguientes puntos:

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

- La prevención comunitaria, unificada a partir de este año en un único programa denominado *Alcazul*, basada en el aprovechamiento de los recursos disponibles y en la colaboración interinstitucional.
- La prevención escolar, área en la que se continúa realizando un importantísimo esfuerzo para ofertar programas de calidad a la totalidad de los centros educativos de la región.
- La prevención familiar, dirigida a la formación de los padres como agentes preventivos y a potenciar su participación en los programas de prevención escolar.
- Puesta en marcha de programas preventivos por los Planes Municipales o Mancomunados de drogas, buscando así un mayor grado de integración de las actividades llevadas a cabo y promoviendo acciones más ajustadas a su realidad local.
- Colaboración con la Fundación de Ayuda contra la Drogadicción, Fundación de Cultura y Deporte de Castilla-La Mancha, así como con las organizaciones sindicales y empresariales de la región.
- Acciones realizadas en materia de prevención del consumo de tabaco mediante la difusión a través del mantenimiento de una unidad móvil para la intervención preventivo-formativa en 19 municipios realizada por la Sociedad Castellano-Manchega de Medicina General, esta sociedad también ha elaborado 400 DVD sobre información, prevención y tratamiento del tabaquismo, la mitad de los mismos dirigidos a la población general y el resto a médicos de Atención Primaria. Mención especial merecen que se han canalizado básicamente a través de un convenio de colaboración con las sociedades científicas más importantes de la región.
- La Sociedad Castellano-Manchega de Medicina Familiar y Comunitaria celebró la VIII Semana Sin Humo cuyo objetivo entre otros es sensibilizar a la población de los riesgos del consumo de tabaco y motivar a los profesionales. Por su parte, la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria en Castilla-La Mancha con el fin de concienciar sobre los efectos nocivos del tabaco y prevenir el tabaquismo en mujeres ha puesto en marcha el proyecto *Tabaco y Mujer*.

- La Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR) celebró en 2007 el *Año para la Prevención y Tratamiento del Tabaquismo*, para ello un taller interactivo llamado *Camión Planeta Respira* recorrió España mostrando mediante audiovisuales y soportes interactivos contenidos relacionados con la prevención del tabaquismo. En Castilla-La Mancha el taller visitó 4 ciudades: Talavera de la Reina, Toledo, Albacete y Alcázar de San Juan con gran éxito de participación.
- Además, en 2007 se realizaron dos campañas publicitarias, desarrolladas principalmente en prensa, radio y televisiones locales de la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha:
 1. Campaña de publicidad contra el consumo de tabaco y protección de la población no fumadora.
 2. Campaña de publicidad para la prevención de accidentes de tráfico por consumo de drogas.

Los programas específicos que se han llevado a cabo en Castilla La Mancha se resumen a continuación.

5.5.2.1. Programas escolares

La institución escolar es, sin ninguna duda, un ámbito privilegiado para la prevención, tanto por la edad de los destinatarios como por las facilidades que ofrece para el desarrollo de acciones universales. Por ello, a lo largo de 2007 se ha mantenido el esfuerzo para que los programas de prevención lleguen a la totalidad de los centros educativos de la región.

Además, con el fin de homogeneizar las intervenciones, se ha unificado la oferta de programas preventivos que se ofrecen a los centros educativos, eligiéndose para ello el programa *Prevenir para Vivir* (FAD) ya que permite una intervención a largo plazo, con actividades que comienzan al principio de la Educación Infantil y que se mantienen hasta el final de la ESO. Este es el programa básico ofertado con carácter general a todos los centros educativos.

Al mismo tiempo se realizan también algunas otras iniciativas de implantación más limitada y con los mismos objetivos centrados en la reducción del consumo de drogas y en el retraso de la edad de inicio a las sustancias legales. Entre ellas cabe destacar el programa de prevención escolar realizado por el Ayuntamiento de Guadalajara (aplicado en 25 centros y que ha llegado a 2.334 alumnos) y el programa *Y tú ¿qué piensas?* desarrollado en colaboración con la FAD.

La implantación de los programas escolares se realiza siempre con la colaboración de la Consejería de Educación y Ciencia y de toda su red de recursos (profesores, orientadores, Centros de Profesores y Recursos, etc.) Además, el programa *Prevenir para Vivir* dispone de un técnico en cada provincia dedicado a tareas de promoción, coordinación y seguimiento del programa. Ello permite un control exhaustivo de la aplicación del mismo, obteniéndose periódicamente datos acerca de los materiales distribuidos, su grado de utilización, los profesores y alumnos que participan en el programa, su satisfacción con el mismo, etc.

Las sociedades científicas también han realizado una importante labor de prevención del consumo de tabaco en el ámbito escolar. Al respecto, la Sociedad Castellano-Manchega de Medicina de Familia y Comunitaria, ha llevado a cabo el programa *Clase sin Humo*, donde 7.281 escolares de 2º de la ESO de 320 clases y 106 centros escolares han participado. Por su parte, la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria en Castilla-La Mancha (SEMERGEN) ha organizado el IV Concurso de murales, en esta edición en formato videoclips, también ha realizado un estudio para la prevención del tabaquismo en institutos donde se han recogido datos de 1.039 adolescentes, así mismo han elaborado y editado 8.000 folletos de orientación y prevención del tabaquismo dirigidos a adolescentes y 5.000 dirigidos a universitarios y la Sociedad Castellano-Manchega de Medicina General ha realizado a través de su unidad móvil, actividad preventivo-formativa a Institutos de Educación Secundaria y colegios. También el Centro de Orientación sobre Alcohol y Tabaco (COAT) ha realizado talleres de prevención en 15 centros educativos atendiendo a 1.896 escolares.

Además de las estrategias estrictamente educativas, se realizan también actuaciones en materia normativa dirigidas especialmente a la limitación del consumo en centros escolares y la limitación de la publicidad en el entorno de dichos centros o la dirigida específicamente a menores. Tales normas se encuentran contenidas en la Ley 2/1995, de 2 de marzo, Contra la Venta y Publicidad de Bebidas Alcohólicas a Menores y la

Ley 15/2002, de 11-7-2002, sobre Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos y la Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco. Para vigilar el cumplimiento de lo establecido en tales normas, a lo largo de 2007 se han realizado 1.840 inspecciones.

a) Programa “PREVENIR PARA VIVIR”

Prevenir para Vivir es un programa universal de prevención del consumo de drogas, que ha sido desarrollado en Castilla La Mancha por 307 centros educativos, han participado 52.657 estudiantes y 2800 profesores (Memoria PND, 2007). Ha sido diseñado para convertirse en un instrumento eficaz, flexible y de fácil integración y aplicación al ámbito escolar, que se apoya en un modelo educativo en el que las actividades de prevención son compatibles con las actividades propias de las diversas áreas de conocimiento, que permita abordar en el aula, en función de los distintos estadios evolutivos de los estudiantes, aquellas variables que pueden actuar como factores de protección frente a la consolidación del abuso de drogas

Este programa está pensado para: profesores de Educación Infantil, Educación Primaria y Educación Secundaria; orientadores, directores y otros profesionales educativos de Centros Escolares; alumnos de Educación Infantil, Educación Primaria y Educación Secundaria; padres y madres de los alumnos; y técnicos Municipales y locales con responsabilidades en materia de programas de prevención

Tiene como objetivos generales reducir el consumo de alcohol, tabaco y drogas ilegales y retrasar la edad de inicio del consumo de tabaco, alcohol y drogas ilegales.

Como objetivos específicos:

- En el ámbito del desarrollo de la afectividad: a) Aumentar la autoestima de los alumnos; b) Incrementar la capacidad de empatía; y c) Mejorar la autoexpresión emocional.
- En el ámbito del desarrollo intelectual: a) Desarrollar actitudes positivas hacia el mantenimiento de la salud; b) aumentar el autocontrol; c) Mejorar las habilidades de toma de decisiones y d) Reducir la visión positiva hacia el consumo de drogas.

- En el ámbito del desarrollo social: Mejorar las habilidades para la interacción social, de oposición y de autoafirmación.

Se ofrecen herramientas destinadas a desarrollar tres áreas claves para la formación integral del individuo:

- Desarrollo de la afectividad de los alumnos, componente básico de la personalidad.
- Desarrollo intelectual a favor de la salud y, por lo tanto, incompatible con el abuso de drogas, aprendiendo habilidades para la toma de decisiones, cambio de actitudes e información sobre drogas.
- Desarrollo social de los alumnos, aumentando la competencia social para la interacción con otras personas, relacionándose y comunicándose mejor con los demás.

Este programa tiene la capacidad de coordinarse con el ámbito familiar, promoviendo la participación de los padres y madres a través de la realización con sus hijos de algunas de las actividades propuestas en "Prevenir para Vivir".

Las actividades preventivas están pautadas dentro de un programa sencillo, con una guía didáctica que permite cubrir las exigencias básicas de la aplicación del programa sin requerir formación específica para ello. Se utiliza una metodología ágil, práctica y adaptada a los distintos niveles de compromiso de los centros escolares participantes que van permitir trabajar las siguientes áreas: empatía, autoexpresión emocional, habilidades de autoafirmación, autocontrol, actitudes ante la salud, autoestima, habilidades de interacción, toma de decisiones, habilidades de oposición y actitudes hacia las drogas

Los materiales con los que va a contar el profesorado para su intervención en prevención son: una guía didáctica, un cuaderno para el trabajo con padres y madres y cuadernos de actividades para trabajar con los alumnos en función de la etapa educativa. Además el centro educativo contará con:

- Manual de técnicas para la prevención escolar del consumo de drogas.
- Material de prevención del consumo de drogas para la Educación Primaria.
- Material de prevención del consumo de drogas para la Educación Secundaria Obligatoria
- Material informativo diverso sobre prevención.

- Una guía didáctica que cuenta con un conjunto de actividades para desarrollar en el aula.
- Un vídeo introductorio en el que se describe el papel de la música en la cultura y cuenta la experiencia que algunas personas han vivido a través de la música.

b) Programa “Y TU ¿QUÉ PIENSAS?”

Y tú, ¿qué piensas? es un programa preventivo universal educativo, desarrollado por La Fundación de Ayuda contra la Drogadicción con la colaboración del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales y las CCAA de Andalucía, Castilla-La Mancha, Extremadura, Madrid y Valencia, que está dirigido a grupos de jóvenes de entre 15 y 18 años y nace con vocación participativa y preventiva con un amplio abanico de posibilidades y espacios de aplicación, siendo clave para el resultado del mismo, el trabajo de coordinación y estimulación del profesorado.

Este programa se ha desarrollado en 40 centros educativos en Castilla La Mancha durante el 2007, y han participado un total de 8000 adolescentes.

Tiene como objetivos:

- Hacer llegar a los grupos de jóvenes participantes informaciones, datos e ideas acerca de temas y áreas importantes en sus vidas, para que dispongan de esa información cuando tengan que tomar decisiones.
- Promover y provocar el intercambio, el diálogo y la discusión productiva entre los grupos de participantes, tanto a través del tipo de información, como mediante la forma de transmitirla o el trabajo propuesto para realizar con ella.
- Recuperar y difundir las opiniones y conclusiones a las que los grupos de discusión llegan a través del trabajo con los materiales y participar con ellos en la fase del concurso mediante la forma de expresión que ellos mismos han elegido.

En cuanto a los materiales utilizados, el programa consta de 7 dossieres informativos que atienden a diversas áreas vitales de las personas destinatarias y cuyo contenido, que pretende ofrecer información y facilitar el trabajo colectivo y reflexivo sobre: la vida

en grupo, el tiempo libre, la publicidad y moda, los jóvenes y adultos, las relaciones personales, los jóvenes y el mundo y salir de marcha

Los dossieres se acompañan de una Guía Didáctica para el profesorado como instrumento de apoyo y facilitación en la propuesta de dinámicas, ejercicios, tratamiento de la información, etc., así como de ayuda para hacer más fácil la participación en el programa.

5.5.2.2. Programas familiares

Junto a la institución escolar, otro de los ámbitos idóneos para la prevención del consumo de drogas es la familia, manteniéndose las dos líneas de trabajo iniciadas en años anteriores y que permiten una participación activa de los padres en la prevención:

Formación de padres y madres: se realiza en colaboración con la FAD y consiste en la organización de cursos de formación integrados por un número variable de sesiones (generalmente entre 4 y 8 sesiones) en los que se tratan distintos aspectos relacionados con la educación familiar. A lo largo de 2007 se han realizado 203 cursos en los que han participado 3.658 padres.

Participación de los padres en los programas escolares: el programa *Prevenir para Vivir* incluye actividades que los alumnos deben realizar en casa con la ayuda de sus padres, por lo que éstos se convierten en mediadores de prevención.

5.5.2.3. Programas comunitarios

De acuerdo con el Plan de Alcoholismo de Castilla La Mancha, la prevención del abuso de drogas de acuerdo a un enfoque comunitario ha sido llevado a la práctica en Castilla-La Mancha desde hace más de 10 años, siendo una región pionera en este tipo de intervenciones a gran escala y acumulando una larga experiencia que ha permitido la progresiva ampliación de las actuaciones. Para ello, la prevención comunitaria del consumo de drogas se ha articulado a través de la cooperación entre la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha y los Ayuntamientos de la región, de

forma cofinanciada y facilitando así la colaboración y la solidaridad intermunicipal y permitiendo el acceso de pequeños ayuntamientos a programas de cierta complejidad.

Por sus características, estos programas permiten establecer marcos muy amplios y flexibles para la actuación, en los que es posible programar actuaciones muy diversas. Ello, junto a su carácter participativo y su capacidad para facilitar los cambios hacia comportamientos más saludables en la población, hace que constituyan la actividad preventiva prioritaria en la prevención del consumo de drogas en Castilla-La Mancha.

Según la Memoria del Plan Nacional sobre Drogas (2007) y hasta 2006, la actividad comunitaria se organizaba en dos grandes programas: *Comunidad*, *Escuela de Salud* (para niños de 10 a 14 años) y *Alcazul* (para niños y jóvenes de 14 a 18 años). A partir de 2007, la actividad se ha unificado en un único programa, denominado *Alcazul* y que se dirige a niños y jóvenes de 12 a 18 años. Este programa incluye entre sus objetivos no sólo la ocupación saludable del tiempo libre a través de actividades deportivas, culturales o de naturaleza, sino también otros objetivos de mayor complejidad y más vinculados a la prevención del consumo de drogas como son la mejora de la información sobre las sustancias, el desarrollo de actitudes prosociales, el desarrollo personal, etc.

Se trata de un programa de prevención universal, lo cual no impide la realización de actuaciones de prevención selectiva dirigida a grupos de riesgo. Para ello se establecen vías de colaboración con los servicios sociales, menores, etc., a través de los servicios correspondientes, con el fin de integrar a los menores en riesgo en grupos normalizados.

La evaluación de proceso de este programa se realiza a través de procedimientos informatizados de transmisión de la información. Para ello, los coordinadores comarcales cuentan con una aplicación informática desarrollada específicamente para este fin. A través de ella se elaboran y transmiten las programaciones, memorias, se realiza la gestión de inscripciones, monitores... permitiendo una evaluación automatizada del proceso de aplicación del programa.

La actividad realizada en 2007 en el marco de este programa ha implicado la participación de 237 municipios y se concreta en la realización de 90.992 horas de actividad correspondientes a 2.395 actividades en las que se han contabilizado 57.634 inscripciones.

a) Programa “CONSTRUYENDO SALUD”.

El programa ha sido diseñado, planificado y evaluado desde la Universidad de Santiago de Compostela por Luengo, Gómez-Fraguela, Garra, Romero y Otero-López, y ha sido puesto en marcha con la colaboración del Ministerio de Educación y Cultura, Sanidad e Interior (Plan Nacional sobre Drogas). Está basado, principalmente, en el modelo de la conducta problema de Jessor y Jessor (1977, 1980), aunque integra diversos factores de otros modelos explicativos de la conducta desviada y es el resultado de la ampliación y adaptación a nuestro país del programa de “*Entrenamiento en Habilidades para la Vida*” (*Life Skill Training*) desarrollado por J. G. Botvin.

El objetivo general es proporcionar al adolescente (población diana entre 11-12 años) las habilidades necesarias para enfrentarse adecuadamente a las influencias sociales que incitan al consumo de sustancias y, en especial, a las presiones del grupo de amigos. Para ello, se entrena a los alumnos en técnicas de resistencia a la persuasión, lo que se complementa con un amplio programa destinado a incrementar la competencia individual a través de la adquisición de habilidades inter e intrapersonales que conduzcan a un mejor manejo de situaciones sociales y a un incremento de la autoestima y de la confianza propia. Además se promueve el conocimiento acerca de las consecuencias del consumo de drogas. Se dirige a las drogas en general, aunque pone especial énfasis en las drogas legales: alcohol y tabaco.

Los principios generales de aplicación del programa, que requiere de una estrategia activa y participativa, son los siguientes:

- Estimular la discusión activa entre los alumnos.
- Dirigir los debates para asegurar que los puntos principales son tratados y que toda información errónea es corregida.
- Animar y reforzar positivamente a los estudiantes para participar en todas las actividades.
- Siempre que sea posible, intentar tratar las cuestiones o problemas sugeridos por los alumnos.
- Potenciar la participación de los alumnos.

Además, los estudiantes dirigidos por el profesor participan en un “proyecto de mejora personal” para trabajar en la mejora de alguna habilidad o conducta personal específica. Por su parte el profesor cumple un doble papel: por un lado, facilitar la discusión de los temas relevantes que se traten en las distintas unidades y, por otro, promover la adquisición de habilidades personales y sociales específicas.

El programa es impartido por el tutor, que recibe una formación de 15 horas (5 sesiones de 3 horas) por parte de los coordinadores del programa que, por otra parte, también le asesoran durante las sesiones. Normalmente, el programa se presenta en 17 sesiones de 50 minutos, una o dos veces en semana, aunque pueden incluirse sesiones adicionales o aumentarse la frecuencia de las mismas. A través de las sesiones se trabajan los 7 componentes de los que consta: a) el informativo; b) el centrado en la autoestima (incluye el proyecto personal de autosuperación); c) la toma de decisiones; d) control emocional, con énfasis en la ansiedad y la ira; e) el entrenamiento en habilidades sociales; f) la tolerancia y cooperación, destinado a promover actitudes prosociales; g) las actividades de ocio. Las actividades que desarrolla son: lecturas del material, trabajo en grupo, instrucción, modelado, ensayo conductual, retroalimentación, reforzamiento, relajación, experimentos y ejercicios para casa. Para todo ello, se dispone de una guía del alumno y una guía del profesor.

Los datos muestran que el programa puede modificar las habilidades de competencia psicosocial, el consumo de drogas y la conducta antisocial, y otras conductas mediadoras como la intención de consumo y las actitudes sobre las drogas. El estudio de evaluación llevado a cabo por los autores 3 meses después de la aplicación del programa con una muestra de 4.895 adolescentes escolarizados (2.567 grupo experimental y 2.328 grupo control) encontró los siguientes efectos en los adolescentes implicados en el programa (Luengo y cols., 2000):

- Efectos positivos, tanto para el retraso en el consumo de tabaco como sobre el consumo de los adolescentes que ya se habían iniciado en su uso.
- Reducción del número de adolescentes que se iniciaron en el consumo de alcohol y de la frecuencia de su uso de los ya iniciados.
- Reducción de la intención de consumir sustancias psicoactivas.
- Efectos moderados sobre las conductas antisociales estudiadas (actos agresivos, conductas relacionadas con pequeños robos y conductas contra las normas).

- Eficacia de varios de los componentes del programa, tales como la información, la toma de decisiones y las habilidades sociales.
- El componente de control emocional y autoestima no mostró los resultados esperados.

b) “Programa ALCAZUL”

El programa ALCAZUL supone la continuación de la labor iniciada a través del programa “Comunidad, Escuela de Salud” en relación al empleo saludable del tiempo libre, si bien incorpora también otros elementos, como la información sobre drogas, el desarrollo de actitudes prosociales, la canalización adecuada de la búsqueda de sensaciones, etc. (Rodríguez, 2007). Es un programa diseñado en base a una metodología comunitaria y desarrollado desde 1996 por la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha, en colaboración con casi 170 Ayuntamientos de la región, para la prevención del consumo de drogas en población adolescente y juvenil de 14 a 18 años (Alonso, 2006), a través de la modificación de la de cinco factores de riesgo: insatisfacción en el empleo del tiempo libre, búsqueda de sensaciones, actitudes antisociales, influencia de los iguales y falta de información sobre drogas.

Mediante el programa ALCAZUL se pretende modificar los patrones de consumo de drogas en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Castilla la Mancha de la siguiente forma: a) Reduciendo el consumo global de todo tipo de drogas, especialmente de tabaco alcohol y cannabis en población adolescente y joven; b) Aumentando la edad de inicio del consumo de drogas legales e ilegales; y c) Orientándose hacia la modificación de factores de riesgo no cubiertas por otras intervenciones (tiempo libre, búsqueda de sensaciones, actitudes prosociales e influencia de iguales) y al reforzamiento de otros factores ya cubiertos (información sobre drogas).

Las estrategias que se ha desarrollado para conseguir modificar los patrones de consumo den la población adolescente de Castilla la Mancha son (Alonso, 2006):

- ❖ Revista “Alcazul”. Inicialmente la revista “Alcazul” fue diseñada como uno de los mecanismos a través de los que se transmitía la información sobre drogas y como un canal de comunicación entre todos los participantes en el programa. Debido al desinterés de los adolescentes por una publicación escrita, se ha diseñando un portal de Internet en el que se incluyan los mismos contenidos junto a otras

posibilidades de participación tales como foros, vínculos con otras páginas locales, etc.

- ❖ Otros medios de comunicación. Uso de emisoras locales de radio y televisión para la información del programa y de temas relacionados con el consumo de sustancias.
- ❖ Talleres de participación que ofrecen: a) Información sobre drogas o sobre prevención de su consumo; b) Talleres destinados a analizar algún aspecto relacionado con las drogodependencias que puede incluir o no la participación en acciones de prevención destinadas a su comunidad, c) Programas de abandono del consumo de tabaco con apoyo de especialistas; d) Programas de asesoramiento general; e) Habilidades sociales; f) Técnicas de estudio.
- ❖ Promoción del voluntariado y de toma de conciencia en relación a los problemas generados por el consumo de drogas. En este sentido, se ha previsto la participación de jóvenes como monitores en el programa “Comunidad, Escuela de Salud”, desarrollado también por el Plan Regional de Drogas de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha y destinado a la promoción de actividades saludables de tiempo libre para los jóvenes, como por ejemplo, actividades de recuperación o conservación de espacios naturales, actividades de colaboración con Protección Civil, Cruz Roja, etc., o la colaboración en programas de interés social (Mayores, Discapacitados, Infancia, etc.).
- ❖ Centros de reunión y actividades de tiempo libre. El tiempo libre es un área de trabajo especialmente adecuado para la prevención del consumo de drogas y para la prevención de la delincuencia o la conducta violenta, ya que permite el desarrollo de actividades satisfactorias y la adecuada canalización de la búsqueda de sensaciones o el afán de competencia. Para ello, se plantean lugares de ocio y de encuentro como: fonotecas, ludotecas, bibliotecas, exposiciones, etc., así como actividades organizadas en cuatro áreas fundamentales: a) deporte: natación, ciclismo o atletismo; b) aventura: actividades como, la escalada, el senderismo, piragüismo, descenso de ríos, vuelo sin motor, acampada, marchas, etc., destinadas a aquellos sujetos que tienden a la búsqueda de nuevas experiencias y sensaciones; c) naturaleza: aulas de naturaleza, coleccionismo (mineral, plantas, etc.), fotografía, estudios del medio natural, cuidado del entorno, senderismo, acampada, etc.; y d) cultura: animación a la lectura, talleres de escritura, de

prensa, de artesanía, manualidades, introducción a oficios, informática, artes plásticas, fotografía, cine, videoforum, música, baile, etc.

Rodríguez, (2007), en la evaluación que realiza del programa ALCAZUL, presenta una serie de debilidades y de fortalezas. Las debilidades del programa son:

- a) Se considera que las actividades específicas de prevención de drogas, no dan buen resultado, puesto que, por un lado, no atraen a los jóvenes e incluso producen sentimiento de rechazo por parte de estos, principalmente de aquellos adolescentes que presentan un mayor riesgo de consumo. Por otro lado, las actividades más eficaces en la prevención de drogas, son esporádicas, cuando deberían de ser prolongadas en el tiempo. Parecería que parte de los objetivos del programa no se podrán cumplir. Esto hace que el programa previsto como específico se convierta en inespecífico, planteando entre los técnicos y políticos las dudas antes expresadas sobre la efectividad del programa.
- b) Mal funcionamiento de uno de los pilares del programa: la revista Alcazul. Sin embargo, este aspecto se ha mejorado con la creación del portal en internet de Alcazul
- c) Uno de los puntos más débiles es la falta de implicación e integración de dos entornos fundamentales en la educación de los adolescentes: la familia y la escuela. Es inútil transmitir hábitos saludables desde el programa si desde casa, los padres y resto de educadores no se implican.

Como fortalezas del programa, Rodríguez (2007) plantea:

- a) Programa bien asentado en Ayuntamientos, con buen funcionamiento en municipios pequeños y buena relación general entre políticos y técnicos, y entre los usuarios y monitores.
- b) Ofrece a jóvenes ocio alternativo saludable, caracterizado por el no consumo de drogas. Programa flexible con capacidad de adaptación a la realidad cambiante de los jóvenes.
- c) Los usuarios asocian el programa con un espacio. Si a ese espacio se le dota del carisma necesario puede ser un referente muy útil para el programa.

**PARTE SEGUNDA:
INVESTIGACIÓN EMPÍRICA**

1. OBJETIVOS

Con esta investigación se pretende conocer la situación del consumo de drogas en la población adolescente en Guadalajara, analizando los factores psicosociales que pueden influir en dicho consumo, y que pueden actuar como factores de riesgo y/o protección. Para ello, el estudio se centrará principalmente en el análisis de factores de carácter individual o personal; interpersonal o relacional y social, que pueden influir en el consumo de sustancias

A continuación se presentan los objetivos generales y específicos que orientan esta investigación.

- 1.1. **OBJETIVO GENERAL SOBRE EL COSUMO DE SUSTANCIAS:** Conocer la prevalencia de consumo de las distintas sustancias por los adolescentes de 14 a 18 años de la población de Guadalajara.

El objetivo general anteriormente expuesto, se desglosa en los siguientes objetivos específicos:

- 1.1.1. Conocer la prevalencia de consumo de las distintas sustancias, “Alguna vez en la vida”, en los “últimos 6 meses”, en los “últimos 30 días” y en la “última semana”; en la población adolescente escolarizada en los centros de Secundaria de Guadalajara.
- 1.1.2. Analizar el consumo de las distintas sustancias en función de las variables: género, edad y situación educativa.
- 1.1.3. Conocer la edad de inicio de consumo de las diferentes sustancias.
- 1.1.4. Analizar la continuidad de consumo de sustancias.
- 1.1.5. Conocer las razones y motivaciones de consumo de las distintas sustancias.
- 1.1.6. Establecer grupo de consumidores en función de las sustancias consumidas en los últimos 30 días.

- 1.1.7. Analizar el valor predictivo de variables personales, interpersonales y sociales para el consumo de las sustancias y los grupos de policonsumidores más prevalentes.
- 1.2. **OBJETIVO GENERAL SOBRE LOS FACTORES PERSONALES.** Analizar los factores personales que pueden favorecer y/o proteger del consumo de sustancias en los adolescentes del presente estudio.
 - 1.2.1. Analizar el grado de satisfacción personal de los adolescentes con los diferentes contextos y relaciones de su entorno familiar, escolar y de grupo de amigos, en función de las variables como género, edad y situación educativa.
 - 1.2.2. Describir las Estrategias de Afrontamiento de los adolescentes analizándolas en función del género, la edad y la situación educativa de los adolescentes.
 - 1.2.3. Analizar y describir el riesgo relativo de los diferentes factores personales anteriormente expuestos, en el consumo de sustancias.
- 1.3. **OBJETIVO GENERAL SOBRE LOS FACTORES INTERPERSONALES.** Analizar los factores interpersonales relacionados con el grupo de iguales y el ocio y tiempo libre que pueden favorecer o proteger del consumo de drogas en los adolescentes encuestados.
 - 1.3.1. Conocer el ocio de los adolescentes, mediante el análisis de la frecuencia de salidas nocturnas, a qué lugares acuden los fines de semana y la hora de regreso a casa. Se analizarán en función del género, edad y situación educativa de los adolescentes.
 - 1.3.2. Analizar el consumo actual de las diferentes sustancias en el grupo de amigos.

INVESTIGACIÓN EMPÍRICA: Objetivos

- 1.3.3. Analizar y describir el riesgo relativo de los diferentes factores interpersonales anteriormente expuestos, en relación a las sustancias con mayor prevalencia de consumo.

- 1.4. **OBJETIVO GENERAL SOBRE LOS FACTORES SOCIALES.** Analizar los factores sociales que pueden favorecer o proteger del consumo de drogas en los adolescentes encuestados.
 - 1.4.1. Conocer el riesgo percibido en relación al consumo esporádico, durante los fines de semana y habitual de las distintas sustancias, analizando las diferencias significativas, en relación al género, edad y situación educativa.
 - 1.4.2. Conocer los problemas percibidos derivados del consumo de sustancias.
 - 1.4.3. Conocer la información percibida, que los adolescentes que tienen en relación con las distintas sustancias.
 - 1.4.4. Conocer la disponibilidad percibida de cada una de las sustancias, analizando las diferencias significativas en relación al género, edad y situación educativa.
 - 1.4.5. Analizar y describir el riesgo relativo de los diferentes factores sociales anteriormente expuestos, en relación al consumo de sustancias.

2. HIPOTESIS

En función de los objetivos planteados, se formulan las siguientes hipótesis:

2.1. CONSUMO DE SUSTANCIAS

Como hipótesis general, cabe esperar diferencias en el consumo de sustancias en función del género la edad y la situación educativa, así como en los factores psicosociales que pueden actuar como factores de riesgo y/o protección.

- 2.1.1. Hipótesis 1: Los adolescentes presentarán un mayor consumo habitual (en los últimos 30 días), de tabaco, alcohol, cannabis, cocaína, LSD y drogas de diseño que las adolescentes; y las chicas presentarán un consumo mayor de psicofármacos que los chicos.
- 2.1.2. Hipótesis 2: Los adolescentes de menor edad, presentarán un consumo más bajo en todas las sustancias que los de mayor de edad. El consumo de sustancias aumentará con la edad.
- 2.1.3. Hipótesis 3. Los adolescentes que cursan ciclos formativos presentarán un consumo de sustancias mayor que los adolescentes que cursan 3º y 4º de la ESO y 1º y 2º de Bachillerato.
- 2.1.4. Hipótesis 4. Los chicos presentarán una edad de inicio de consumo de sustancias más temprana que las chicas.
- 2.1.5. Hipótesis 5. Existirá una continuidad de consumo significativa en el consumo de todas las sustancias.
- 2.1.6. Hipótesis 6. El policonsumo es una forma habitual de consumo, de tal manera que existirán dos grandes grupos de consumidores: policonsumidores de tabaco, alcohol y cannabis; y policonsumidores de cocaína, anfetaminas, LSD y drogas de diseño.
- 2.1.7. Hipótesis 7. Las razones de consumo de sustancias por los adolescentes están motivadas por la diversión y los amigos.

2.2. FACTORES PERSONALES

Como hipótesis general, cabe esperar diferencias significativas en las estrategias de afrontamiento en función de las variables género, edad y situación educativa. Como hipótesis específicas:

- 2.2.1. Se esperan diferencias en el grado de satisfacción de los adolescentes en relación los distintos entornos, de tal manera que se espera un grado de satisfacción más elevado en las variables amigos, ocio y tiempo libre y la pareja, mientras que se esperan puntuaciones más bajas de satisfacción en relación a las variables del entorno escolar: instituto, profesores, clase y con lo que aprenden
- 2.2.2. Hipótesis 8 Se esperan diferencias significativas en la utilización de estrategias de afrontamiento en función del género, de tal forma que las chicas utilizarán con mayor frecuencia estrategias relacionadas con las emociones y los chicos relacionadas con aspectos cognitivos.
- 2.2.3. Hipótesis 9. Se esperan diferencias significativas en la utilización de estrategias de afrontamiento en función de la edad, de tal forma que los adolescentes de mayor edad utilizarán en mayor medida estrategias que tienen que ver con la planificación y afrontamiento activo.
- 2.2.4. Hipótesis 10. Se esperan diferencias significativas en la utilización de estrategias de afrontamiento en función de la situación educativa, en la siguiente dirección: los adolescentes de los ciclos formativos utilizarán más las estrategias distractoras y de evasión, mientras que los adolescentes que cursan Secundaria utilizarán más un afrontamiento activo y de planificación.
- 2.2.5. Hipótesis 11. Los adolescentes que consumen sustancias presentarán un grado de satisfacción más bajo que los que no consumen.

2.3. FACTORES INTERPERSONALES

Como hipótesis general, cabe esperar diferencias significativas en los distintos entornos y contextos en función del consumo de sustancias. Como hipótesis específicas:

- 2.3.1. Hipótesis 13 Se esperan diferencias en relación a los lugares de salida, hora de regreso a casa y dinero disponible, en función del género y la edad de los adolescentes, de tal manera que los chicos salen con mayor frecuencia y llegan más tarde que las chicas.
- 2.3.2. Hipótesis 14. Los adolescentes que salen a bares y discotecas presentan un grado mayor de consumo de sustancias, que los que van a casa de amigos, pasear y cine.
- 2.3.3. Hipótesis 15. Los adolescentes que presentan una frecuencia mayor de salidas durante los fines de semana, consumen más sustancias que los que salen menos, actuando como factor de riesgo.
- 2.3.4. Hipótesis 16. Los adolescentes que regresan antes a casa, después salir por las noches, consumen menos que los que regresan más tarde, actuando factor protector para el consumo.
- 2.3.5. Hipótesis 17. Los adolescentes que tienen amigos que consumen, presentan una frecuencia mayor de consumo, por lo que va a ser un factor de riesgo, en relación a los adolescentes en los que el grupo de amigos no se consumen.

2.4. FACTORES SOCIALES

Como hipótesis general, cabe esperar diferencias significativas en relación a la disponibilidad de las sustancias, información sobre las mismas, percepción de riesgo y problemas en función de consumo de sustancias y las variables género, edad y situación educativa. Como hipótesis específicas:

INVESTIGACIÓN EMPÍRICA: Hipótesis

- 2.4.1. Hipótesis 18 Los adolescentes que tienen una percepción baja de riesgo, presentan una prevalencia mayor de consumo.
- 2.4.2. Hipótesis 19. Los adolescentes que perciben las sustancias más fácilmente disponibles, presentan un consumo de sustancias mayor que aquellos que perciben que conseguir sustancias es más difícil.
- 2.4.3. Hipótesis 20. Los adolescentes que tienen más información sobre los efectos y consecuencias de las sustancias presentan un consumo menor que aquellos que tienen un grado de información más bajo.

3. METODO

3.1. DISEÑO MUESTRAL

La población de referencia a la que se dirige el estudio, está formada por los jóvenes de entre 14 y 18 años matriculados en el enseñanzas secundarias durante el curso 2007-2008 en Guadalajara.

La base o marco muestral utilizado para seleccionar la muestra, fue la población matriculada en Guadalajara, en centros educativos con 3º y 4º de Enseñanza Secundaria Obligatoria (ESO), 1º y 2º de Bachillerato LOSEG; Ciclos Formativos de grado medio o equivalentes (Formación Profesional II) y Enseñanzas de Régimen General incluidos en Programas de Garantía Social. Este marco condiciona la distribución de la muestra por edad. De hecho quedan fuera de marco, varios grupos como, por ejemplo, los estudiantes de 14-18 años que estaban cursando educación primaria o educación universitaria, los estudiantes de 14-18 años que no asistieron a clase el día y hora en que se aplicó el cuestionarios (ausentes), los estudiantes de Enseñanzas a distancia, de Enseñanzas de Régimen Nocturno y de Enseñanzas de Régimen Especial.

Para poder realizar el estudio en una muestra representativa de la población de adolescentes de 14 a 18 años, escolarizados en los centros de secundaria de Guadalajara, se seleccionaron a los participantes mediante muestreo aleatorio por conglomerados polietápico en dos etapas. Debido a la posibilidad de tener un listado detallado, tanto de los centros de enseñanza por municipios, como de las aulas dentro de cada centro, en una primera etapa, se utilizó como unidad de análisis el centro educativo y en una segunda etapa, el aula.

En la primera etapa del muestreo aleatorio, dirigida a la selección de los centros donde se iban a realizar las encuestas, se descartaron, aquellos centros que estuvieran en municipios con una población menor a 2000 habitantes, distinguiendo a su vez, si el centro corresponde a zona urbana o rural. En la segunda etapa, se seleccionaron el número total de aulas de manera proporcional al tamaño del centro, especificando cuántas aulas elegidas dentro de cada uno de los centros corresponden a 3º o 4º de la ESO; 1º o 2º de Bachillerato; cursos de garantía social; y cursos de Ciclos Formativos.

El resultado final del muestreo fue: 12 Centros de Enseñanza Secundaria de los 29 Centros de una lista obtenida de la Junta de Comunidades de Castilla La Mancha (JCCM, 2007); un total de 56 aulas, con la siguiente distribución en función del curso académico: 16 aulas para 3º de la ESO, 15 para 4º ESO, 10 para 1º de Bachillerato; 7 para 2º de Bachillerato y 7 para Ciclos de Formación Profesional y Garantía Social.

3.1.1. DETERMINACIÓN DEL TAMAÑO DE MUESTRA

Como cuestión previa, es importante resaltar que en la selección de los conglomerados hemos considerado oportuno tomar dos decisiones: 1) Para diferenciar los centros rurales de los urbanos, se tuvo en cuenta el criterio que establece que el municipio con una población mayor a 50.000 habitantes es considerada como zona urbana, mientras que la que es menor, se considera rural. Aquellos centros educativos situados en los municipios con una población menor a 2000 habitantes fueron descartados. 2) Proporcionalidad respecto al curso académico: 3º y 4º de la ESO, 1º y 2º de Bachillerato y Ciclos formativos y de Garantía social.

Para poder establecer el tamaño muestral y que éste fuera proporcional al tamaño de la población, primero se obtuvo del Instituto Nacional de Estadística (INE, 2007), el número de matriculados en el curso 2007-2008 en 3º y 4º de la ESO, 1º y 2º de bachillerato, así como en ciclos formativos y cursos de garantía social. Posteriormente se aplicó la fórmula para cálculo muestral, con un nivel de confianza de 1,96, una p y q del ,5 y un error de ,0025, para una población de 8172, dando como resultado una muestra de 1345 adolescentes a los que tendríamos que realizar las encuestas.

En la tabla 1 se presenta la distribución de la población total de los estudiantes, así como la distribución proporcional, en los diferentes cursos académicos.

Tabla 1. Población de estudio y análisis muestral

	Población Guadalajara	Reparto teórico de la muestra Población	Reparto real de muestra
3º ESO	2271	373,89	408
4º ESO	1958	322,36	380
1ºBachillerato	1364	224,5	249
2ºBachillerato	1269	208,92	179
FP/GS	1310	215,67	173
Totales	8172	1345,42416	1389

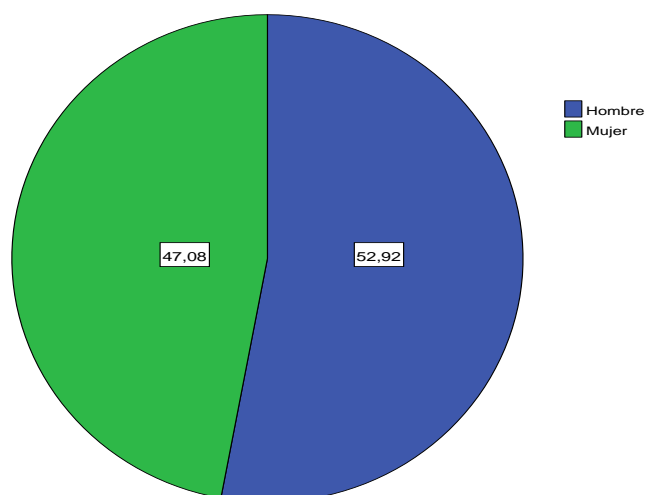
Como se puede observar en la tabla 1, la población total aportada por el INE (2007) fue de 8172 jóvenes matriculados en los diferentes cursos: 2271 jóvenes matriculados en 3º de la ESO; 1958 en 4º de la ESO; 1364 estudiantes en 1º de Bachillerato; 1069 en 2º de Bachillerato y 1310 en Ciclos formativos de Formación Profesional y en cursos de Garantía Social. El reparto muestral para 3º ESO es de 374; para 4º de la ESO 322, para 1º Bachillerato es de 225, para 2º de Bachillerato 209 y Ciclos formativos y Garantía social es de 215.

3.2. PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO

Tal y como se ha expuesto en el apartado anterior, el número de encuestas que se tenía previsto realizar para un error del 1,96% era de 1346. Sin embargo, se han utilizado para el análisis 1436, de las cuales se han utilizado para el estudio 1389. La diferencia entre el número de encuestas previstas y las efectivamente realizadas (47) se ha debido a las encuestas que fueron eliminadas del estudio por dos motivos fundamentales: no estar cumplimentadas en su totalidad o por que los sujetos eran mayores de 18 años.

Por lo tanto, los participantes en este estudio, fueron un total de 1389, escolarizados en 3º y 4º ESO, 1º y 2º de Bachillerato, ciclos formativos de formación profesional y garantía social, en centros de enseñanzas medias públicos y concertados en el curso 2007-2008. La edad de los sujetos incluidos en el estudio son aquellos jóvenes entre 14 y 18 años.

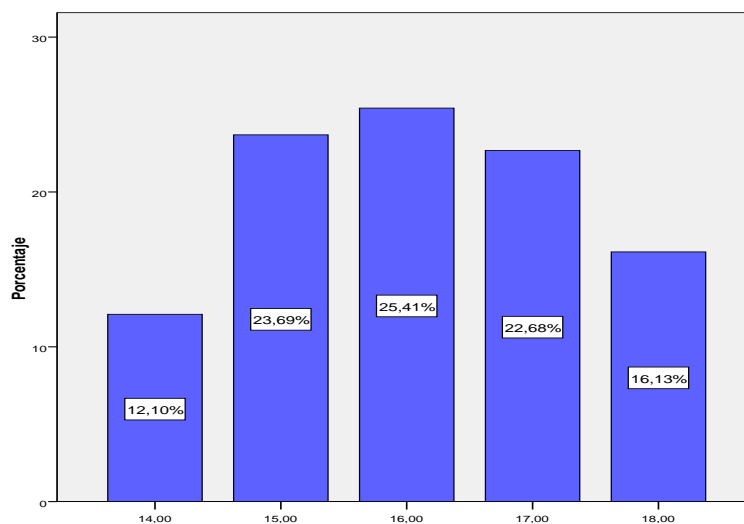
Figura 1. Distribución de los adolescentes por género



Como se puede observar en la figura 1, la muestra se ha repartido homogéneamente por género, ya que el 52,92% de la población encuestada fueron chicos y el 47,1% restante, chicas.

A continuación, en la figura 2 se representa la distribución de los adolescentes por edades.

Figura 2. Distribución de los adolescentes por edades.



La distribución de la población a estudio por edades puede observarse en la Figura 2, la cual nos muestra que: el 12,1% son estudiantes de 14 años, el 23,7% de 15 años, el 25,4% de 16 años, el 22,7% de 17 años y, finalmente el 16,1% restante de 18 años.

En la Tabla 2 se presentan la edad media y la desviación típica de los adolescentes encuestados y la edad media según el género de los mismos.

Tabla 2. Edad media según género

Sexo	Media	N	DT
Hombre	16,1864	735	1,26117
Mujer	15,9404	654	1,24777
Total	16,0706	1389	1,26043

La edad media de los participantes es de 16,07 años, con una desviación típica de 1,26 y un rango comprendido entre los 14 y los 18 años. Para las chicas, la media fue de 15,94, con una desviación típica de 1,15 y rango entre 14 y 18 años. Para los

chicos, la media fue de 16,18 años, con una desviación típica del 1,23 y un rango comprendido entre 14 y 18 años.

En la siguiente tabla se presentan la edad media y desviación típica, en relación al curso académico de los adolescentes del estudio

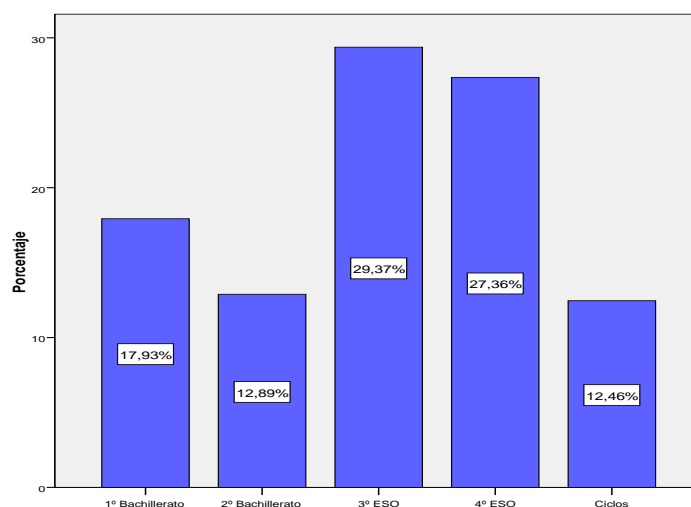
Tabla 3. Edad media de los adolescentes por curso académico.

Curso	Media	N	D.T.
1º Bachillerato	16,6305	249	,67205
2º Bachillerato	17,5922	179	,49281
3º ESO	14,7819	408	,79245
4º ESO	15,8395	380	,77427
Ciclos	17,2370	173	,90632
Total	16,0706	1389	1,26043

Como se puede observar en la tabla 3, la edad media de los adolescentes que cursan 3º de la ESO es de 14,78, con una desviación típica de 0,79; los que cursan 4º de la ESO, tienen una media de edad de 15,8 con una desviación típica de 0,77; los que cursan 1º de Bachillerato tienen una media de edad de 16,6 con una desviación típica de 0,67; los que cursan 2º de Bachillerato tienen una media de edad de 17,59 con una desviación típica de 0,49 y los que cursan los ciclos de formación profesional y cursos de garantía social, es de 17,23 años con una desviación típica de 0,90.

En la figura 3 se representa la distribución de la muestra en función del curso realizado.

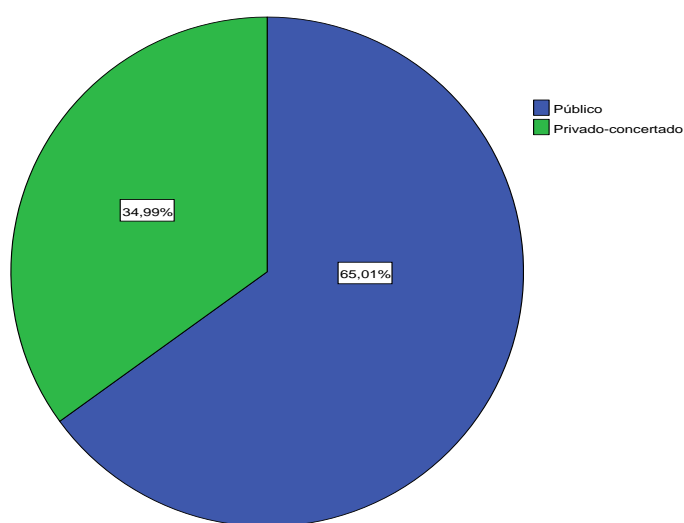
Figura 3. Distribución de los adolescentes por curso



En cuanto a los estudios cursados por los estudiantes encuestados, tenemos que un 29,4% de los jóvenes cursan 3º de la ESO, un 27,4% 4º de la ESO, el 17,9% 1º de Bachillerato, un 12,9% 2º de Bachillerato y un 12,5% cursa ciclos de Formación Profesional.

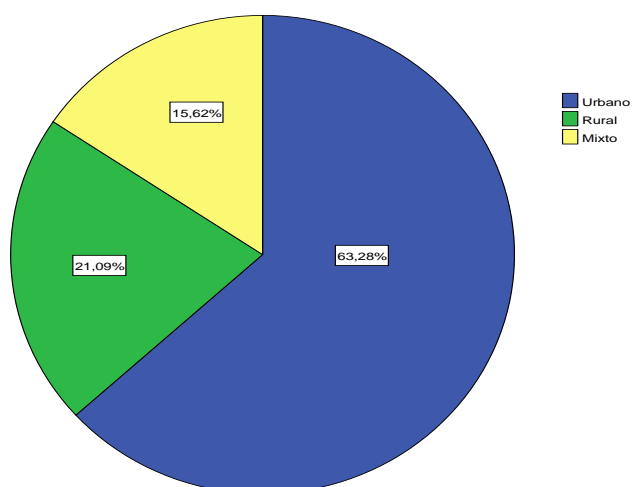
En cuanto al tipo de centro donde los jóvenes cursan sus estudios, en la figura 4 podemos observar, que un 65,01% estudian en centros públicos y un 34,99% lo hacen en centros privados-concertados.

Figura 4. Distribución de adolescentes según tipo de centro



A continuación se presentan la distribución de los adolescentes del estudio en función de la zona geográfica.

Figura 5. Distribución de los adolescentes por zonas geográficas



En la figura 5 se muestra la distribución de los adolescentes por zonas geográficas, correspondiendo un 63,28% a estudiantes que cursan sus estudios en zona urbana, un 21,09% a estudiantes que viven y estudian en zona rural y un 15,62% a un grupo de estudiantes que estudian en centros urbanos, pero con residencia en zona rural.

3.3. INSTRUMENTOS

La medición de las variables objeto de estudio se realiza a través de 2 cuestionarios o escalas:

3.3.1. COPE (Carver et al, 1989). Para el presente trabajo partimos del modelo teórico de afrontamiento de Lazarus y Folkman (1986) cuya definición de las estrategias de afrontamiento sería: “aquellos procesos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo”.

El instrumento empleado para medir dichas estrategias de afrontamiento sería el COPE de Carver, Scheier y Weintraub (1989). La versión española ha sido desarrollada y validada por Crespo y Cruzado, 1997. El COPE es una escala multidimensional de evaluación de modos generales de afrontamiento. Cada pregunta consta de 4 ítems, y el cuestionario consta de un total de 60 preguntas. Se responde en una escala tipo Likert de cuatro puntos (1-4), indicándose con ella la frecuencia con que se utiliza cada una de las conductas. Tiene la posibilidad de ser aplicado en versiones tanto disposicional (qué hace habitualmente para afrontar situaciones estresantes) como situacional (ante un problema específico o un período de tiempo determinado). La diferencia se establece mediante una variación en las instrucciones en las que se modifica el marco de referencia.

El COPE tiene una estructura factorial con seis modos básicos de afrontamiento: del problema (conductual y cognitivo), escape-evitación (conductual y cognitiva), de las emociones y utilización de alcohol y drogas.

Las propiedades psicométricas del COPE se muestran a continuación:

1) Versión americana (Carver, Scheier y Weintraub; 1989)

a. **Coefficiente de fiabilidad alfa de Crombach** para las diferentes escalas oscila entre 0,45 y 0,92 (sólo una de las escalas, la de Desconexión Mental, tiene un coeficiente menor de 0,60).

b. **Consistencia interna** de las distintas escalas es mayor cuando se utiliza la versión situacional del cuestionario, referida al acontecimiento más estresante experimentado por el sujeto en los últimos dos meses.

c. **Fiabilidad test-retest** de la versión disposicional oscila entre 0,42 y 0,89, para un intervalo de 6 semanas (sólo Desconexión Conductual está por debajo de 0,60). El coeficiente de fiabilidad es mayor para la versión situacional.

d. **Validez de constructo**: los estudios de la estructura factorial han mostrado la correspondencia con el modelo teórico inicial para ambas versiones del cuestionario.

e. **Análisis de las correlaciones** entre las distintas escalas (en las dos versiones): muestra poca correlación entre ellas. Sin embargo, las correlaciones existentes parecen agrupar las estrategias en dos dimensiones, una que incluiría las estrategias teóricamente desadaptativas (Desconexión mental y conductual, Negación, Centrarse en las emociones y desahogarse y Uso de alcohol y otras drogas) y otras adaptativas (las demás) (Carver et al., 1993). Entre ambas versiones del COPE (situacional y disposicional), cada escala correlaciona con su correspondiente en la otra versión a un nivel moderado-bajo, aunque significativo (entre 0.22 y 0.39). Habiendo una gran asociación en todos los casos entre las escalas Religión (0.76) y Uso de Alcohol (0.50). No hay ninguna asociación entre las escalas Refrenar el afrontamiento, Supresión de actividades distractoras y Búsqueda de apoyo social instrumental.

Para establecer la validez convergente y discriminante del cuestionario se establecieron puntuaciones entre las escalas de afrontamiento y distintas medidas de personalidad. Los resultados obtenidos avalan la validez convergente y discriminante del cuestionario. Por ejemplo, hay una relación

entre las estrategias de Afrontamiento Activo y Planificación con las variables: optimismo, control de la situación, autoestima, fortaleza y personalidad tipo A. El Afrontamiento activo también presenta una relación inversa con ansiedad-rasgo, así como la Reinterpretación Positiva y Crecimiento Personal.

2) Versión española (Crespo y Cruzado, 1997):

a) Análisis factorial de primer orden: los índices de consistencia interna calculados mediante el coeficiente alfa de Crombach, se sitúan por encima de 0.6 para todas las subescalas, excepto las dos últimas de naturaleza claramente heterogénea (Actividades Distractoras y Evasión).

b) Análisis factorial de segundo orden: Las escalas formadas, presentaron índices de consistencia interna superiores a 0.75 para todas las escalas excepto para la de Escape Conductual (0.53). Se obtuvieron seis factores con valores propios mayores que 1, que explicaban el 53% de la varianza. Dichos factores son: 1) Afrontamiento Conductual Centrado en el Problema, 2) Afrontamiento Cognitivo del Problema, 3) Escape cognitivo, 4) Afrontamiento Centrado en las Emociones, 5) Escape Conductual, 6) Consumo de Alcohol o Drogas.

c) Correlaciones entre las subescalas: Son elevadas y significativas ($p < 0,001$) para todas las subescalas con la excepción de la subescala de Negación, siendo los resultados aún más positivos para las escalas: todas las correlaciones fueron superiores a 0,70, excepto la de Desconexión Conductual (0,58), aunque en todos los casos las correlaciones alcanzaron la significación estadística ($p < 0,001$).

d) Correlaciones entre las escalas: las escalas no están fuertemente intercorrelacionadas (sólo tres de las correlaciones son superiores a .40), no obstante, muchas de las correlaciones alcanzaron significación estadística ($p < 0.001$), pudiéndose establecer asociaciones conceptualmente significativas.

e) **Parece existir una asociación entre las estrategias que teóricamente son adaptativas** (Afrontamiento Activo, Planificación, Crecimiento Personal, Reinterpretación Positiva, Refrenar el Afrontamiento, Concentrarse Esfuerzos para Resolver la Situación, Aceptación y Humor); como entre las supuestamente poco adaptativas (Abandono de Esfuerzos por Resolver la Situación, Evasión y Negación) que se relacionan también con Religión. Aparte de éstas, hay dos estrategias fuertemente asociadas entre sí (Búsqueda de Apoyo Social y Centrarse en las Emociones y Desahogarse), que no se relacionan con ninguno de los grupos anteriores. Las escalas Actividades Distractoras y Utilización de Alcohol o Drogas, apenas presentan asociaciones importantes con las demás, aunque parece haber una tendencia a la asociación con escalas poco adaptativas (la primera con Evasión y la segunda con Abandono de Esfuerzos de Resolución).

f) **Fiabilidad test-retest:** Las correlaciones fueron elevadas y significativas ($p < 0.001$) para todas las subescalas con la única excepción de la subescala de Negación. Entre las escalas todas las correlaciones fueron superiores a 0.70, a excepción de la escala de Escape Conductual (0.58), aunque en todos los casos las correlaciones alcanzaron significación estadística

3.3.2. **Cuestionario sobre Consumo de Sustancias.** Se utilizó un cuestionario estandarizado y anónimo, similar a la Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES), que se realiza de manera bianual en España desde 1994. El cuestionario fue modificado teniendo en cuenta el utilizado en un estudio llevado a cabo por la Agencia Antidroga en la Comunidad de Madrid, en marzo 2007. El cuestionario final utilizado para la esta investigación, recoge los objetivos planteados anteriormente, e incluye preguntas sobre: características sociodemográficas, consumo de tabaco, consumo de alcohol (incluyendo frecuencia actual de consumo de los distintos tipos de bebidas alcohólicas en días laborables -de lunes a jueves- y en fin de semana -viernes, sábado y domingo-, cantidad consumida y frecuencia de borracheras), consumo de tranquilizantes o pastillas para dormir, centrándose principalmente en el consumo sin receta médica, consumo de otras drogas psicoactivas como hachís/marihuana, cocaína, heroína, anfetaminas, alucinógenos, drogas de síntesis e inhalantes (pegamento), uso del tiempo libre, consumo de sustancias por los amigos, percepción de riesgo sobre

distintas conductas de consumo de drogas, disponibilidad percibida, información sobre las drogas y los problemas asociados.

En el ANEXO II se presenta un resumen de las principales variables incluidas en este estudio, relacionadas con diversos factores de riesgo y protección

3.4. PROCEDIMIENTO

Los cuestionarios se aplicaron en las aulas de 3º y 4º ESO; 1º y 2º de Bachillerato; ciclos formativos de formación profesional y garantía social en el transcurso de una clase de 50 minutos, previa autorización de la dirección de los centros. Se solicitó la participación voluntaria de los estudiantes explicando de manera detallada en qué consistía el estudio, por un lado, y garantizando el anonimato y confidencialidad en el manejo de la información, por otro lado.

Para poder llevar a cabo la recolección de los datos se siguieron los siguientes pasos:

1. Selección aleatoria de los centros y las aulas.
2. Llamada telefónica solicitando una entrevista personal con el Orientador y/o Jefe de Estudios. Aquellos institutos que mostraron interés en participar en el estudio, se solicitó entrevista personal.
3. Entrevistas con el Orientador y el Jefe de Estudios, de los institutos seleccionados para la realización de la encuesta, con el objetivo de explicar de manera más detallada los objetivos del trabajo, en qué consistía la encuesta y responder a todas las preguntas que pudieran tener. En ocasiones, solicitaron una reunión con los profesores de los cursos a los que se les iban a aplicar los cuestionarios.
4. Una vez aceptada la participación en el estudio, se concretó el día en el que iban a ser cumplimentados los cuestionarios y quien iba a ser la persona que responsable de aplicar las encuestas. Algunos de los centros decidieron hacerlo ellos mismos, por considerarlo más sencillo. A estos, se les dio instrucciones sobre cómo realizar la recogida de datos. Se analizó la posibilidad de que se vieran afectadas las respuestas por ser los mismos profesores los que aplicaban el cuestionario, pero también se valoró como positivo la cercanía que tiene, el que lo haga alguien

conocido. El resto de los centros, fue el propio investigador quien aplicó los cuestionarios, en horas de tutoría en la mayoría de los casos.

5. La recogida de datos se realizó entre febrero y mayo de 2008.
6. Antes de comenzar se explicó a cada grupo los objetivos de la presente investigación, y en qué consistía el cuestionario, tiempo aproximado que se requiere para cumplimentarlo y se les aseguró el anonimato y la confidencialidad, pidiendo la máxima sinceridad en sus respuestas.
7. Se administró, de forma individual, la versión española de la Escala COPE sobre estrategias de afrontamiento, y un cuestionario sobre drogas, basado en la encuesta de drogas a la población escolar, elaborada y realizada de forma bianual por el Plan Nacional de Drogas. Ambos cuestionarios fueron cumplimentados por escrito (papel y bolígrafo) por todos los estudiantes de las aulas seleccionadas durante una clase (45-60 minutos), con la presencia del profesor, manteniéndose permanentemente en el estrado.

3.5. ANALISIS ESTADÍSTICOS

Para la realización del análisis de datos y la realización de gráficos y tablas, se ha utilizado el programa SPSS 15.0. Para dicho análisis, el primer paso consistió en la eliminación de todas las encuestas que no estuvieran debidamente cumplimentadas y aquellas en las que figurara una edad inferior o superior al rango de 14 a 18 años.

Para la consecución de los objetivos previstos en esta investigación, se llevaron a cabo análisis de frecuencias para describir las características demográficas y el patrón de consumo de drogas de la muestra. Se realizaron análisis bivariados (chi-cuadrado y ANOVAS) y multivariados (MANOVAS y regresiones logísticas binarias) para conocer la relación de las diferentes variables medidas a través del cuestionario con la variable criterio, el consumo de drogas.

4. RESULTADOS

En este apartado se incluye el análisis de los resultados de los dos cuestionarios administrados. El análisis se realizará según los objetivos planteados, por lo que iniciaremos esta sección con la descripción de las prevalencias de consumo de las distintas drogas incluidas en el cuestionario, distinguiendo entre consumo esporádico, consumo en los últimos seis meses, en el último mes y en la última semana, distinguiendo si el consumo es durante la semana (de lunes a jueves) o durante los fines de semana (de viernes a domingo). A través de la aplicación de los estadísticos Chi cuadrado y t de Student se analizarán las posibles diferencias significativas entre la prevalencia de consumo de las distintas drogas y el género, la edad y la situación educativa de los participantes (distinguiendo entre los estudiantes de ESO/Bachillerato y ciclos de formación profesional/garantía social).

Una vez concluido los resultados relacionados con el consumo de las distintas sustancias, se analizan los distintos factores individuales, relacionales y sociales que pueden afectar dicho consumo, fomentándolo, por lo que dichos factores serían de riesgo; o reduciéndolo, por lo que dichos factores actuarían protegiendo al adolescente para el consumo. Comenzaremos con las variables personales donde se incluyen variables de género, edad, situación educativa, satisfacción personal y estrategias de afrontamiento.

Posteriormente se desarrollan y analizan los aspectos relacionales, donde se profundiza en el entorno social en el que se desenvuelven los adolescentes; en qué ocupan su tiempo libre, donde salen los fines de semana y a qué hora regresan a casa, dinero disponible a la semana para sus gastos personales así como el grado de satisfacción en los distintos entornos donde se desenvuelven (familia, amigos, centro escolar).

Para estimar los factores sociales, se tienen en cuenta las opiniones, conocimientos, percepciones y actitudes ante determinados aspectos relacionados con el abuso de drogas. Se presentan los resultados relacionados con la información recibida por los adolescentes de las distintas drogas en relación con los efectos y consecuencias, el riesgo y problemas percibidos en el consumo esporádico y habitual de las distintas drogas y la disponibilidad percibida (grado de facilidad o dificultad para conseguir una determinada sustancia).

4.1. ANALISIS DE LA PREVALENCIA DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS EN LOS ADOLESCENTES DE GUADALAJARA.

A lo largo de este capítulo, y para dar respuesta al primero de los objetivos planteados en esta investigación, que es conocer la prevalencia del consumo de drogas en los adolescentes de 14 y 18 años en la Provincia de Guadalajara, en función de las variables género, edad y situación educativa, se ha realizado un análisis descriptivo sobre los consumos de los adolescentes, teniendo en cuenta si esos consumos han sido alguna vez en la vida, en los últimos seis meses (consumo reciente), en los últimos treinta días (consumo frecuente) y en la última semana, distinguiendo entre consumo durante la semana (de lunes a jueves) y/o el fin de semana (de viernes a domingo). Se analiza la edad media de inicio de consumo para cada una de las sustancias analizadas, señalando la desviación típica y su rango de edad.

Para comprobar y analizar el consumo de las distintas sustancias en función de las variables: género, edad y situación educativa., se calculó la prueba de Chi-Cuadrado de Pearson y la V. de Cramer, para cada par de variables consideradas con el fin de estimar la relación significativa existente entre el porcentaje de consumidores de cada una de las sustancias estimadas y el género, la edad y la situación educativa. Además se realizaron diversas pruebas de t de Student para muestras independientes con el fin de comprobar la existencia de diferencias de medias en relación con el género y la edad de inicio en el uso de las mismas.

4.1.1. CONSUMO DE TABACO

En este apartado se presentan los resultados del consumo de tabaco, por los estudiantes de Guadalajara, distinguiendo entre consumo alguna vez en la vida, en los últimos 6 meses, en los últimos treinta días y la última semana, diferenciándolo entre consumo durante la semana (de lunes a jueves) y fines de semana (de viernes a domingo).

4.1.1.1. CONSUMO DE TABACO ALGUNA VEZ EN LA VIDA

El consumo de tabaco está muy extendido entre los estudiantes de 14-18 años, siendo la segunda sustancia, después del alcohol, más consumida entre ellos. En la tabla 4

INVESTIGACIÓN EMPÍRICA: Resultados

se muestran los porcentajes de consumo de tabaco “alguna vez en la vida” y en los “últimos seis meses”.

Tabla 4. Consumo de tabaco “alguna vez en la vida”

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
SI	931	67,0	67,0
NO	458	33,0	100,0
Total	1389	100,0	

Como se puede observar en la tabla 4, el 67% de los estudiantes afirma haber fumado tabaco alguna vez en su vida mientras que un 33% dice no haberlo hecho nunca.

A continuación se presentan los porcentajes de la categoría haber probado alguna vez tabaco con el género de los adolescentes.

Tabla 5. Consumo de tabaco “alguna vez” y género

Género		¿Has consumido alguna vez tabaco?		Total
		SI	NO	
Hombre	Recuento	482	253	735
	% del total	34,7%	18,2%	52,9%
Mujer	Recuento	449	205	654
	% del total	32,3%	14,8%	47,1%
Total	Recuento	931	458	1389
	% del total	67,0%	33,0%	100,0%

Como podemos ver en la tabla 5, la prevalencia de consumo de tabaco “Alguna vez en la vida”, en relación con el género, es mayor en los chicos que en las chicas. Sin embargo, aun existiendo ciertas diferencias en función del género, estas no son significativas pues la prueba de χ^2 presenta una $p > 0,05$ en la categoría de haber fumado “alguna vez”.

A continuación se presentan los resultados de las relaciones existentes entre el consumo de tabaco “alguna vez en la vida” y la edad.

Tabla 6. Consumo de tabaco “alguna vez en la vida” y edad

		Edad					χ^2 V de Cramer
		14,00	15,00	16,00	17,00	18,00	
Alguna vez	Recuento	70	191	241	246	183	χ^2 100,391*** (4) V de Cramer ,269
	%	7,5%	20,5%	25,9%	26,4%	19,7%	
	% total	5,0%	13,8%	17,4%	17,7%	13,2%	

Como se puede observar en la tabla 6 existe una relación significativa entre el consumo de tabaco “Alguna vez en la vida” por los adolescentes de 14 a 18 años y la edad de los mismos, de tal forma que el consumo de tabaco aumenta con la edad de los estudiantes hasta los 17 años. La relación entre ambas variables presentan una $\chi^2= 100,391$, $p<,001$ y V de Cramer de ,269.

En la siguiente tabla, se presentan los resultados del consumo de tabaco “alguna vez en la vida” en relación a la situación educativa.

Tabla 7. Consumo de tabaco “alguna vez” y la situación educativa

Situación educativa		Alguna Vez
ESO Bachillerato	Recuento	781
	% Sit. Edc.	64,2%
	% del total	56,2%
Ciclos	Recuento	150
	% Sit. Edc.	86,7%
	% del total	10,8%
		χ^2 34,625*** V de Cramer ,158

*** $p<,001$

Como puede observarse en la tabla 7, el estadístico χ^2 muestra una relación significativa entre el consumo de tabaco “alguna vez en la vida” y la situación educativa de los adolescentes, con una $\chi^2= 34,625$, una $p<,001$ y una V de Cramer de ,158. En este sentido la muestra de Ciclos Formativos y Garantía social supera a la muestra de ESO y Bachillerato en las frecuencias de consumo relacionadas con un mayor hábito de consumo.

4.1.1.2. CONSUMO DE TABACO EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES.

En este apartado se incluyen los resultados del consumo de tabaco por los adolescentes en los últimos 6 meses.

En la tabla 8 se incluyen la prevalencia de consumo de tabaco en los últimos 6 meses por los adolescentes de 14 a 18 años.

INVESTIGACIÓN EMPÍRICA: Resultados

Tabla 8. Consumo de tabaco en los “últimos 6 meses”

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
SI	667	48,0	48,0	48,0
NO	722	52,0	52,0	100,0
Total	1389	100,0	100,0	

De los adolescentes encuestados, un 48% refiere haber fumado tabaco alguna vez en los últimos 6 meses, mientras que un 52% no ha fumado nunca.

En la siguiente tabla se incluyen los resultados sobre el consumo de tabaco en los últimos 6 meses en relación al género de los adolescentes

Tabla 9. Consumo de tabaco en los últimos 6 meses y género

		Consumo tabaco en los últimos 6 meses		Total
		SI	NO	
Hombre	Recuento	354	381	735
	% del total	25,5%	27,4%	52,9%
Mujer	Recuento	313	341	654
	% del total	22,5%	24,6%	47,1%
Total	Recuento	667	722	1389
	% del total	48,0%	52,0%	100,0%

Como se puede observar en la tabla 9, aunque los chicos presentan un porcentaje algo más elevado que las chicas (25,5% frente al 22,5%), no existen diferencias significativas entre el consumo de tabaco en los últimos seis meses y el género.

A continuación se presentan los resultados del consumo de tabaco y la edad de los adolescentes.

Tabla 10. Consumo de tabaco en los últimos 6 meses y edad

6 MESES	Edad					χ^2 V de Cramer
	14,00	15,00	16,00	17,00	18,00	
Recuento	44	138	175	179	131	χ^2 56,886*** (4) V de Cramer ,202
% Edad	6,6%	20,7%	26,2%	26,8%	19,6%	
% del total	3,2%	9,9%	12,6%	12,9%	9,4%	

Como se puede observar en la tabla 10 existe una relación significativa entre el consumo de tabaco en los “últimos 6 meses” por los adolescentes y la edad de los

mismos, con una $\chi^2= 56,886$, $p<,001$ y la V de Cramer de ,202., lo que significa que el consumo de tabaco aumenta con la edad de los adolescentes.

En la siguiente tabla se presentan los resultados del consumo de tabaco en los “últimos 6 meses” en relación a la situación educativa.

Tabla 11. Consumo de tabaco en los últimos 6 meses y situación educativa

Situación educativa		Últimos 6 meses
ESO Bachillerato	Recuento	552
	% Sit. Educ	45,4%
	%I total	39,7%
Ciclos	Recuento	115
	% Sit. Educ.	66,5%
	% total	8,3%
		χ^2 χ^2 26,961*** V de Cramer V de Cramer ,139

*** $p<,001$

Como puede observarse en la tabla11, el estadístico χ^2 muestra una relación significativa entre el consumo de tabaco en “los últimos seis meses”, con una χ^2 26,961, $p<,001$ y una V de Cramer de ,139. En este sentido la muestra de ciclos formativos supera a la muestra de secundaria en las frecuencias de consumo.

4.1.1.3. CONSUMO DE TABACO EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS

En este apartado se presentan los resultados de la prevalencia del consumo de tabaco de los adolescentes durante los 30 días previos a la encuesta, la cual se considera la variable que mide el consumo habitual.

En la siguiente tabla se presenta la frecuencia de consumo de tabaco por los adolescentes durante los últimos treinta días.

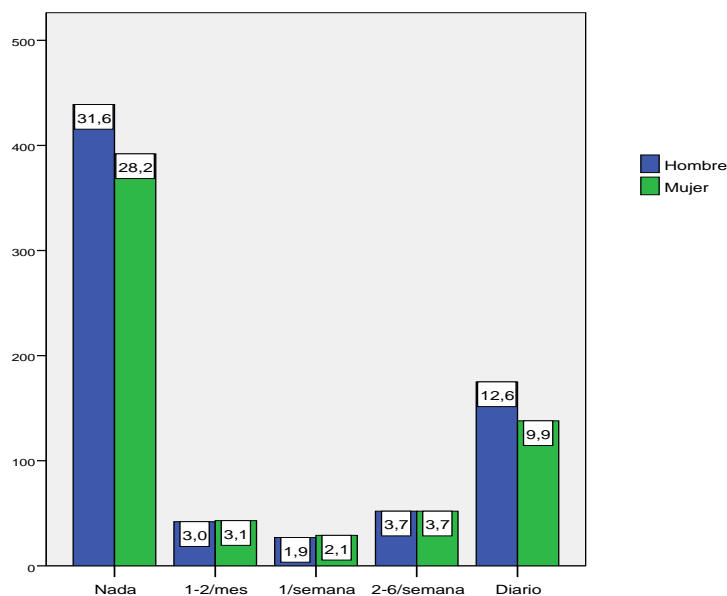
Tabla 12. Consumo de tabaco durante los últimos 30 días

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Nada	831	59,8	59,8	59,8
1-2 veces al mes	85	6,1	6,1	65,9
1 vez/semana	56	4,0	4,0	70,0
2-6 veces/semana	104	7,5	7,5	77,5
Diariamente	313	22,5	22,5	100,0
Total	1389	100,0	100,0	

Como se puede observar en la tabla 12, un 59,8% de los adolescentes afirman no haber fumado durante los últimos 30 días; un 6,1% dice haberlo hecho de 1 a 2 veces por semana; un 4,0% una vez a la semana; un 7,5% de 2 a 6 veces por semana y un 22,5% afirma haber fumado tabaco a diario.

La relación entre el consumo de tabaco en los últimos 30 días y el género de los adolescentes se muestran en la siguiente figura.

Figura 6. Consumo de tabaco en los últimos 30 días y género



No existen relaciones significativas en el consumo de tabaco en relación con el género de los adolescentes, aunque podemos destacar que en el consumo diario de tabaco, los chicos presentan un porcentaje mayor que las chicas (12,6% de chicos frente al 9,94% de las chicas).

Como se puede observar en la siguiente tabla, en la que se presenta la relación entre el consumo de tabaco en el último mes y la edad, los estadísticos muestran una relación significativa entre el consumo de tabaco durante los últimos 30 días y la edad de los adolescentes ($\chi^2=70,245$, $p<,001$ y una V de Cramer ,225), de tal forma que el consumo de tabaco aumenta con la edad, hasta los 17 años, que es grupo de adolescentes que presentan una mayor prevalencia de consumo en la categoría de consumo diario.

INVESTIGACIÓN EMPÍRICA: Resultados

Tabla 13. Consumo de tabaco en los últimos 30 días y edad

Consumo tabaco al mes		Edad					Total
		14,00	15,00	16,00	17,00	18,00	
SI	Recuento	34	100	146	162	116	558
	% Edad	6,1%	17,9%	26,2%	29,0%	20,8%	100,0%
	% del total	2,4%	7,2%	10,5%	11,7%	8,4%	40,2%
NO	Recuento	134	229	207	153	108	831
	% Edad	16,1%	27,6%	24,9%	18,4%	13,0%	100,0%
	% del total	9,6%	16,5%	14,9%	11,0%	7,8%	59,8%
Total	Recuento	168	329	353	315	224	1389
	% Edad	12,1%	23,7%	25,4%	22,7%	16,1%	100,0%
	% del total	12,1%	23,7%	25,4%	22,7%	16,1%	100,0%
		χ^2	$\chi^2 70,245^{***}(4)$				
		V de Cramer	,225				

***p<,001

A continuación se analiza el consumo de tabaco durante el último mes en relación a la situación educativa.

Tabla 14. Consumo de tabaco durante los últimos 30 días y la situación educativa

		¿Has consumido tabaco en el último mes?					Total
		Nada	1-2 veces al mes	1 vez por semana	2-6 veces semana	Diario	
ESO	N	765	80	54	89	228	1216
	%	62,9%	6,6%	4,4%	7,3%	18,8%	100,0%
Bachillerato	N	66	5	2	15	85	173
	%	38,2%	2,9%	1,2%	8,7%	49,1%	100,0%
Ciclos	N	831	85	56	104	313	1389
	%	59,8%	6,1%	4,0%	7,5%	22,5%	100,0%
		χ^2	$\chi^2 83,354^{***} \text{ gl } (4)$				
		V. de Cramer	0,248				

*** p<,001

Como puede observarse en la tabla, el estadístico $X^2=83,354$, gl (4) p<,001 y con una V de Cramer de ,248 resulta significativa la relación entre la frecuencia de consumo de tabaco y la situación educativa. En este sentido la muestra de Ciclos Formativos y Garantía Social supera a la muestra de Secundaria en las frecuencias de consumo relacionadas con un mayor hábito de consumo: diariamente y de 2 a 6 veces por semana.

4.1.1.4. CONSUMO DE TABACO DURANTE LA ÚLTIMA SEMANA

En este apartado se presentan los resultados sobre el consumo de tabaco durante la semana previa a la encuesta, distinguiendo entre consumo durante la semana (de lunes a jueves) y el fin de semana (de viernes a domingo).

En la tabla 15 se presentan los resultados de la frecuencia de consumo de tabaco durante la última semana.

Tabla 15. Consumo de tabaco entre semana (de lunes a jueves)

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Nada	973	70,1	70,1	70,1
1 vez por semana	47	3,4	3,4	73,4
2-4 veces semana	55	4,0	4,0	77,4
Diariamente	314	22,6	22,6	100,0
Total	1389	100,0	100,0	

Como se puede observar en la tabla, un 70,1% afirman no haber consumido tabaco entre semana, mientras que un 29,9% si lo han hecho, de los cuales, un 3,4% dice haber fumado una vez a la semana, un 4,0% lo ha hecho de 2 a 4 veces por semana y un 22,6% dice haber fumado a diario durante la semana.

En la siguiente tabla se presentan la frecuencia de consumo durante el fin de semana.

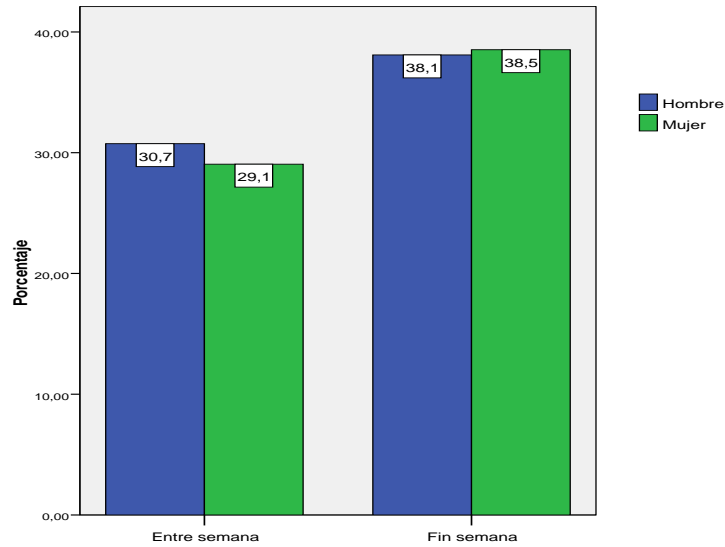
Tabla 16. Consumo de tabaco durante el fin de semana (viernes-domingo)

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Nada	857	61,7	61,7	61,7
1 día	102	7,3	7,3	69,0
2 días	86	6,2	6,2	75,2
Diario	344	24,8	24,8	100,0
Total	1389	100,0	100,0	

Un 61,7% dice no haber consumido tabaco durante el fin de semana previo a la encuesta, mientras que un 38,3% afirma haber consumido, de los cuales, un 7,3% dice haber fumado un día del fin de semana, un 6,2% ha fumado tabaco dos días y un 24,8% afirma haber consumido tabaco todos los días durante el fin de semana previo a la encuesta.

En la figura 7 se presentan los resultados de consumo de tabaco durante la última semana y el género.

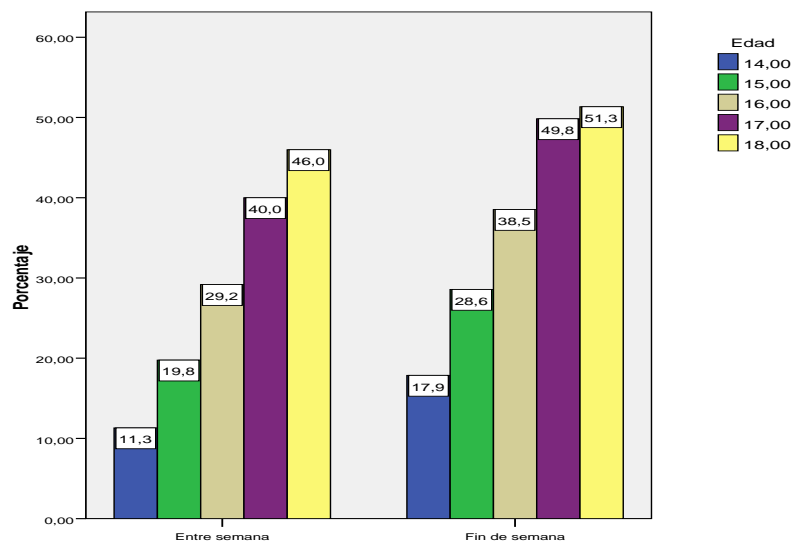
Figura 7. Consumo de tabaco durante la última semana y género



Aunque no existe relación significativa entre el consumo de tabaco durante la última semana en relación con el género de los adolescentes, es importante destacar que las mujeres presentan un porcentaje de consumo de tabaco durante los fines de semana más elevado que los hombres (38,5% las mujeres y un 38,1% los hombres).

A continuación se presentan los resultados de consumo de tabaco durante la última semana y la edad de los adolescentes.

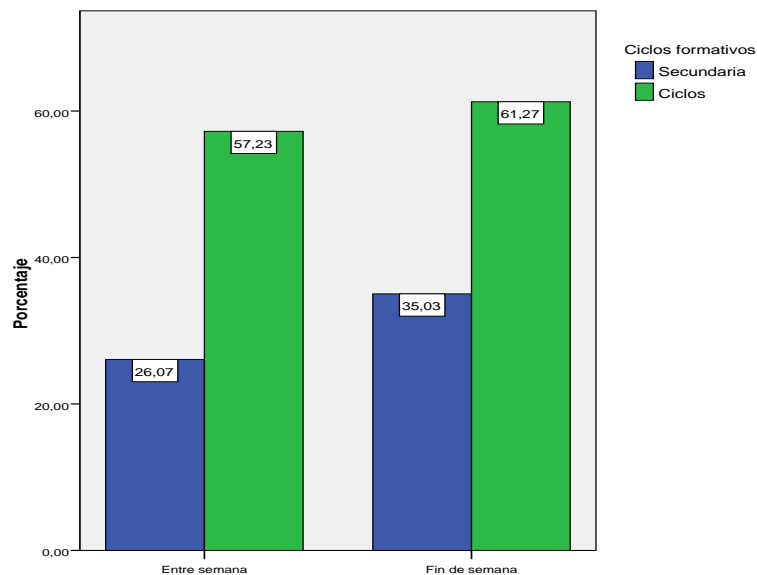
Figura 8. Consumo de tabaco durante la última semana y edad



Como se puede observar en la figura 8, existe una relación significativa entre el consumo de tabaco durante la semana previa a la encuesta, tanto en el consumo entre semana ($\chi^2 = 86,826$, $p < ,001$ y una V de Cramer $,250$) como en el consumo durante el fin de semana ($\chi^2 = 76,766$, $p < ,001$ y una V de Cramer $,235$). Los resultados muestran un aumento de consumo de tabaco con la edad de los adolescentes, de manera que a mayor edad, mayor es el porcentaje de consumo, tanto en entre semana como durante el fin de semana.

En la siguiente figura, se presentan los resultados entre el consumo de tabaco durante la última semana y la situación educativa de los adolescentes.

Figura 9. Consumo de tabaco durante la última semana y situación educativa



Como se puede observar en la figura 9, existe una relación significativa entre el consumo de tabaco durante la semana previa a la encuesta y la situación educativa de los adolescentes, tanto en el consumo de tabaco de lunes a jueves, ($\chi^2 = 70,076$, $p < ,001$ y V de Cramer de $,225$), como en el consumo de viernes a domingo, ($\chi^2 = 44,124$, $p < ,001$ y V de Cramer de $,178$). Los datos muestran que el consumo de tabaco aumenta en la muestra de los adolescentes que cursan ciclos formativos.

4.1.1.5. EDAD MEDIA EN EL CONSUMO DE TABACO

La edad media de inicio de consumo de tabaco, es la más temprana de todas las drogas consideradas (13,2 años), siendo similar a la edad media de la encuesta

INVESTIGACIÓN EMPÍRICA: Resultados

estatal sobre el uso de drogas en enseñanzas secundarias del 2008 (ESTUDES, 2008), que se sitúa en 13,3 años.

En la siguiente tabla se muestran los resultados de la edad media de consumo de tabaco en relación al género de los adolescentes.

Tabla 17. Edad media de inicio de consumo de tabaco y género

		N	Media	D.T.	Error típ. de la media	Levene	T (gl)
Tabaco	Hombre	482	13,1473	1,68307	,07666	F 9,892	-2,486*
	Mujer	449	13,4031	1,43617	,06778	p<,002	929

*p<,05

Como se puede observar en la tabla 17, el análisis de medias muestran una relación significativa entre la edad de inicio de consumo de tabaco y el género de los adolescentes, t de Student -2,486, p<,05. La edad media de inicio en el consumo es ligeramente menor en los hombres (13,1 años), que en las mujeres (13,4 años). El análisis de varianza, muestra una relación significativa entre el consumo de tabaco y el género (F 9,892, p=,001).

A continuación se presentan los resultados de análisis de medias, entre la edad de inicio de consumo de tabaco y la situación educativa

Tabla 18. Edad de inicio de consumo de tabaco y situación educativa

	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media	T Student gl
Secundaria	781	13,3367	1,57074	,05621	2,936**
Ciclos	150	12,9267	1,54614	,12624	(929)

**p<,01

Como se puede observar en la tabla 18, el análisis de medias muestran una relación significativa entre la edad de inicio de consumo de tabaco y la situación educativa de los adolescentes, t de Student 2,936, p<,01. La edad media de inicio en el consumo es ligeramente menor en los adolescentes que cursan los ciclos formativos de formación profesional y garantía social (12,9 años), que en los que cursan 3º y 4º de la ESO y 1º y 2º de Bachillerato (13,3 años).

4.1.1.6. CONTINUIDAD DE CONSUMO

Como una medida de continuidad o persistencia del consumo se calculó el coeficiente de correlación por rangos de Spearman, entre las variables “haber probado alguna vez” y “consumo en los últimos 30 días”, encontrando una gran continuidad para el consumo de tabaco con una correlación de ,555, significativa al nivel 0,01 bilateral.

4.1.2. CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS

En este apartado se presentan los resultados del consumo de alcohol por los estudiantes de Guadalajara, distinguiendo entre consumo alguna vez en la vida, en los últimos 6 meses, en los últimos treinta días y la última semana, distinguiendo entre consumo durante la semana (de lunes a jueves) y fines de semana (de viernes a domingo). Las bebidas alcohólicas analizadas son la cerveza, el vino y los combinados.

Tabla 19. Resumen de la prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas

	Alguna vez	6 meses	30 días	semana	Fin semana
Vino	78,2% n=1086	55,4% n=770	37,3% n=518	7,7% n=107	29,3% n=407
Cerveza	78,1% n=1085	63,7% n=885	52,8% n=724	19% n=264	43,7% n=607
Combinados	80,6% n=1120	76,0% n=1055	67,9% n=943	9,1% n=126	61,8% n=858
Borrachera	73,2% n=1017	61,4% n=853	47,4% n=659	5,0% n=69	40,9% n=568

4.1.2.1. CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS ALGUNA VEZ EN LA VIDA

A continuación, en la figura 10 se presentan los porcentajes de consumos de las distintas bebidas alcohólicas, en el parámetro de consumo “haberlo probado alguna vez en la vida”.

Como podemos ver en la tabla 20, un 78,2% y un 78,1% afirman haber consumido vino alguna vez en su vida vino y cerveza respectivamente y un 80,6% dicen haber probado los combinados.

INVESTIGACIÓN EMPÍRICA: Resultados

En la tabla 20 se presentan los porcentajes de consumo de bebidas alcohólicas “Alguna vez”, en relación con el género de los adolescentes.

Tabla 20. Consumo de bebidas alcohólicas “alguna vez” y género.

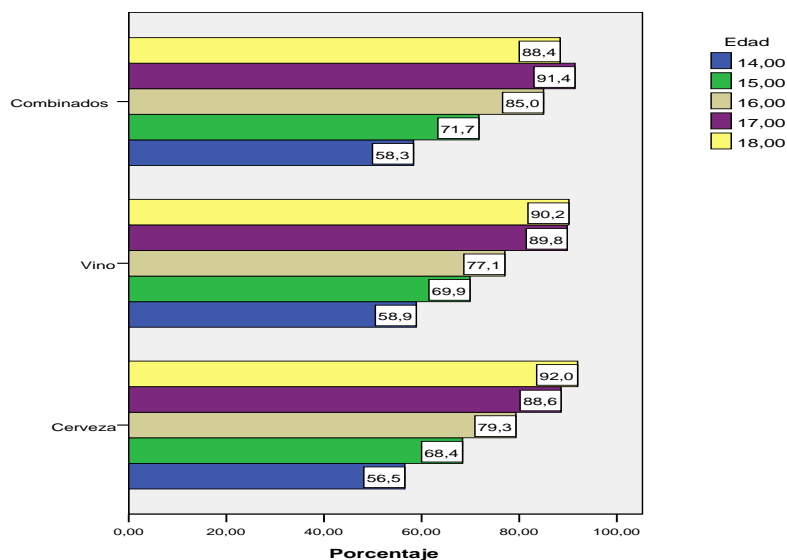
		Cerveza	Vino	Combinados
Hombre	N	596	594	597
	%	81,1%	80,8%	81,2%
Mujer	N	489	492	523
	%	74,8%	75,2%	80,0%
χ^2		8,080**(1)	6,334*(1)	NS
V de Cramer		,076	,068	

**p<,01; *p<,05

Como podemos observar en la tabla, existe una relación significativa entre el consumo de cerveza y vino y el género. Hay más chicos que chicas, que manifiestan haber probado cerveza, ($\chi^2=8,080$ p<,05 y una V de Cramer de 0,76) y vino ($\chi^2=6334$, p<,01 y V de Cramer de ,068).

En la figura, se presentan los resultados correspondientes al consumo de bebidas alcohólicas y la edad de los adolescentes.

Figura 10. Consumo de bebidas alcohólicas “alguna vez” y edad

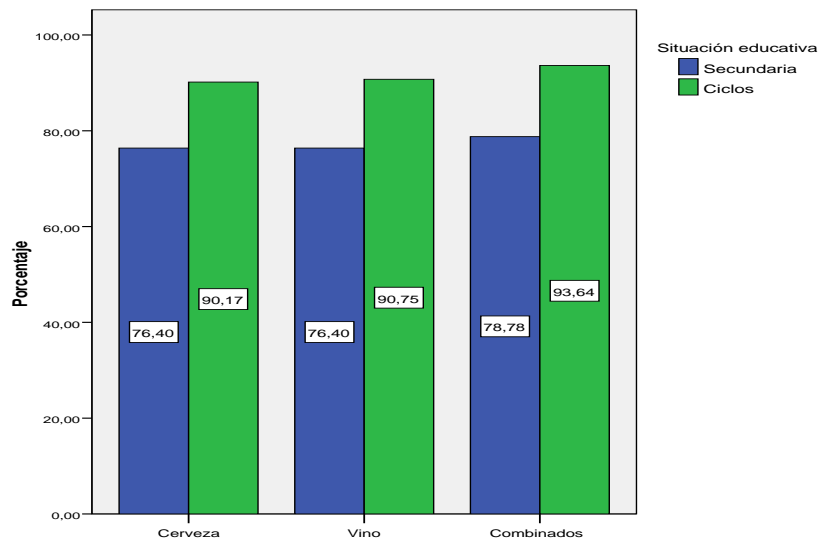


Como se puede observar tanto en la figura 10 como en la tabla 21, existe un aumento del consumo de todas las bebidas alcohólicas y la edad, existiendo una relación significativa entre la edad y el consumo de cerveza ($\chi^2=109,489$, p<,001 y una V de

Cramer ,281); de vino ($\chi^2=93,988$, $p<,001$ y V de Cramer ,260); y de combinados ($\chi^2=106,618$, $p<,001$ y V de Cramer ,277).

A continuación se presentan los resultados del consumo de bebidas alcohólicas y la situación educativa de los adolescentes.

Figura 11. Consumo de bebidas alcohólicas “alguna vez” y situación educativa



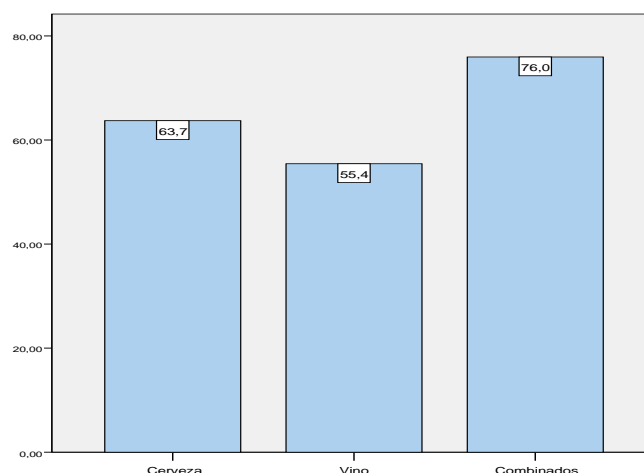
Como podemos ver en la figura 11, los estudiantes ciclos formativos de formación profesional y garantía social, consumen más vino ($\chi^2=18,294$, $p<,001$ y V. Cramer ,114), cerveza ($\chi^2=16,81$, $p<,001$ y V. Cramer ,110) y combinados ($\chi^2=21,413$, $p<,001$ y V. Cramer ,124), que los estudiantes que cursan 3º y 4º de la ESO, 1º y 2º de Bachillerato.

4.1.2.2. CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES.

En este apartado se presentan los resultados de prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas durante los “últimos 6 meses”, y su relación con el género, edad y situación educativa.

En la siguiente figura se presentan los porcentajes de consumos de las distintas bebidas alcohólicas, en el parámetro de consumo “Últimos 6 meses”.

Figura 12. Consumo de bebidas alcohólicas en los últimos 6 meses.



La prevalencia de consumo en los últimos seis meses, como se puede observar en la figura 12, es de un 55,4% en el consumo de vino, un 63,7% en el de cerveza y un 76,0% en el de combinados.

En la tabla 21 se presentan los resultados con respecto al consumo de bebidas alcohólicas durante los “últimos 6 meses” y género.

Tabla 21. Consumo de bebidas alcohólicas en los últimos 6 meses y género

		Cerveza	Vino	Combinados
Hombre	Recuento	536	435	562
	% de Sexo	72,9%	59,2%	76,5%
Mujer	Recuento	349	335	493
	% de Sexo	53,4%	51,2%	75,4%
χ^2		57,278***	8,877**	,221
V de Cramer		,203	,080	,221

***p<,001; **p<,01

Como se puede observar en la tabla 21, la χ^2 muestra una relación significativa entre el consumo de cerveza y vino en los últimos 6 meses y el género. La prevalencia de consumo de cerveza, vino y combinados es mayor en los hombres que en las mujeres, presentando un porcentaje más elevado, en el consumo de cerveza (72,9% de los hombre frente al 53,4%); de vino (59,2% de los hombres frente al 51,2%); y de combinados (76,5% de hombres frente al 75,4% de las mujeres).

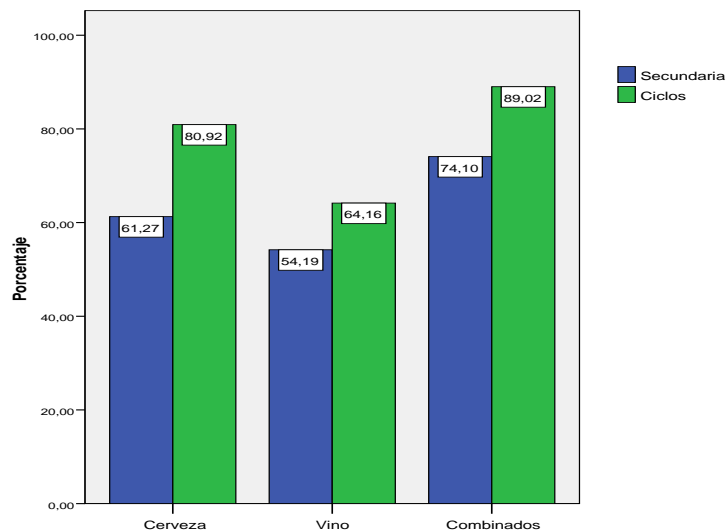
Tabla 22. Consumo de bebidas alcohólicas en los últimos 6 meses y edad

		Cerveza	Vino	Combinados
14,00	Recuento	69	65	87
	% de Edad	41,1%	38,7%	51,8%
	% del total	5,0%	4,7%	6,3%
15,00	Recuento	170	152	218
	% de Edad	51,7%	46,2%	66,3%
	% del total	12,2%	10,9%	15,7%
16,00	Recuento	226	199	287
	% de Edad	64,0%	56,4%	81,3%
	% del total	16,3%	14,3%	20,7%
17,00	Recuento	240	212	272
	% de Edad	76,2%	67,3%	86,3%
	% del total	17,3%	15,3%	19,6%
18,00	Recuento	180	142	191
	% de Edad	80,4%	63,4%	85,3%
	% del total	13,0%	10,2%	13,8%
	χ^2	105,954***	54,246***	105,459***
	gl	(4)	(4)	(4)
	V de Cramer	,276	,198	,276

***p<,001

Como se puede observar en la tabla 22, los estadísticos muestran una relación significativa entre el consumo de todas las bebidas alcohólicas durante los últimos 6 meses y la edad. El consumo de cerveza por los adolescentes aumenta con la edad hasta los 18 años, mientras que el de vino y combinados aumenta con la edad de los 14 a los 17 años, para disminuir ligeramente de los 17 a los 18 años.

Figura 13. Bebidas alcohólicas en los últimos 6 meses y situación académica



Como se puede observar en la Figura 13, la prevalencia de consumo de cerveza, vino y combinados es mayor en los adolescentes que cursan los ciclos de formación profesional y garantía social, que aquellos que cursan ESO o Bachillerato. La χ^2 muestra una relación significativa entre el consumo de cerveza ($\chi^2=25,317$, $p<,001$ y V.Cramer ,135), vino ($\chi^2=6,091$, $p<,05$) y combinados ($\chi^2=18,464$, $p<,001$ y V.Cramer ,115) en los últimos 6 meses en relación con la situación educativa de los adolescentes.

4.1.2.3. CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS

En este apartado, se describen la prevalencia de consumo de las distintas bebidas alcohólicas durante los últimos 30 días, por los adolescentes de 14 a 18 años de Guadalajara, así como la relación con el género, la edad y la situación educativa.

La siguiente tabla, muestra las frecuencias de consumo de cerveza durante los 30 días previos a la encuesta.

Tabla 23. Consumo de cerveza durante los últimos 30 días

	Cerveza	Vino	Combinados
Nada	47,2	62,7	32,1
1-2 veces al mes	22,0	21,5	20,4
1 vez por semana	15,9	10,7	33,0
2-6 veces por semana	14,0	5,0	14,3
Diariamente	,9	,1	,2
Total	100,0	100,0	100,0

En relación a la prevalencia de consumo de cerveza, se puede observar en la tabla 23, que un 52,8% de los adolescentes manifiestan haber consumido cerveza en los últimos 30 días. De éstos, un 22,0% lo ha hecho 1 o 2 veces al mes, un 15,9% una vez a la semana, un 14,0% de 2 a 6 veces por semana y un 0,9% manifiestan consumir alcohol a diario.

En cuanto al consumo de vino en los últimos treinta días, se puede observar que un 37,3% refiere haber bebido vino, de los cuales, un 21,5% refiere haberlo hecho 1 o 2 veces al mes, un 10,7% una vez por semana, un 5,0% ha consumido vino de 2 a 6 veces por semana y tan sólo un 0,1% lo ha consumido a diario.

INVESTIGACIÓN EMPÍRICA: Resultados

En consumo de combinados en los últimos 30 días es el más extendido entre los adolescentes, ya que un 67,9% manifiestan haber consumido combinados en el último mes. Un 20,4% lo ha hecho 1 o 2 veces al mes, un 33,0% una vez a la semana, un 14,3% dice haber consumido combinados de 2 a 6 veces a la semana y un 0,2 a diario

A continuación vamos a analizar la relación existente entre consumo de las distintas bebidas alcohólicas en los últimos 30 días y el género.

Tabla 24. Consumo de bebidas alcohólicas en los últimos 30 días y género

		Bebidas alcohólicas		
		Cerveza	Vino	Combinados
Hombre	Recuento	474	307	512
	% de Sexo	64,5%	41,8%	69,7%
	% del total	34,1%	22,1%	36,9%
Mujer	Recuento	260	211	431
	% de Sexo	39,8%	32,3%	65,9%
	% del total	18,7%	15,2%	31,0%
χ^2		84,964***	13,372***	2,242
gl		(1)	(1)	(1)
V de Cramer		,247	,098	,040

***p<,001

Como podemos ver en la tabla 24, los chicos consumen alcohol con mayor frecuencia que las chicas en todas las bebidas alcohólicas existiendo una relación significativa para el consumo de vino, con una $\chi^2 = 13,372$, gl (1) y una p<,001, y para el consumo de cerveza, con una χ^2 de 84,964, gl (1) y una p<,001. Aunque existe un porcentaje mayor de chicos que afirman consumir combinados, no existe una relación significativa.

En la tabla 25 se presentan la prevalencia de consumo de las distintas bebidas alcohólicas en relación con la edad.

Tabla 25. Consumo de bebidas alcohólicas en los últimos 30 días y edad

		Edad					χ^2 V de Cramer
		14,00	15,00	16,00	17,00	18,00	
Cerveza	Recuento	43	128	183	219	161	143,575***(4) ,322
	% del total	3,1%	9,2%	13,2%	15,8%	11,6%	
Vino	Recuento	38	100	125	151	104	45,951***(4) ,182
	% del total	2,7%	7,2%	9,0%	10,9%	7,5%	
Combinados	Recuento	66	187	256	255	179	124,465***(4) ,299
	% del total	4,8%	13,5%	18,4%	18,4%	12,9%	

***p<,001

Como podemos ver en la tabla 25, existe una relación significativa entre el consumo de las bebidas alcohólicas y la edad, de tal forma que el consumo de todas las bebidas alcohólicas aumenta con la edad. La χ^2 que relaciona las variables consumo de cerveza y edad es de 143,575, $p < ,001$; la que relaciona el consumo de vino y la edad es de 45,951, $p < ,001$; y la que relaciona el consumo de combinados con la edad es de 124,465, $p < ,001$.

Como podemos ver en la tabla 26, los estadísticos muestran una relación significativa entre el consumo de bebidas alcohólicas y la situación educativa del adolescente, de tal manera, que los adolescentes que cursan secundaria y bachillerato, consumen con una menor frecuencia vino, cerveza y combinados, en relación con los adolescentes que cursan los ciclos formativos de formación profesional y garantía social.

Tabla 26. Consumo de bebidas alcohólicas en los últimos 30 días y situación educativa

		Cerveza	Vino	Combinados
Secundaria	N	601	433	793
	%	49,4%	35,6%	65,2%
Ciclos	N	133	85	150
	%	76,9%	49,1%	86,7%
χ^2		45,810***	11,846**	32,090***

*** $p < ,001$, ** $p < ,01$

4.1.2.4. CONSUMO BEBIDAS ALCOHÓLICAS EN LA ÚLTIMA SEMANA

En este apartado, se presentan los resultados obtenidos en el consumo de bebidas alcohólicas durante la última semana previa a la realización de la encuesta, distinguiendo entre consumo durante la semana (de lunes a jueves) y consumo durante el fin de semana (viernes, sábado y domingo). La variable entre semana ha sido medida a través de una escala en la que se incluye las siguientes modalidades: nada, una vez por semana, de 2-4 veces por semana, diariamente, mientras que la variable "fin de semana" ha sido medida a través de las siguientes modalidades: nada, un día, dos días o los tres días.

Tabla 27. Consumo de bebidas alcohólicas durante la última semana (ENTRE SEMANA)

	Cerveza	Vino	Combinados
Nada	81,0	92,3	90,9
1 vez por semana	13,0	6,6	7,6
2-4 veces semana	4,9	1,0	1,4
Diariamente	1,1	,1	,1
Total	100,0	100,0	100,0

En la tabla 27 se puede observar la frecuencia de consumo de las distintas bebidas alcohólicas durante los días “entre semana”. La cerveza es la bebida más consumida por lo adolescentes en los días laborales, ya que un 81% de los adolescentes dicen no consumir cerveza durante la semana, mientras que un 19% afirma beber cerveza de lunes a jueves. De éstos un 13% dice beber cerveza una vez a la semana, un 4,9% lo hace de 2 a 4 veces por semana y un 1,1% dice beber cerveza a diario. En cuanto al consumo de vino, se puede decir que es la bebida menos consumida de las tres, ya que un 92,3% afirma no beber vino durante los días laborales, mientras que un 7,7% dice beber vino, en su mayoría, el 6,6% de los adolescentes bebe una vez a la semana. Los combinados no es una bebida muy consumida por los adolescentes entre semana, ya que un 90,6% dice no beber combinados entre semana y mientras que un 9,4% si lo hace, de los cuales un 7,6% bebe una vez por semana.

En la siguiente tabla, se muestran las frecuencias de consumo de bebidas alcohólicas durante los fines de semana.

Tabla 28. Consumo de bebidas alcohólicas los fines de semana

	Cerveza	Vino	Combinados
Nada	56,3	70,7	38,2
1 día	26,3	22,2	40,2
2 días	12,9	6,3	17,3
Diario	4,5	,8	4,3
Total	100,0	100,0	100,0

Como se puede observar en la tabla 28, el consumo del alcohol se concentra en el fin de semana en todas las bebidas alcohólicas analizadas. La bebida alcohólica más consumida por los adolescentes durante los fines de semana son los combinados, ya que un 61,8% dice haber consumido combinados en el último fin de semana, de los cuales un 40,2% ha bebido un día, un 17,3% dos días y un 4,3% dice haber bebido todos los días del fin de semana. La segunda bebida más consumida por los

adolescentes es la cerveza, ya que un 43,7% de los adolescentes manifiestan haber consumido cerveza durante el fin de semana, de los cuales un 26,3% lo ha hecho un día, un 12,9% dos días del fin de semana y un 4,5% ha bebido cerveza todos los días. El vino, es la bebida menos consumida por los adolescentes, ya que un 29,3% de los adolescentes afirman haber consumido, de los cuales un 22,2% lo ha hecho un día, un 6,3% dos días y un 0,8% todos los días del fin de semana.

En la tabla 29 se muestran los resultados en relación con el consumo de bebidas alcohólicas durante la última semana y el género.

Tabla 29. Consumo de bebidas alcohólicas en la última semana y el género

		Cerveza		Vino		Combinados	
		Entre semana	Fin de semana	Entre semana	Fin de semana	Entre semana	Fin de semana
Hombre	N	209	411	72	235	74	468
	%	28,4%	55,9%	9,8%	32,0%	10,1%	63,7%
Mujer	N	55	196	35	172	52	390
	%	8,4%	30,0%	5,4%	26,3%	8,0%	59,6%
χ^2		90,153***	94,713***	9,614**	5,377*		

***p<,001, **p<,01; *p<,05

Como podemos ver, los adolescentes consumen más bebidas alcohólicas en todas sus formas que las adolescentes, tanto en el consumo entre la semana, como el consumo durante los fines de semana. Esta relación es estadísticamente significativa, en el consumo entre semana y los fines de semana, de cerveza ($\chi^2=90,153$ y $p<,001$ para el consumo de cerveza entre semana; y $\chi^2=94,713$ y $p<,001$, para el consumo durante los fines de semana) y vino ($\chi^2=9,614$ y $p<,01$ para el consumo de vino entre semana y $\chi^2=5,377$ y $p<,05$, para el consumo durante los fines de semana). Sin embargo la relación entre el consumo de combinados y género no es significativa.

La tabla siguiente se presenta los resultados de consumo de alcohol entre semana y la situación educativa de los adolescentes, mostrando una relación significativa entre la situación educativa y el consumo de la cerveza ($\chi^2=99,312$, $p<,001$ y una V de Cramer ,267) y el consumo de vino ($\chi^2=14,915$, $p<,001$ y una V de Cramer ,104). No existe una relación estadísticamente significativa entre el consumo de combinados y la situación educativa de los adolescentes. La proporción de bebedores de cerveza y vino entre semana es mayor en los adolescentes que cursan los ciclos formativos de formación profesional y garantía social, que los que cursan la ESO y Bachillerato.

Tabla 30. Consumo de bebidas alcohólicas entre semana y situación educativa

		Bebidas alcohólicas			
		Cerveza	Vino	Combinados	
ESO Bachillerato	Recuento	183	81	104	
	% de Ciclos	15,0%	6,7%	8,6%	
	% del total	13,2%	5,8%	7,5%	
Ciclos	Recuento	81	26	22	
	% de Ciclos	46,8%	15,0%	12,7%	
	% del total	5,8%	1,9%	1,6%	
		χ^2	99,312***	14,915***	3,184
		gl	(1)	(1)	(1)
		V de Cramer	,267	,104	,048

***p<,001

A continuación se presentan los resultados del consumo de las bebidas alcohólicas durante el fin de semana y la situación educativa de los adolescentes.

Tabla 31. Consumo de bebidas alcohólicas durante el fin de semana y situación educativa

		Bebidas alcohólicas			
		Cerveza	Vino	Combinados	
Secundaria	Recuento	482	339	716	
	% de Ciclos	39,6%	27,9%	58,9%	
	% del total	34,7%	24,4%	51,5%	
Ciclos	Recuento	125	68	142	
	% de Ciclos	72,3%	39,3%	82,1%	
	% del total	9,0%	4,9%	10,2%	
		χ^2	65,487***	9,548**	34,518***
		gl	(1)	(1)	(1)
		V de Cramer	,217	,083	,158

***p<,001; **p<,01

Como se puede observar en la tabla 39, existe una relación significativa entre el consumo de las tres bebidas alcohólicas y la situación educativa de los adolescentes. La proporción de consumidores de cerveza es significativamente mayor en los adolescentes que cursan los ciclos formativos de formación profesional y garantía social, que los que estudian en los cursos de la ESO y de Bachillerato ($\chi^2=65,487$, p<,001 y V de Cramer ,217). La proporción de consumidores de vino también es superior en los estudiantes de los ciclos formativos y garantía social que los que cursan secundaria ($\chi^2=9,548$; p<,01 y V de Cramer ,083. Por último, el consumo de combinados por los adolescentes del estudio es estadísticamente significativa, de tal

forma que es mayor en aquellos que cursan los ciclos formativos y garantía social ($\chi^2=34,518$, $p<,001$ y V de Cramer ,158).

4.1.2.5. EDAD DE INICIO EN EL CONSUMO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS

En la tabla 32, se muestran la edad media de consumo de bebidas alcohólicas.

Tabla 32. Edad media de inicio de consumo de bebidas alcohólicas

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Cerveza	1086	7,00	18,00	13,5976	1,48329
Vino	1087	4,00	18,00	13,5869	1,51163
Combinados	1121	8,00	18,00	13,8912	1,18801
N válido	847				

Como podemos ver en la tabla 32, la edad media de inicio de consumo de bebidas alcohólicas por los adolescentes encuestados es de 13,78 años, siendo la edad de inicio más temprana la del consumo de vino y cerveza, con una 13,58 y 13,59 años respectivamente. Los adolescentes comienzan a beber combinados a la edad media de 13,89 años.

En la tabla 33 podemos ver la edad media y desviación típica de inicio de consumo de bebidas alcohólicas en relación con la variable del género de los adolescentes encuestados.

Tabla 33. Edad media de inicio de consumo de bebidas alcohólicas y género

EDAD PRIMER CONSUMO	Sexo	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media	T Student
Cerveza	Hombre	597	13,4858	1,53435	,06280	-2,754**
	Mujer	489	13,7342	1,40800	,06367	
Vino	Hombre	595	13,4790	1,56589	,06420	-2,596*
	Mujer	492	13,7175	1,43404	,06465	
Combinados	Hombre	597	13,9229	1,20712	,04940	,956
	Mujer	524	13,8550	1,16594	,05093	

*** $p<,001$; ** $p<,01$ y * $p<,05$

Los chicos comienzan a beber cerveza y vino a los 13,4 años mientras que las chicas comienzan a los 13,7 años. Sin embargo las chicas comienzan a beber combinados antes que los chicos, con una edad media de 13,8 y 13,9 respectivamente. El análisis

de medias muestra una relación significativa entre el género y el inicio de consumo de cerveza, con una $t=2,754$ y una $p<,01$ y de vino, con una $t=-2,596$ y una $p<,01$.

4.1.2.6. CONTINUIDAD EN EL CONSUMO DE ALCOHOL

Como una medida de continuidad o persistencia del consumo se calculó el coeficiente de correlación por rangos de Spearman, entre las variables “haber probado alguna vez” y “consumo en los últimos 30 días”, encontrando una gran continuidad para las diferentes bebidas alcohólicas con correlaciones superiores a ,4 en todos los casos, como puede observarse en la tabla siguiente.

Tabla 34. Continuidad de consumo de bebidas alcohólicas

	Alguna vez/últimos 30 días
Cerveza	,560(**)
Vino	,407(**)
Combinados	,713(**)

** 0,01

4.1.3. CONSUMO EXCESIVO DE ALCOHOL –BORRACHERAS-

En este apartado, se presentan los resultados relacionados con el consumo abusivo del alcohol, analizado a través de la variable borracheras. Se analiza la edad medida de la primera borrachera, así como si se han emborrachado alguna vez, en los últimos 6 meses, en el último mes y en la última semana distinguiendo entre las borracheras entre semana y durante el fin de semana.

4.1.3.1. CONSUMO EXCESIVO DE ALCOHOL –BORRACHERAS- ALGUNA VEZ EN LA VIDA Y EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES.

En la tabla 35 se muestran las frecuencias de los adolescentes que se han emborrachado alguna vez en su vida, en los últimos seis meses, en el último mes y la última semana, distinguiendo entre borracheras entre semana y durante los fines de semana.

Tabla 35. Frecuencia de borracheras

	Frecuencia	Porcentaje
Alguna vez	1017	73,2
Últimos 6 meses	853	61,4
Último mes	659	47,4
Entre semana	69	5,0
Fin de semana	568	40,9

Como podemos observar en la tabla 35, un 73,2% de los estudiantes manifiesta haberse emborrachado alguna vez en la vida, frente al 26,8% que dicen no haberse emborrachado nunca. Sin embargo, como es de esperar, ese porcentaje se reduce en las siguientes categorías de análisis, de tal forma que un 61,4% afirman haberse emborrachado en los últimos 6 meses, un 47,4% lo ha hecho en el último mes, un 5,0% entre semana y un 40,9% se emborrachó durante el fin de semana previo a la encuesta.

A continuación se muestran las prevalencias alguna vez y en los últimos 6 meses de borracheras en relación con el género

Tabla 36. Borracheras “alguna vez” y en los “últimos 6 meses” y género

		Sexo		Total
		Hombre	Mujer	
Alguna vez	N	538	479	1017
	%	52,9%	47,1%	100,0%
Últimos 6 meses	N	467	386	853
	%	54,7%	45,3%	100,0%

Como podemos observar en la tabla 36, los chicos se han emborrachado con mayor frecuencia que las chicas en las categoría de alguna vez (53,9% vs 47,1%) y en los últimos seis meses (54,7% vs 45,3%), aunque estas relaciones no son estadísticamente significativas.

En la tabla 37 se muestra la relación entre la frecuencia de adolescentes que manifiestan haberse emborrachado alguna vez en la vida y en los últimos seis meses, y la edad.

Tabla 37. Borracheras “alguna vez” y en los “últimos 6 meses” y edad

		Edad					χ^2 gl V de Cramer
		14,00	15,00	16,00	17,00	18,00	
Alguna vez	N	72	203	270	274	198	χ^2 159,894*** V Cramer ,339
	%	7,1%	20,0%	26,5%	26,9%	19,5%	
Seis meses	N	60	166	233	228	166	χ^2 97,850*** V Cramer ,265
	%	7,0%	19,5%	27,3%	26,7%	19,5%	

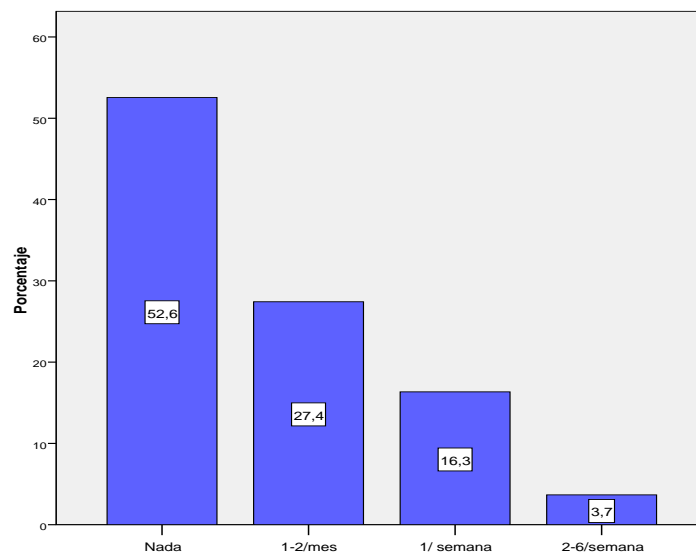
***p<,001

Según la tabla 37, existe una relación significativa entre las borracheras en la categoría de “Alguna vez en la vida”, con una $\chi^2=159,894$, $p<.001$ V de Cramer=,339; y en la categoría en los últimos 6 meses”, con una $\chi^2=97,850$, $p<,001$ y una V de Cramer=,265). Como podemos observar hay un aumento de las borracheras a medida que aumenta la edad hasta los 17 años, existiendo una disminución de las mismas en los 18 años.

4.1.3.2. CONSUMO EXCESIVO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS

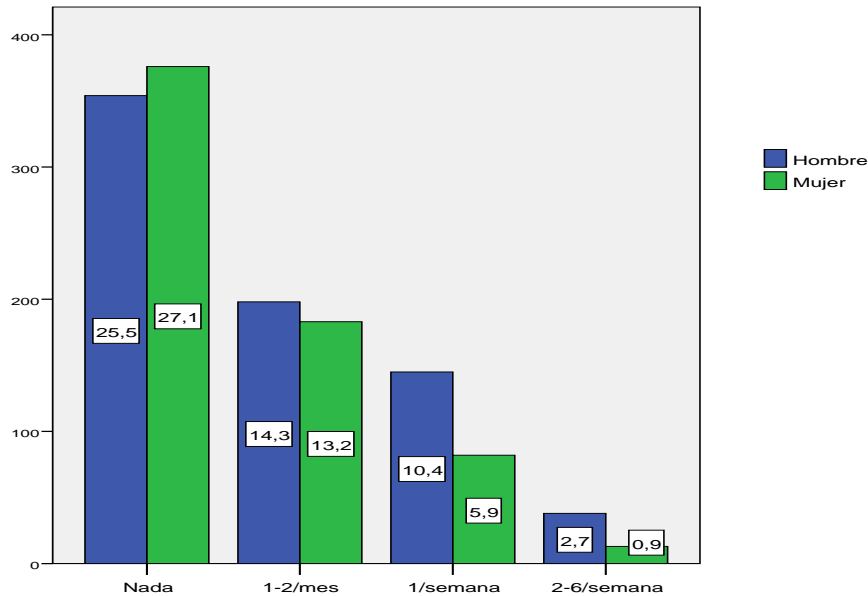
En cuanto a la frecuencia de adolescentes que dicen haberse emborrachado en los últimos treinta días, disminuye con respecto a las borracheras en los últimos seis meses. Como podemos ver en la siguiente figura, de los 47,4% que afirman haberse emborrachado en los últimos 30 días, un 21,3% lo ha hecho 1 ó 2 veces al mes, un 16,3% una vez a la semana y un 3.67% de 2 a 6 veces a la semana.

Figura 14. Frecuencia de borracheras durante el último mes



En la siguiente figura se presenta a relación existente entre las borracheras en el último mes y el género.

Figura 15. Frecuencia de borracheras durante el último mes y género



$\chi^2=12,079$, gl (1) $p<,001$

Como se puede ver en la figura, los chicos se emborrachan con más frecuencia que las chicas, siendo esta relación significativa, con una $\chi^2= 12,079$, gl (1) y $p<,001$.

En cuanto a la relación entre la variable “borracheras en los últimos 30 días” y la edad, como se puede observar en la siguiente tabla, existe una relación significativa, con una $\chi^2= 87,518$ $p<,001$. Las borracheras de los adolescentes aumentan con la edad, existiendo una frecuencia máxima en los 17 años.

Tabla 38. Borracheras en el último mes y edad

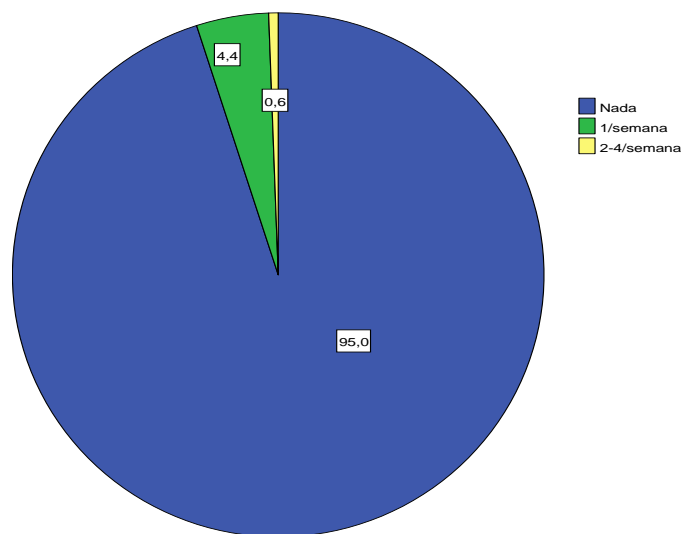
		Edad					χ^2 gl V de Cramer
		14,00	15,00	16,00	17,00	18,00	
Último mes	N	40	125	167	188	139	$\chi^2 87,518$ V Cramer ,251
	%	6,1%	19,0%	25,3%	28,5%	21,1%	

4.1.3.3. CONSUMO EXCESIVO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS EN LA ÚLTIMA SEMANA

En las siguientes figuras, se presentan las frecuencias de borracheras durante la semana previa a la encuesta, distinguiendo entre borracheras durante la semana y el fin de semana. Como muestran los resultados, las borracheras o consumo abusivo de alcohol, es una práctica ligada fundamentalmente a los fines de semana, de tal forma que un 5,0% de los adolescentes se han emborrachado entre semana, mientras que un 40,9% lo ha hecho durante el fin de semana.

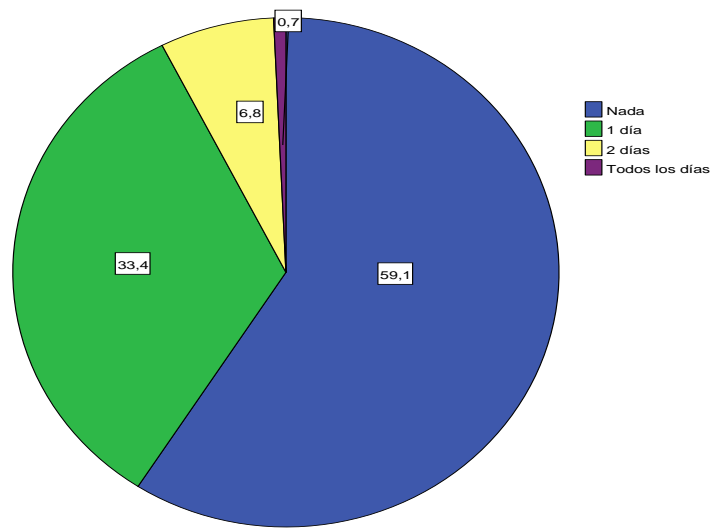
Como vemos en la Figura 16, de los adolescentes que se han emborrachado durante la semana, un 4,4% lo ha hecho una vez a la semana, mientras que un 0,6% lo ha hecho de 2 a 4 veces por semana.

Figura 16. Borracheras entre semana



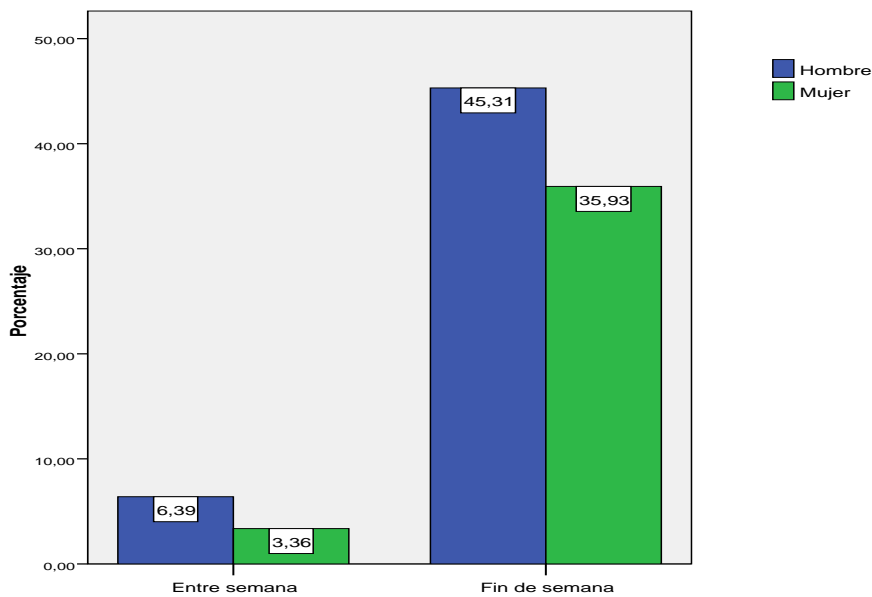
Como vemos en el siguiente figura, de los adolescentes que dicen haberse emborrachado durante los fines de semana, un 33,4% dice haberse emborrachado un día; un 6,8% lo ha hecho 2 días y un 0,72% los tres días del fin de semana.

Figura 17. Borracheras fin de semana



En la siguiente tabla se muestran las frecuencias de borracheras en la última semana y su relación con el género.

Figura 18. Borracheras en la última semana y género



Como podemos ver en la figura 18, los hombres se emborrachan con mayor frecuencia que las mujeres tanto entre semana (6,39% los hombres frente al 3,36% las mujeres) como durante los fines de semana (45,31% vs 35,93%), existiendo una relación significativa en ambos casos, con una $\chi^2 = 6,733$, $p < ,01$ en las borracheras durante los días de entre semana, y una $\chi^2 = 12,580$, $p < ,001$ en las borracheras durante el fin de semana.

INVESTIGACIÓN EMPÍRICA: Resultados

Como se puede observar en la siguiente tabla, existe una relación significativa entre las borracheras durante la última semana y la edad, de tal manera que la prevalencia de borracheras aumenta con la edad de los adolescentes, existiendo el pico máximo en los 17 años, tanto para las borracheras durante la semana ($\chi^2 = 16,748$ y $p < ,002$) como los fines de semana ($\chi^2 = 60,372$ y $p < ,000$)

Tabla 39. Borracheras durante la última semana y edad

		Edad					χ^2 gl V de Cramer
		14,00	15,00	16,00	17,00	18,00	
Entre semana	N	2	11	15	27	14	χ^2 16,748** gl (4) V Cramer ,110
	%	2,9%	15,9%	21,7%	39,1%	20,3%	
Fin de semana	N	38	113	134	165	118	χ^2 60,372*** gl (4) V Cramer ,208
	%	6,7%	19,9%	23,6%	29,0%	20,8%	

*** $p < ,001$, ** $p < ,01$

4.1.3.4. EDAD MEDIA DE LA PRIMERA BORRACHERA

La edad media de la primera borrachera se sitúa en los 14,08 años, 13,9 años en los chicos y 14,1 años en las chicas, siendo esta diferencia significativa, T Student= - 2,541, $p < ,05$.

Tabla 40. Edad media de la primera borrachera y género

Sexo	N	Media	D.T.	Error típ. de la media	t(gl)
Hombre	538	13,9907	1,28663	,05547	-2,541(1016)*
Mujer	480	14,1896	1,19999	,05477	
Total	1018	14,0845	1,24987		

* $p < ,05$

4.1.3.5. CONTINUIDAD DE BORRACHERAS

El coeficiente de correlación por rangos de Spearman, entre las variables “haberse emborrachado alguna vez” y “borracheras en los últimos 30 días”, muestra una gran continuidad en el consumo excesivo de alcohol, con una correlación de ,571 (la correlación es significativa al nivel 0,01 bilateral).

4.1.4. CONSUMO DE CANNABIS

En este apartado se analiza el consumo de cannabis por los adolescentes de 14 a 18 años de Guadalajara. Se comienza la descripción de frecuencias de consumo en las variables “alguna vez en la vida”, “en los últimos seis meses”, “en los últimos treinta días”, y “en la última semana”, distinguiendo si el consumo se realiza durante la semana o los fines de semana.

4.1.4.1. CONSUMO DE CANNABIS ALGUNA VEZ Y EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES

El cannabis es con diferencia, la droga ilegal consumida por un mayor número de estudiantes de 14 a 18 años. Como se puede ver en la siguiente tabla, un 45,9% de los estudiantes manifiestan haber probado alguna vez en la vida los porros y un 34,3% dicen haberlos consumido en los últimos seis meses.

Tabla 41. Consumo de cannabis “alguna vez” y en los “últimos 6 meses”

	Frecuencia	Porcentaje
Alguna vez	637	45,9
Últimos 6 meses	477	34,3

A continuación se presenta la relación entre el género y el consumo de cannabis “alguna vez” y en “los últimos 6 meses.

Tabla 42. Consumo de cannabis “Alguna vez” y “últimos 6 meses” y género

		Sexo		χ^2 gl V de Cramer
		Hombre	Mujer	
Alguna vez	N	370	267	χ^2 12,618*** V Cramer ,095
	%	58,1%	41,9%	
Últimos 6 meses	N	294	183	χ^2 22,169*** V Cramer ,126
	%	61,6%	38,4%	

***p<,001

Como se puede observar en la tabla 42, resulta significativa la relación entre género y los consumos de cannabis en las variables “Alguna vez”, con una $\chi^2=12,618$ y $p<,001$; y en los “últimos seis meses”, con una $\chi^2=22,169$ y $p<,001$. En ambas categorías los hombres obtienen porcentajes mayores que las mujeres.

A continuación se analiza el consumo experimental y esporádico en relación con la edad.

Tabla 43. Consumo de cannabis “alguna vez y en los “últimos seis meses” y la edad

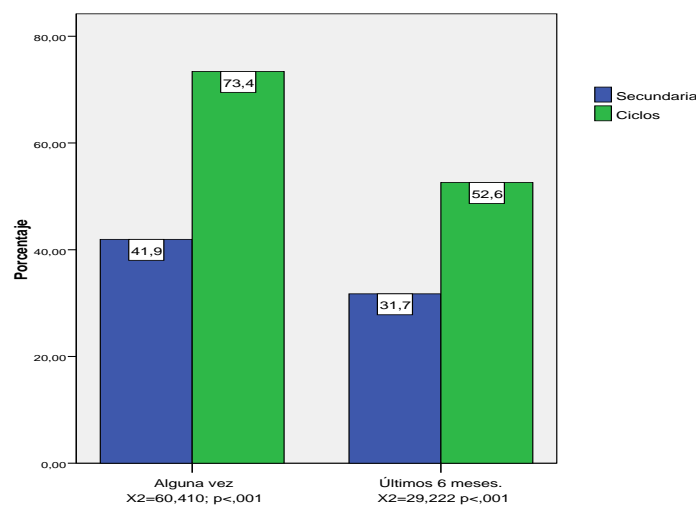
		Edad					χ^2
		14,00	15,00	16,00	17,00	18,00	V de Cramer
Alguna vez	N	31	105	175	184	142	χ^2 126,282*** V Cramer ,302
	%	4,9%	16,5%	27,5%	28,9%	22,3%	
Últimos seis meses	N	26	84	128	138	101	χ^2 62,417*** V Cramer ,212
	%	5,5%	17,6%	26,8%	28,9%	21,2%	

***p<,001

Como se puede observar en la tabla 43, resulta significativa la relación entre la edad y los consumos “alguna vez”, con una $\chi^2=126,282$ y $p<,001$; y en los “últimos seis meses”, con una $\chi^2=62,417$, $p<,001$. La prevalencia de consumo de cannabis aumenta con la edad de los adolescentes, siendo el porcentaje más elevado de consumo en los 17 años.

En cuanto a la relación entre el consumo de cannabis “alguna vez” y “en los últimos 6 meses” y la situación educativa de los estudiantes, se puede observar en la siguiente figura, como la prevalencia de consumo es mayor en los estudiantes de ciclos formativos y garantía social, que en los estudiantes de ESO y Bachillerato, con una $\chi^2=60,410$, $p<,001$ para la categoría de consumo “alguna vez”, y una $\chi^2=29,222$, $p<,001$ para la categoría de consumo en los “últimos 6 meses”.

Figura 19. Consumo de cannabis “alguna vez” y en los “últimos 6 meses” y situación educativa.

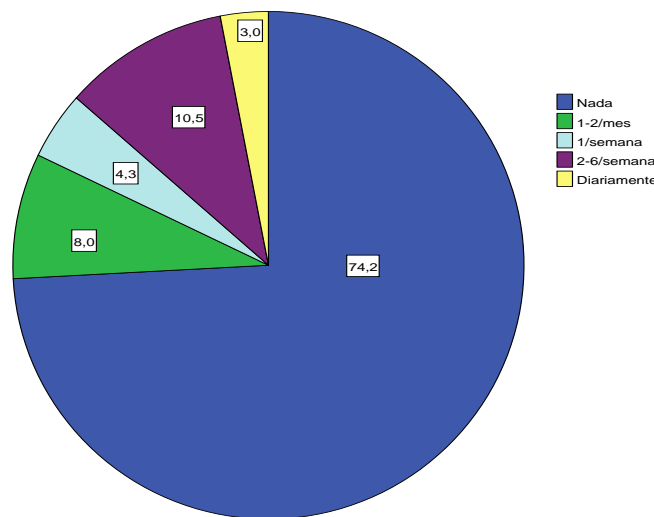


4.1.4.2. CONSUMO DE CANNABIS EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS

A continuación se realiza el análisis de consumo de cannabis en los últimos 30 días.

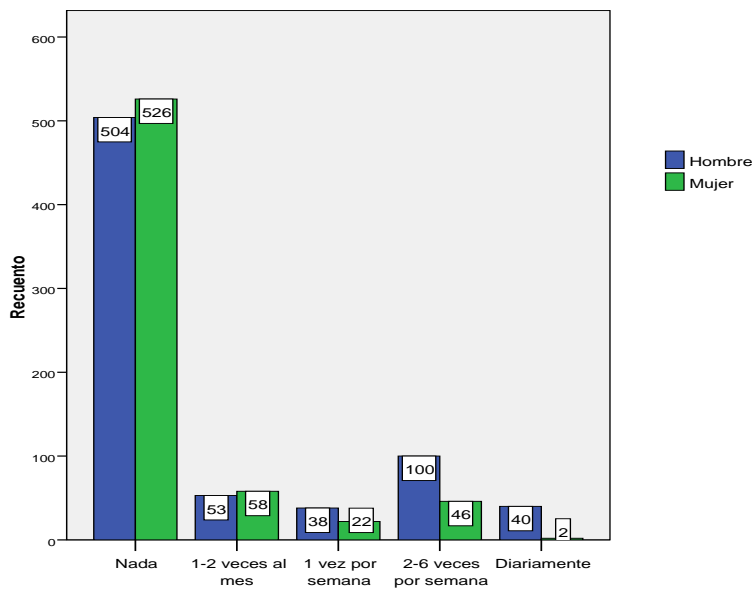
Como se puede observar figura 20, un 25,8 % de los adolescentes del estudio afirman haber consumido cannabis en los treinta días previos a la encuesta, de los cuales un 8,0% lo hace una o dos veces al mes, un 4,3% de los jóvenes consume una vez a la semana, un 10,5% de 2 a 6 veces a la semana y un 3,0% lo hace a diario.

Figura 20. Prevalencia de consumo de cannabis en los últimos 30 días



Como se puede observar en la siguiente figura, donde se presentan los resultados entre el consumo de cannabis durante los últimos 30 días y el género, el consumo está más extendido entre los chicos en los indicadores de consumo semanal, de 2-6 veces por semana y diario, mientras que las chicas presentan una prevalencia de consumo ligeramente superior en el consumo ocasional (1-2 veces al mes). El porcentaje de consumo global de cannabis entre los adolescentes en el último mes es de 64,3% frente al 35,7% de las adolescentes. Los estadísticos muestran una relación significativa, entre consumo de cannabis en el último mes y el género con una $\chi^2=54,778$, $gl(4)$, $p<,001$ y V de Cramer ,199.

Figura 21. Consumo de cannabis en el último mes y género



$\chi^2=54,778$, gl(4), $p<,001$. V de Cramer ,199

En la siguiente tabla se muestran los resultados del consumo de cannabis en relación a la edad de los adolescentes.

Tabla 44. Consumo de cannabis en el último mes y edad

		Edad					χ^2 gl V Cramer
		14,00	15,00	16,00	17,00	18,00	
SI	N	16	65	90	107	81	$\chi^2=53,018^{***}$ V Cramer ,195
	%	1,2%	4,7%	6,5%	7,7%	5,8%	
NO	N	152	264	263	208	143	
	%	10,9%	19,0%	18,9%	15,0%	10,3%	

*** $p<,001$

Como se puede observar en la tabla 44, y al igual que ocurre en los consumos esporádicos de cannabis, existe un aumento de consumo con la edad del adolescente, situándose el porcentaje mayor de consumo en los 17 años. La relación entre ambas variables es estadísticamente significativa, con una $\chi^2=53,018$, gl(4), $p<,000$ y V de Cramer ,195.

En la tabla 45 se incluyen los resultados del consumo de cannabis y la situación educativa de los adolescentes.

Tabla 45. Consumo de cannabis en el último mes y situación educativa.

		Situación Educativa		
		Secundaria	Ciclos	Total
SI	Recuento	281	78	359
	% de Ciclos	23,1%	45,1%	25,8%
	% del total	20,2%	5,6%	25,8%
NO	Recuento	935	95	1030
	% de Ciclos	76,9%	54,9%	74,2%
	% del total	67,3%	6,8%	74,2%
		χ^2	38,171***	
		V de Cramer	,166	

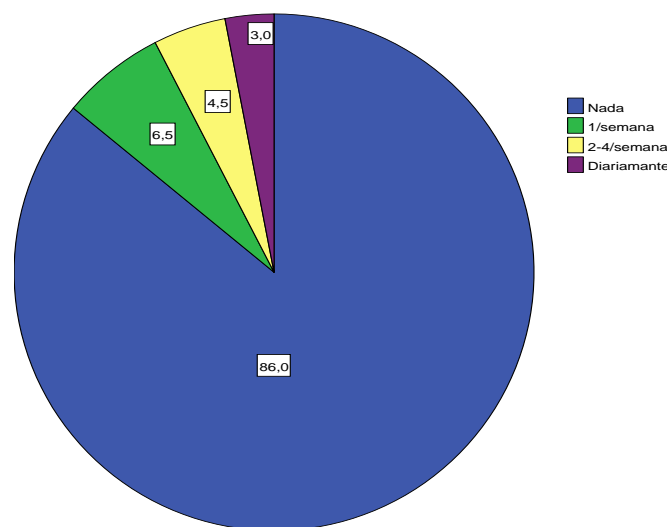
***p<,001

Como se puede observar en la tabla 45, el estadístico χ^2 muestra una relación significativa entre la situación educativa de los adolescentes y el consumo de cannabis, de tal forma que existe un aumento de consumo en los estudiantes de los ciclos de formación profesional y de garantía social, con respecto a los que cursan 3º y 4º de la ESO y 1º y 2º de Bachillerato.

4.1.4.3. CONSUMO DE CANNABIS DURANTE LA ÚLTIMA SEMANA

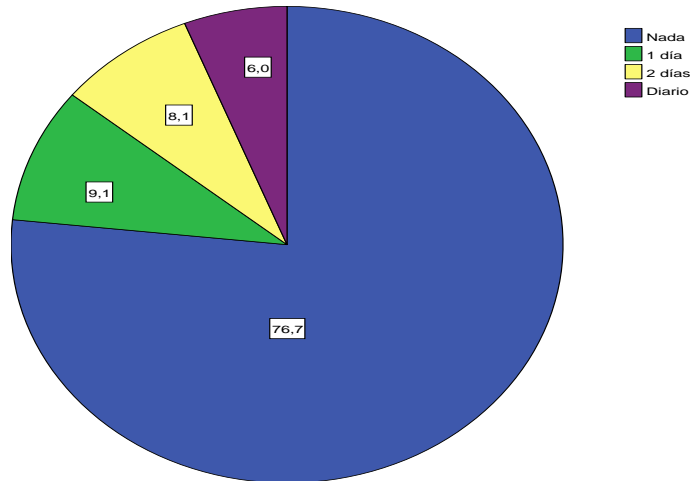
A continuación se analizará el consumo de cannabis la semana previa antes de la encuesta, distinguiendo entre consumo durante la semana y el fin de semana.

Figura 22. Consumo de cannabis durante la última semana. ENTRE SEMANA



Como muestra la figuras 22, un 14% de los adolescentes encuestados, dice consumir entre semana, de los cuales un 6,5% consume porros una vez a la semana, un 4,5% de los adolescentes lo hace de 2 a 6 veces por semana, y un 3,0% lo hace a diario.

Figura 23. Consumo de cannabis durante la última semana. FIN DE SEMANA



En cuanto al consumo durante el fin de semana, un 23,3% de los estudiantes afirman fumar porros los fines de semana, de los cuales un 9,1% lo hace un día, un 8,1% fuma dos días y un 6,0% fuma todos los tres días del fin de semana.

A continuación se presentan las relaciones entre las variables consumo de cannabis en la última semana y el género.

Tabla 46. Consumo de cannabis durante la última semana y género

	Sexo		χ^2 gl V de Cramer
	Hombre	Mujer	
Entre semana	N	145	χ^2 41,865*** V Cramer ,174
	%	74,4%	
Fines de semana	N	213	χ^2 27,897*** V Cramer ,142
	%	65,7%	

***p<,001

Como se puede ver en la tabla 46, el consumo de cannabis durante la semana previa a la encuesta, se lleva a cabo principalmente durante los fines de semana, donde los porcentajes de chicos que consumen es superior al de las chicas, existiendo una relación significativa entre el consumo de cannabis por los adolescentes y el género de los mismos, tanto en los consumos durante la semana ($\chi^2=41,865$, gl(1), p<,001 y V de

INVESTIGACIÓN EMPÍRICA: Resultados

Cramer ,174), como en los que se realizan en el fin de semana ($\chi^2=27,897$, gl(1), $p<,001$ y V de Cramer ,142)

A continuación se presentan la relación entre el consumo de cannabis durante la última semana y la edad de los adolescentes encuestados.

Tabla 47. Consumo de cannabis durante la última semana y edad

		Edad					χ^2 V de Cramer
		14,00	15,00	16,00	17,00	18,00	
Entre semana	N	8	26	47	66	48	χ^2 45,011*** V Cramer ,180
	%	4,1%	13,3%	24,1%	33,8%	24,6%	
Fines de semana	N	12	60	78	98	76	χ^2 54,417*** V Cramer ,198
	%	3,7%	18,5%	24,1%	30,2%	23,5%	

*** $p<,001$

En la tabla 47 se puede observar que el consumo de cannabis aumenta con la edad, siendo el grupo de adolescentes de 17 años los que presentan un porcentaje de consumo de porros más elevado. La relación entre ambas variables es significativa, tanto en el consumo de cannabis durante la semana ($\chi^2=45,011$, gl(4), $p<,001$ y V de Cramer ,180), como durante los fines de semana ($\chi^2=54,417$, gl(4), $p<,001$ y V de Cramer ,198). El consumo es ligeramente superior durante los fines de semana.

En la siguiente tabla se presenta la relación entre el consumo de cannabis durante la última semana y la situación educativa de los adolescentes.

Tabla 48. Consumo de cannabis en la última semana y situación educativa

		Situación Educativa		χ^2 V de Cramer
		Secundaria	Ciclos	
Entre semana	Recuento	136	59	65,927*** ,218
	% de Ciclos	11,2%	34,1%	
	% del total	9,8%	4,2%	
Fines de semana	Recuento	250	74	41,792*** ,173
	% de Ciclos	20,6%	42,8%	
	% del total	18,0%	5,3%	

*** $p<,001$

Como se puede observar en la tabla 48, existe una relación significativa entre la situación educativa de los adolescentes y el consumo de cannabis durante la semana ($\chi^2=65,927$, $p<,001$ y V de Cramer ,218) y durante el fin de semana ($\chi^2= 41,792$, $p<,001$ y V de Cramer ,173), de manera que los adolescentes que cursan ciclos de formación profesional y garantía social presentan un porcentaje mayor de consumo,

tanto entre semana, como durante los fines de semana, que los adolescentes que cursan ESO y Bachillerato.

4.1.4.4. EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE CANNABIS

El cannabis es también la droga ilegal que se empieza a consumir a una edad más temprana. La edad media de inicio en el consumo de cannabis de los estudiantes de este estudio se sitúa en los 14,5 años, siendo similar en ambos sexos (14,4 años para chicos y 14,65 para chicas)

Tabla 49. Edad de inicio de consumo de cannabis y género

Sexo	N	Media	D.T.	Error típ. media	T(GL)
Hombre	371	14,4933	1,32821	,06896	-1,579 (636)
Mujer	267	14,6554	1,20821	,07394	ns

4.1.4.5. CONTINUIDAD DE CONSUMO DE CANNABIS

El coeficiente de correlación por rangos de Spearman, entre las variables “haber consumido cannabis alguna vez” y “consumo de cannabis en los últimos 30 días”, muestra una gran continuidad en el consumo de cannabis, con una correlación de ,635 (la correlación es significativa al nivel 0,01 bilateral).

4.1.5. CONSUMO DE COCAÍNA

En este apartado se analiza el consumo de cocaína por los adolescentes de 14 a 18 años de Guadalajara. Se comienza la descripción de frecuencias de consumo en las variables “alguna vez en la vida”, “en los últimos seis meses”, “en los últimos treinta días”, y “en la última semana”, distinguiendo si el consumo se realiza durante la semana o los fines de semana. Se analizarán las relaciones entre estas variables y el género, la edad y situación educativa, así como la edad media de inicio de consumo.

4.1.5.1. CONSUMO COCAÍNA “ALGUNA VEZ” Y EN LOS “ÚLTIMOS 6 MESES”.

La cocaína es después del cannabis, la droga ilegal, cuyo consumo está más extendido entre los adolescentes de 14 a 18 años. Como se puede ver en la tabla 50,

un 8,2% la han consumido alguna vez y un 5,6% refiere haber consumido en los últimos 6 meses.

Tabla 50. Consumo cocaína “alguna vez” y en los “últimos 6 meses”

	Frecuencia	Porcentaje
Alguna vez	114	8,2
Últimos 6 meses	78	5,6

A continuación se presenta la relación entre el género y el consumo de cocaína “alguna vez” y en “los últimos 6 meses”.

Tabla 51. Consumo de cocaína “alguna vez” y en los “últimos 6 meses” y género

		Sexo		χ^2 V de Cramer
		Hombre	Mujer	
Alguna vez	N	87	27	χ^2 27,294*** V Cramer ,140
	%	76,3%	23,7%	
Últimos 6 meses	N	59	19	χ^2 17,130*** V Cramer ,111
	%	75,6%	24,4%	

***p<,001

Como puede observarse en la tabla 51, resulta significativa la relación entre el género de la población de estudio y el consumo de cocaína “alguna vez” ($\chi^2=22,294$, $p<,001$ y V Cramer=,140), y “en los últimos 6 meses” ($\chi^2=17,130$, $p<,001$ y V de Cramer=,111) obteniendo los hombres un porcentaje muy superior al de las mujeres tanto en el consumo “alguna vez en la vida” (76,3% vs 23,7%), como en el consumo en los “últimos 6 meses” (75,6% vs 24,4%).

En la siguiente tabla, se muestra la relación entre la edad de los adolescentes y el consumo de cocaína en las categorías de consumo, “alguna vez” y en los “últimos 6 meses”.

Tabla 52. Consumo de cocaína “alguna vez” y “últimos 6 meses” y edad

		Edad					χ^2 V de Cramer
		14,00	15,00	16,00	17,00	18,00	
Alguna vez	N	2	12	23	41	36	χ^2 49,457*** V Cramer ,189
	%	1,8%	10,5%	20,2%	36,0%	31,6%	
Últimos 6 meses	N	1	10	17	25	25	χ^2 28,731*** V Cramer ,144
	%	1,3%	12,8%	21,8%	32,1%	32,1%	

***p<,001

INVESTIGACIÓN EMPÍRICA: Resultados

Los datos de la tabla 52, muestran un aumento de consumo de cocaína por los adolescentes con la edad, de tal forma, que existe un aumento de consumo de cocaína progresivo hasta los 17 años para, a partir de esa edad estabilizarse y mantenerse igual en los 18 años. La relación entre las variables es estadísticamente significativa, tanto entre la edad y el consumo de cocaína alguna vez, ($\chi^2=49,457$, gl(4), $p<,001$ y V de Cramer ,189), como entre la edad y consumo en los últimos 6 meses ($\chi^2=28,731$, gl(4), $p<,001$ y V de Cramer ,144).

A continuación se presentan los resultados del consumo de cocaína en relación con la situación educativa de los adolescentes.

Tabla 53. Consumo de cocaína “alguna vez” y en los “últimos 6 meses” y situación educativa

		Ciclos formativos		χ^2 V de Cramer
		ESO/ Bachillerato	Ciclos	
Alguna Vez	N	66	48	χ^2 100,133*** V Cramer ,268
	%	57,9%	42,1%	
Últimos 6 meses	N	46	32	χ^2 61,867*** V Cramer ,211
	%	59,0%	41,0%	

*** $p<,001$

Como se puede observar en la tabla 53, existe una relación significativa entre el consumo de cocaína y la situación educativa de los adolescentes, tanto en la categoría alguna vez ($\chi^2=100,133$, $p<,001$ y V de Cramer ,268); como en los últimos 6 meses ($\chi^2=61,867$, $p<,001$ y V de Cramer ,211). La prevalencia de consumo de cocaína es mayor en los adolescentes que cursan los cursos de formación profesional y garantía social, que los que cursan ESO y Bachillerato.

4.1.5.2. CONSUMO DE COCAÍNA EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS

A continuación se presenta la frecuencia de consumo de cocaína en los últimos 30 días.

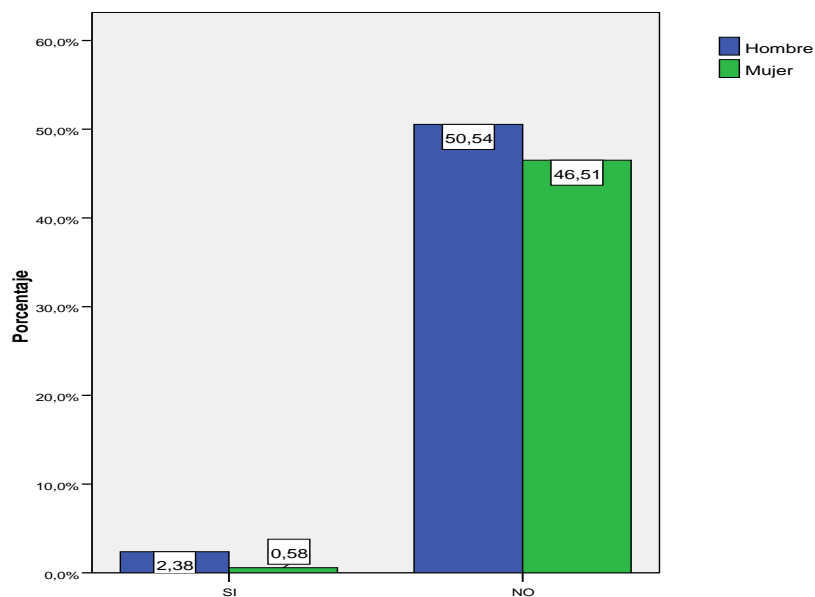
Tabla 54. Consumo de cocaína en los últimos 30 días

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Nada	1348	97,0	97,0	97,0
1-2/al mes	34	2,4	2,4	99,5
1/semana	4	,3	,3	99,8
2-6/semana	3	,2	,2	100,0
Total	1389	100,0	100,0	

Como se puede observar en la tabla 54, un 3,0% de los adolescentes encuestados afirman haber consumido cocaína durante el mes previo a la encuesta, de los cuales el 2,4% refiere haber consumido 1-2 veces al mes, un 0,3% una vez a la semana y un 0,2% dice haber consumido cocaína de 2-6 veces por semana.

A continuación se establece la relación entre las variables género y el consumo de cocaína en los últimos 30 días.

Figura 24. Consumo de cocaína en los últimos 30 días y el género

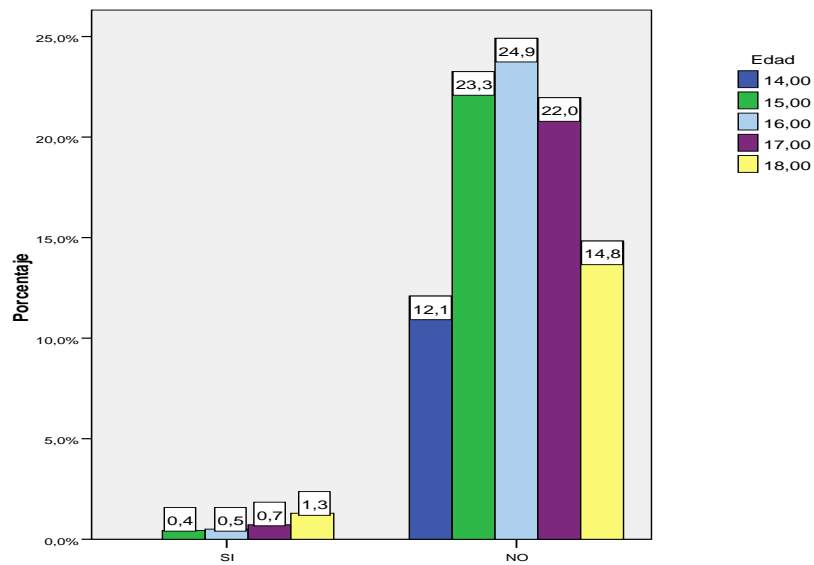


$\chi^2=12,891$, $gl(1)$, $p<,000$ y una V de Cramer de ,096

Como podemos ver en la figura 24, el consumo de cocaína durante los últimos 30 días se da principalmente en los hombres, con un 80,5% frente al 19,5% de las mujeres. Existe una relación significativa entre ambas variables, con una $\chi^2=12,891$, $gl(1)$, $p<,001$ y una V de Cramer de ,096.

En la siguiente figura se presentan la relación entre el consumo de cocaína en los últimos treinta días y la edad. Como se puede apreciar, existe un aumento del consumo de cocaína con a edad, de tal manera que a mayor edad, mayor prevalencia de consumo, siendo el grupo de adolescentes de 18 años, los que presentan un porcentaje mayor de consumo (1,3%). Los datos muestran una relación significativa entre ambas variables, con una $\chi^2=27,993$, $p<,001$ y una V de Cramer de ,142.

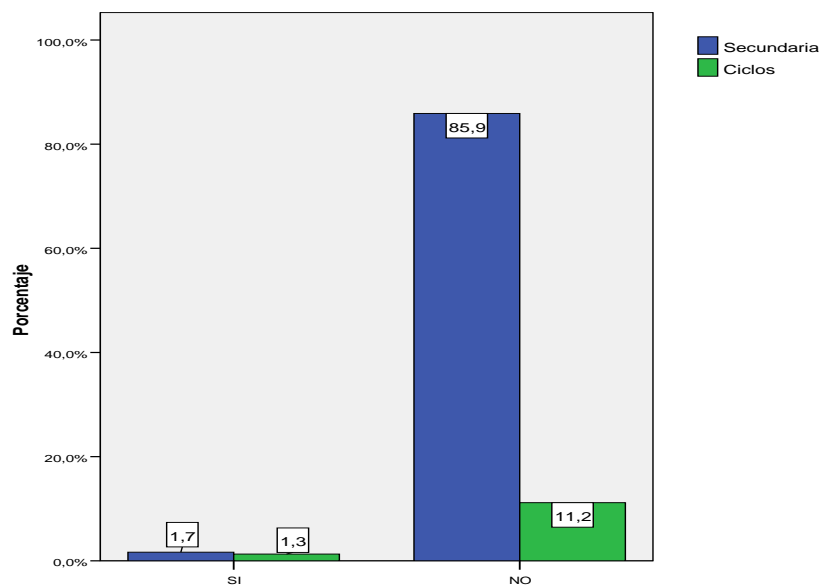
Figura 25. Consumo de cocaína en los últimos 30 días y el edad



$\chi^2=27,993$, $p<,001$ y una V de Cramer de ,142

En la siguiente figura, se puede observar la prevalencia de consumo de cocaína en función de la variable situación educativa. Un 1,7% de los estudiantes de ESO y Bachillerato refieren haber consumido cocaína en mes previo a la encuesta, frente al 1,3% de los estudiantes de los cursos de formación profesional y garantía social. No existe una relación significativa entre ambas variables.

Figura 26. Consumo de cocaína en los últimos 30 días y situación educativa



4.1.5.3. CONSUMO DE COCAÍNA EN LA ÚLTIMA SEMANA

A continuación se presentan los resultados de consumo de cocaína por los adolescentes del estudio en la semana previa a la encuesta, distinguiendo entre consumo entre la semana y consumo durante el fin de semana.

Tabla 55. Consumo de cocaína entre semana

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Nada	1387	99,9	99,9	99,9
1 vez/semana	2	,1	,1	100,0
Total	1389	100,0	100,0	

Tabla 56. Consumo de cocaína durante el fin de semana

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Nada	1359	97,8	97,8	97,8
1 día	28	2,0	2,0	99,9
2 días	2	,1	,1	100,0
Total	1389	100,0	100,0	

Como se puede observar en las tablas 55 y 56, el consumo de cocaína en la semana previa a la encuesta, se caracteriza por ser un consumo fundamentalmente centrado en el fin de semana, ya que, tan sólo un 0,1% de los adolescentes dicen haber consumido cocaína entre semana, mientras que un 2,1% lo han hecho durante el fin de semana, de los cuales un 2,0% ha consumido un día y el 0,1% dos días del fin de semana.

A continuación se presenta la relación entre el consumo de cocaína en la última semana y el género.

Tabla 57. Consumo de cocaína en la última semana y género

		Sexo		χ^2 V de Cramer
		Hombre	Mujer	
Entre semana	N	2	0	χ^2 1,782 p,501 N.S.
	%	100,0%	,0%	
Fin de semana	N	22	8	χ^2 5,130* p,026 V Cramer ,061
	%	73,3%	26,7%	

*p<,05

Como podemos ver en la tabla 57, el escaso consumo de cocaína en la semana previa a la encuesta (de lunes a jueves) se da en hombres, no mostrando una relación significativa con la variable género. Sin embargo, el consumo durante el fin de semana si se relaciona de manera significativa con el género, mostrando un porcentaje mayor de consumo los hombres sobre las mujeres (73,3% vs 26,7%), con una $\chi^2=5,130$, $p<,026$ y una V de Cramer ,061.

El consumo de cocaína durante la última semana aumenta con la edad, aunque esta relación no es significativa, ni en el consumo entre semana, ni en el consumo de cocaína durante el fin de semana, como se puede observar en la siguiente tabla.

Tabla 58. Consumo de cocaína durante la última semana y edad

		Edad					χ^2
		14,00	15,00	16,00	17,00	18,00	
Entre semana	N	0	0	1	1	0	χ^2 2,175 p, 704
	%	,0%	,0%	50,0%	50,0%	,0%	
Fin de semana	N	0	6	7	8	9	χ^2 7,811 p,099
	%	,0%	20,0%	23,3%	26,7%	30,0%	

4.1.5.4. EDAD MEDIA DE CONSUMO DE COCAÍNA

La edad media de inicio en el consumo de cocaína se sitúa en los 15,45 años, siendo la edad media de inicio en las mujeres anterior (15,0 años) que en los hombres (15,9 años).

Tabla 59. Edad de inicio de consumo de cocaína y género

	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media	T Student (gl)
Hombre	87	15,9770	1,22927	,13179	3,712** (51,118)
Mujer	28	15,0714	1,08623	,20528	

**p<,01

Como se puede ver en la tabla 59, existe una relación significativa entre la edad de inicio de consumo de cocaína y el género, con una T de student 3,712 (51,118) y $p<,01$, de tal manera que las chicas comienzan a consumir cocaína antes que los chicos.

4.1.5.5. CONTINUIDAD DE CONSUMO DE COCAÍNA

El coeficiente de correlación por rangos de Spearman entre las variables “haber consumido cocaína alguna vez” y “consumo de cocaína en los últimos treinta días” para conocer la continuidad de consumo, refleja una gran continuidad en el consumo de cannabis, con una correlación de ,583 (la correlación es significativa al nivel 0,01 bilateral).

4.1.6. CONSUMO DE HEROÍNA

La heroína es la droga que está menos extendida entre los adolescentes, aunque hay que señalar que las encuestas escolares no son un buen método para estudiar el consumo de esta droga, ya que generalmente se considera que lo subestiman (PNSD, 2008). El 0,1% de los encuestados, refieren haber consumido alguna vez esta droga, sin que existan consumos en los últimos seis meses ni en el último mes. La edad media de consumo de la heroína se sitúa en los 15 años

Debido a la baja prevalencia de consumo de heroína no se pueden establecer relaciones entre el consumo y el género, edad y situación educativa, ni análisis posteriores.

4.1.7. CONSUMO DE DROGAS DE DISEÑO: ÉXTASIS

En este apartado se incluyen los resultados y análisis de la prevalencia de consumo de las drogas de diseño por los adolescentes de 14 a 18 años de Guadalajara, en las modalidades de “alguna vez en la vida”, en los “últimos 6 meses”, en los “últimos 30 días” y en la “última semana”, distinguiendo si el consumo ha sido durante la semana (de lunes a jueves) y los fines de semana (de viernes a domingo). Además se presentan los resultados de consumo de drogas de diseño en relación con el género, la edad y la situación educativa de los adolescentes.

4.1.7.1. CONSUMO DE DROGAS DE DISEÑO: ÉXTASIS, “ALGUNA VEZ EN LA VIDA” Y EN LOS “ÚLTIMOS 6 MESES”

En la siguiente tabla se presentan las frecuencias de consumo de drogas de diseño “alguna vez en la vida” y en los “últimos 6 meses”.

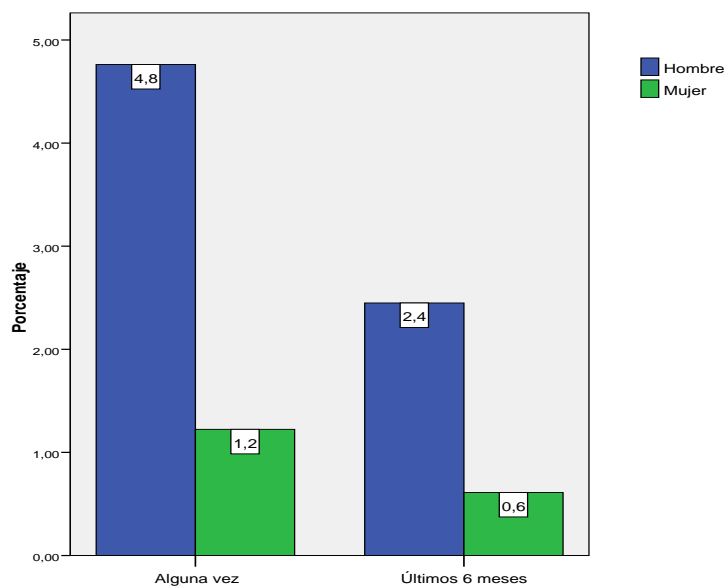
Tabla 60. Consumo drogas de diseño, “alguna vez” y “últimos 6 meses”

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Alguna vez	43	3,1	3,1	3,1
Últimos 6 meses	22	1,6	1,6	1,6

Como se puede observar en la tabla 60, la frecuencia de consumo de drogas de diseño “alguna vez” y en los “últimos 6 meses” disminuye con respecto a las otras drogas ilegales analizadas: cocaína y cannabis. De los estudiantes encuestados un 3,1% afirman haber consumido drogas de diseño alguna vez en la vida y un 1,6% lo ha hecho en los últimos seis meses.

A continuación se presentan los resultados de consumo de drogas de diseño en relación con el género de los adolescentes.

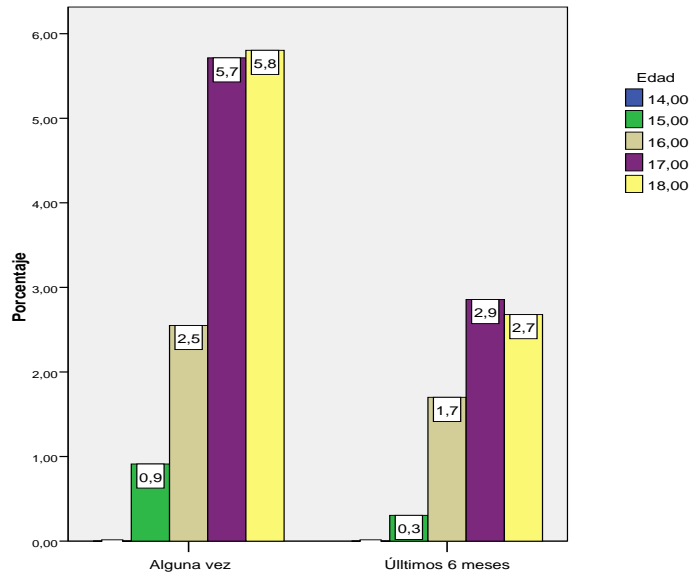
Figura 27. Consumo de drogas de diseño “alguna vez” y en los “últimos 6 meses” y género



Como se puede observar en la figura y como ocurre en el caso de las demás drogas ilegales, la proporción de consumidores entre los hombres es superior a la de las mujeres (un 4,8% vs 1,2 para “alguna vez” y 2,4% vs 0,6% para el consumo en los “últimos 6 meses”), siendo esta relación significativa para el consumo de “Alguna vez” $\chi^2=14,445$ y $p<,001$ y el consumo de drogas de diseño en los “últimos 6 meses”, con una $\chi^2=7,485$ y $p<,01$.

En la siguiente tabla se presentan los resultados del consumo de drogas de diseño en relación a la edad de los adolescentes.

Figura 28. Consumo de drogas de diseño “alguna vez” y en los “últimos 6 meses” y edad



Como se puede observar en la figura, existe una relación significativa entre el consumo de drogas de diseño y la edad de los adolescentes, tanto para el consumo “Alguna vez en la vida” ($\chi^2=23,623$, $p<,001$), como en los “Últimos 6 meses” ($\chi^2=11,190$, $p<,01$), de manera que existen un aumento de la prevalencia de consumo con la edad.

En la siguiente tabla se muestran los resultados entre el consumo de drogas de diseño y la situación educativa de los adolescentes.

Tabla 61. Consumo de drogas de diseño “alguna vez” y en los “últimos 6 meses” y situación educativa

	Situación Educativa		χ^2 V de Cramer
	Secundaria	Ciclos	
Alguna Vez	Recuento	25	18
	% de Ciclos	2,1%	10,4%
	% del total	1,8%	1,3%
Últimos 6 meses	Recuento	11	11
	% de Ciclos	,9%	6,4%
	% del total	,8%	,8%

*** $p<,001$

La χ^2 muestra que existe una relación significativa entre el consumo de drogas de diseño por los adolescentes y la situación educativa de los mismos. Como se puede

INVESTIGACIÓN EMPÍRICA: Resultados

observar en la tabla 61, hay un aumento de consumo de drogas de diseño en los adolescentes que cursan ciclos de formación profesional y de garantía social con respecto a los que estudian ESO y Bachillerato, tanto en el consumo de “alguna vez” (2,1% de consumo en estudiantes de secundaria, frente al 10,4% de estudiantes de ciclos), como en el consumo de drogas de diseño en los “últimos 6 meses” (0,9% vs 6,4%).

4.1.7.2. CONSUMO DE DROGAS DE DISEÑO EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS.

A continuación se presenta la frecuencia de consumo de éxtasis por los adolescentes en los últimos 30 días.

Tabla 62. Consumo de las drogas de diseño en los últimos 30 días

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Nada	1377	99,1	99,1	99,1
1-2 veces al mes	12	,9	,9	100,0
Total	1389	100,0	100,0	

Como se puede observar en la tabla 62, tan solo el 0,9% de los adolescentes refieren haber consumido de 1-2 veces éxtasis en los últimos 30 días. Como sucede con la cocaína y demás drogas ilegales, se trata de un consumo esporádico.

En la tabla siguiente se presentan los resultados del consumo de éxtasis en relación con el género de los adolescentes en los últimos 30 días.

Tabla 63. Consumo de las drogas de diseño en los últimos 30 días y género

		Sexo		
		Hombre	Mujer	Total
SI	Recuento	11	1	12
	% de Sexo	1,5%	,2%	,9%
	% del total	,8%	,1%	,9%
NO	Recuento	724	653	1377
	% de Sexo	98,5%	99,8%	99,1%
	% del total	52,1%	47,0%	99,1%
		χ^2	7,295**	
		V de Cramer	,072	

**p<,01

INVESTIGACIÓN EMPÍRICA: Resultados

Como se puede observar en la tabla 63, existe una relación significativa entre el consumo de éxtasis en los últimos 30 días y el género de los estudiantes, con una $\chi^2=7,295$, $p<,01$ y V de Cramer ,72, de manera que los chicos presentan un porcentaje mayor de consumo que las chicas (1,5% en chicos frente al 0,2% en las chicas).

Los resultados del consumo de drogas de diseño y la edad, no muestran una relación significativa, aunque en general la prevalencia de consumo aumenta con la edad de los adolescentes.

En la siguiente tabla se presentan los resultados del consumo de éxtasis y la situación educativa de los adolescentes.

Tabla 64. Consumo de drogas de diseño en los últimos 30 días y situación educativa

		Ciclos formativos		
		Secundaria	Ciclos	Total
SI	Recuento	4	8	12
	% de Ciclos	,3%	4,6%	,9%
	% del total	,3%	,6%	,9%
NO	Recuento	1212	165	1377
	% de Ciclos	99,7%	95,4%	99,1%
	% del total	87,3%	11,9%	99,1%
		χ^2	32,626***	
		V de Cramer	,153	

*** $p<,001$

Los resultados muestran una relación significativa entre el consumo de éxtasis y la situación educativa de los adolescentes, con una $\chi^2=32,626$, $p<,001$ y V de Cramer ,153. Los adolescentes que estudian ciclos de formación profesional y garantía social, presentan un porcentaje mayor de consumo (0,6% del total) que los que estudian ESO y Bachillerato (0,3% del total).

4.1.7.3. CONSUMO DE DROGAS DE DISEÑO EN LA ÚLTIMA SEMANA

A continuación se presentan la frecuencia de consumo de las drogas de diseño durante la semana previa a la encuesta.

Tabla 65. Consumo de drogas de diseño durante el último fin de semana.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Nada	1386	99,8	99,8	99,8
1 día	3	,2	,2	100,0
Total	1389	100,0	100,0	

El consumo de drogas de diseño durante la última semana, es un consumo de fin de semana, donde un 0,2% afirman haber tomado un día del fin de semana.

No existen relaciones estadísticamente significativas entre el consumo de drogas de diseño y el género y edad de los adolescentes.

A continuación se presentan los resultados del consumo de drogas de diseño y la situación educativa de los adolescentes.

Tabla 66. Consumo de drogas diseño fin de semana y situación educativa

		Ciclos formativos		
		Secundaria	Ciclos	Total
SI	Recuento	1	2	3
	% de Ciclos	,1%	1,2%	,2%
	% del total	,1%	,1%	,2%
NO	Recuento	1215	171	1386
	% de Ciclos	99,9%	98,8%	99,8%
	% del total	87,5%	12,3%	99,8%
		χ^2	8,103*	
		V de Cramer	,076	

*p<,05

Como se puede observar en la tabla 66, mientras en los cursos de secundaria la prevalencia es del 0,1% de consumo, en los cursos de ciclos formativos y garantía social es del 1,2%, siendo esta diferencia significativa para p<,05, con una $\chi^2=8,103$.

4.1.7.4. EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE DROGAS DE DISEÑO

La edad media de inicio en el consumo se situó en los 16,2 años, con diferencias en función del género. Como se puede observar en la siguiente tabla, el análisis de medias muestra una relación significativa entre edad de inicio de consumo de drogas de diseño y el género, con una t=3,044, p<,01 Las chicas comienzan a consumir antes

las drogas de diseño que los chicos, siendo la edad de inicio de consumo en las chicas 15,1 años, frente a los 16,5 años en los chicos

Tabla 67. Edad media de inicio de consumo de drogas de diseño

Género	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media	t(gl)
Hombre	35	16,5143	1,17251	,19819	
Mujer	8	15,1250	1,12599	,39810	3,044(41)**
Total	43	16,2558	1,27416		

*p<,01

4.1.7.5. CONTINUIDAD DE CONSUMO DE DROGAS DE DISEÑO

El coeficiente de correlación por rangos de Spearman entre las variables “haber consumido drogas de diseño alguna vez” y “consumo de drogas de diseño en los últimos treinta días” para conocer la continuidad de consumo, muestra una gran continuidad en el consumo, con una correlación de -,522 (la correlación es significativa al nivel 0,01 bilateral).

4.1.8. CONSUMO DE LSD O TRIPIS

En este apartado se incluyen los resultados y análisis de la prevalencia de consumo de LSD o tripis por los adolescentes de 14 a 18 años de Guadalajara, en las modalidades de “alguna vez en la vida”, en los “últimos 6 meses”, en los “últimos 30 días” y en la “última semana”, distinguiendo si el consumo ha sido durante la semana (de lunes a jueves) y los fines de semana (de viernes a domingo). Además se presentan los resultados de consumo de LSD en relación con el género, la edad y la situación educativa de los adolescentes.

4.1.8.1. CONSUMO DE LSD O TRIPIS, “ALGUNA VEZ EN LA VIDA” Y EN LOS “ÚLTIMOS 6 MESES”

En la siguiente tabla se presentan las frecuencias de consumo de tripis “alguna vez en la vida” y en los “últimos 6 meses”.

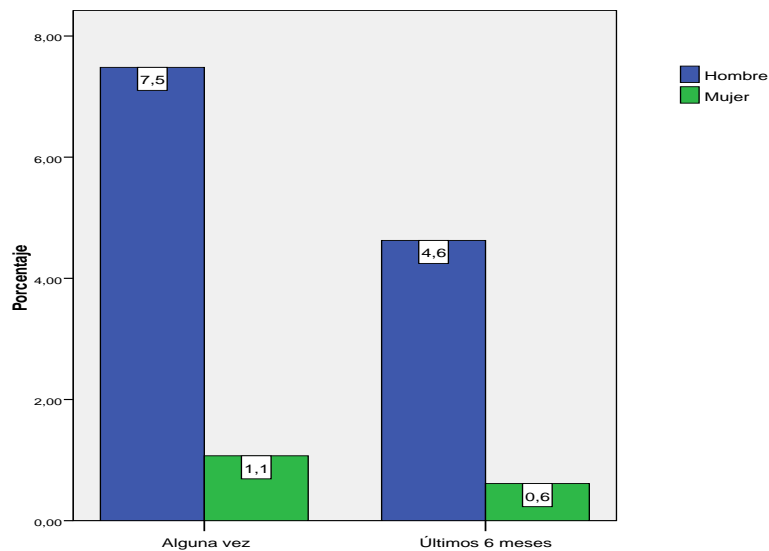
Tabla 68. Consumo de tripis, alguna vez y últimos 6 meses

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Alguna vez	62	4,5	4,5	4,5
Últimos 6 meses	38	2,7	2,7	2,7

Como se puede observar en la tabla 68, la frecuencia de consumo de tripis “alguna vez” y en los “últimos 6 meses” disminuye con respecto a las otras drogas ilegales analizadas, como la cocaína y el cannabis. De los estudiantes encuestados un 4,5% afirman haber consumido tripis alguna vez en la vida y un 2,7% lo ha hecho en los últimos seis meses.

A continuación se presentan los resultados de consumo de tripis en relación con el género de los adolescentes.

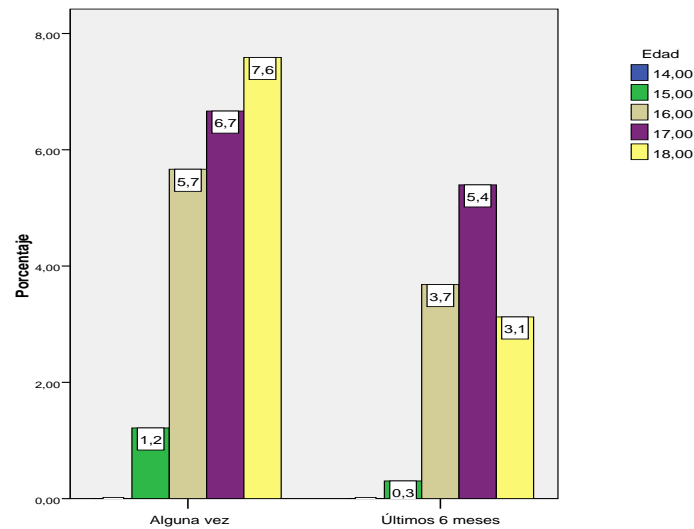
Figura 29. Consumo de tripis “alguna vez” y en los “últimos 6 meses” y género



Como se puede observar en la figura 29, existe una relación estadísticamente significativa entre el consumo de tripis y el género de los adolescentes, tanto en el consumo “Alguna vez en la vida”, con una $\chi^2=33,372$ y $p<,001$, como en los “últimos 6 meses”, con una $\chi^2=20,957$ y $p<,001$. Los chicos presentan un porcentaje de consumo más elevado que las chicas.

A continuación se presentan los resultados del consumo de tripis en relación con la edad de los adolescentes.

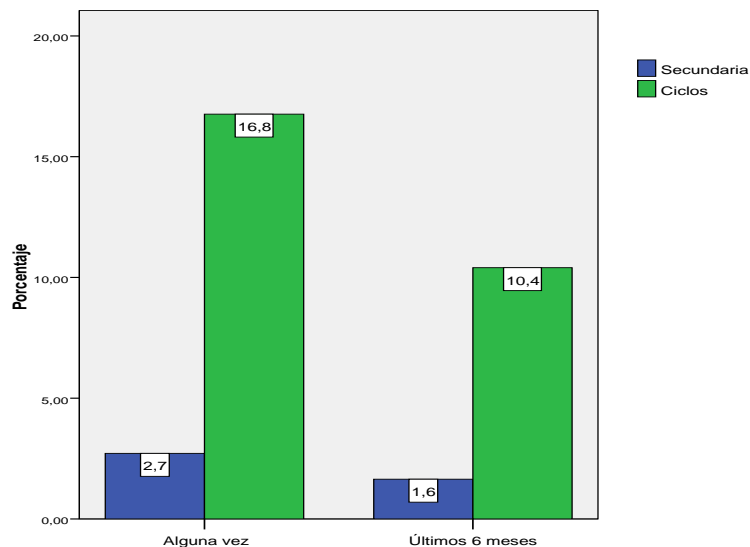
Figura 30. Consumo de tripis “alguna vez” y en los “últimos 6 meses” y edad



Como se puede observar en la figura 30, existe una relación significativa entre el consumo de tripis en la categoría “Alguna vez” ($\chi^2=25,900$, $p<,001$ y una V de Cramer ,137) y en los “Últimos 6 meses” ($\chi^2=21,737$, $p<,001$ y una V de Cramer ,125), de tal forma que el consumo de tripis aumenta con la edad, presentando un mayor consumo los adolescentes de 18 años en “alguna vez”, y los de 17 años en el consumo en los “últimos 6 meses”.

En la siguiente figura se muestran los resultados entre el consumo de tripis y la situación educativa.

Figura 31. Consumo de tripis “alguna vez” y en los “últimos 6 meses” y situación educativa



INVESTIGACIÓN EMPÍRICA: Resultados

Como se puede observar en la figura 31, existe una relación estadísticamente significativa entre el consumo de tripis “Alguna vez”, con una $\chi^2=70,101$, $p<,001$ y una V de Cramer ,225; y en los últimos 6 meses, con una $\chi^2=43,676$, $p<,001$ y una V de Cramer ,177. Los adolescentes que estudian ciclos de formación profesional y cursos de garantía social presentan una proporción más elevada de consumo (16,8%) que los que cursan ESO y Bachillerato (2,7%).

4.1.8.2. CONSUMO DE LSD EN LOS ÚLTIMOS 30 DIAS

A continuación se presenta la frecuencia de consumo de LSD/tripis por los adolescentes en los últimos 30 días.

Tabla 69. Consumo de tripis en los últimos 30 días.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Nada	1371	98,7	98,7	98,7
1-2 veces mes	18	1,3	1,3	100,0
Total	1389	100,0	100,0	

Como se puede observar en la tabla 69 el 1,3% de los adolescentes refieren haber consumido tripis en los últimos 30 días con una frecuencia de 1-2 veces al mes.

En la siguiente tabla se presentan los resultados sobre el consumo de tripis y el género de los adolescentes.

Tabla 70. Consumo de tripis en los últimos 30 días y género

		Género		
		Hombre	Mujer	Total
Nada	Recuento	718	653	1371
	% Sexo	97,7%	99,8%	98,7%
	% total	51,7%	47,0%	98,7%
1-2 veces mes	Recuento	17	1	18
	% Sexo	2,3%	,2%	1,3%
	% total	1,2%	,1%	1,3%
		χ^2	12,623***	
		V de Cramer	,095	

*** $p<,001$

La tabla 70 muestra una relación significativa entre el consumo de tripis durante el mes previo a la encuesta y el género de los adolescentes, con una $\chi^2=12,623$, $p<,001$ y una

INVESTIGACIÓN EMPÍRICA: Resultados

V de Cramer ,095, de manera que los chicos presentan una frecuencia de consumo superior a la de las chicas (1,2% vs. 0,1%).

En la siguiente tabla se presentan los resultados del consumo de tripis y la edad de los adolescentes.

Tabla 71. Consumo de tripis en los últimos 30 días y la edad.

		Edad					Total
		14,00	15,00	16,00	17,00	18,00	
Nada	Recuento	168	328	346	307	222	1371
	% de Edad	100,0%	99,7%	98,0%	97,5%	99,1%	98,7%
	% del total	12,1%	23,6%	24,9%	22,1%	16,0%	98,7%
1-2 veces al mes	Recuento	0	1	7	8	2	18
	% de Edad	,0%	,3%	2,0%	2,5%	,9%	1,3%
	% del total	,0%	,1%	,5%	,6%	,1%	1,3%
		χ^2	10,134*				
		V de Cramer	,085				

*p<,05

Como se puede observar en la tabla 71, existe una relación significativa entre ambas variables, con una $\chi^2=10,184$, p<,05 y una V de Cramer ,085, de tal manera que hay un aumento de consumo de tripis a medida que aumenta la edad de los adolescentes hasta los 17años.

A continuación se presentan los resultados del consumo de tripis y la situación educativa de los adolescentes.

Tabla 72. Consumo de tripis en los últimos 30 días y situación educativa.

		Situación educativa		
		Secundaria	Ciclos	Total
Nada	Recuento	1208	163	1371
	% Ciclos	99,3%	94,2%	98,7%
	% del total	87,0%	11,7%	98,7%
1-2 veces al mes	Recuento	8	10	18
	% Ciclos	,7%	5,8%	1,3%
	% del total	,6%	,7%	1,3%
		χ^2	31,069***	
		V de Cramer	,150	

***P<,001

La tabla 72 muestra una relación significativa entre el consumo de tripis en los últimos 30 días y la situación educativa de los adolescentes, con una $\chi^2=31,069$, p<,001 y una V de Cramer ,150. Los adolescentes que cursan los ciclos de formación profesional y

garantía social presentan una frecuencia de consumo mayor que los que estudian los cursos de ESO y Bachillerato.

4.1.8.3. CONSUMO DE TRIPIS EN LA ÚLTIMA SEMANA

A continuación se presentan la frecuencia de consumo de tripis durante la semana previa a la encuesta, distinguiendo entre el consumo durante la semana y el fin de semana.

Tabla 73. Consumo de tripis durante la última semana

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Entre semana: Una vez	1	,1	,1
Fin de semana: un día	11	,8	,8

El consumo de tripis durante la última semana, es un consumo centrado en el fin de semana, ya que un 0,8% de los adolescentes afirman haber consumido tripis durante el fin de semana. Sin embargo, el consumo durante la semana se reduce al 0,1% de los adolescentes.

Debido a la frecuencia tan baja de consumo de tripis durante la semana (de lunes a jueves) no se presentan los resultados, en relación con el género, edad y situación educativa.

No existe una relación estadísticamente significativa entre el consumo de tripis durante el último fin de semana y la edad. No obstante la prevalencia de consumo de tripis aumenta con la edad, siendo el grupo de los 17 años los que presentan una mayor prevalencia.

Como se puede observar en la tabla siguiente, existe una relación estadísticamente significativa entre el consumo de tripis y la situación educativa de los adolescentes, con $\chi^2=36,941$, $p<,001$ y una V de Cramer ,163, de tal manera que los adolescentes que cursan ciclos de formación profesional y garantía social, presentan una frecuencia de consumo de tripis más elevada que los que estudian ESO y Bachillerato.

Tabla 74. Consumo de tripis durante el último fin de semana y la situación educativa

		Situación educativa		
		Secundaria	Ciclos	Total
Nada	Recuento	1213	165	1378
	% de Ciclos	99,8%	95,4%	99,2%
	% del total	87,3%	11,9%	99,2%
1 día	Recuento	3	8	11
	% de Ciclos	,2%	4,6%	,8%
	% del total	,2%	,6%	,8%
		χ^2	36,941***	
		V de Cramer	,163	

***p<,001

4.1.8.4. EDAD DE INICIO DEL CONSUMO DE TRIPIS

A continuación se presentan los resultados de análisis de medias de inicio de consumo de tripis y su relación con el género de los adolescentes.

Tabla 75. Edad media de inicio de consumo de tripis

Sexo	N	Media	D.T.	Error típ. media	t(gl)
Hombre	55	15,9091	,98644	,13301	
Mujer	7	16,2857	1,11270	,42056	-,939(60)
TOTAL	62	15,9516	,99881		

Como se puede observar en la tabla 75, la edad de inicio de consumo de tripis es de 15,9 años, siendo ligeramente superior en hombres 15,9 años que en mujeres 16,2 años, pero no siendo una diferencia estadísticamente significativa.

4.1.8.5. CONTINUIDAD DE CONSUMO DE TRIPIS

El coeficiente de correlación por rangos de Spearman entre las variables “haber consumido tripis alguna vez” y “consumo de tripis en los últimos treinta días”, muestra una gran continuidad en el consumo de tripis, con una correlación de -,530, p<,01.

4.1.9. CONSUMO DE ANFETAMINAS

En este apartado se presentan los resultados relacionados con el consumo de anfetaminas por los adolescentes de 14 a 18 años en relación al consumo “Alguna vez

en la vida”, en los “Últimos 6 meses”, en los “Últimos 30 días” y la “última semana” distinguiendo si el consumo ha sido entre semana o durante el fin de semana. Al igual que en los apartados anteriores, se presentan los resultados de consumo de anfetaminas en relación con el género, la edad y la situación educativa de los adolescentes.

4.1.9.1. CONSUMO DE ANFETAMINAS ALGUNA VEZ, EN LOS ÚLTIMOS SEIS MESES, EN EL ÚLTIMO MES Y LA ÚLTIMA SEMANA

En la tabla 76, se presentan las prevalencias de consumo de anfetaminas en todas las categorías de consumo analizadas.

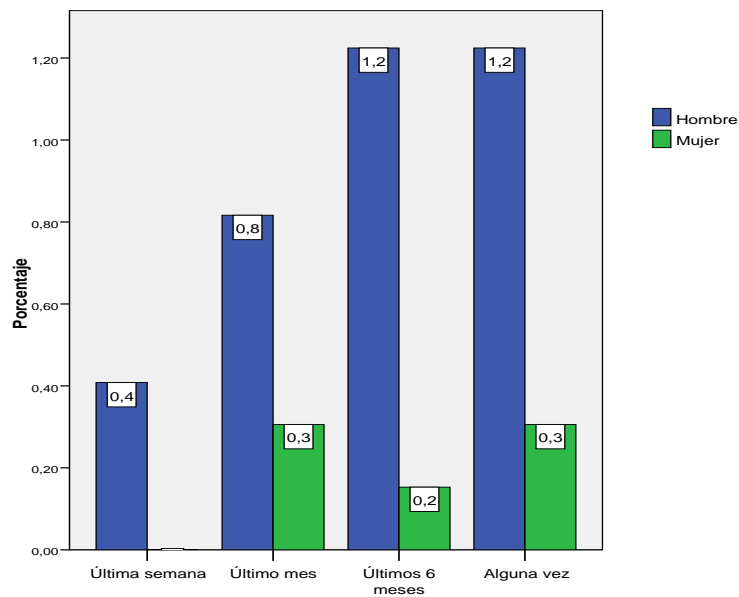
Tabla 76. Prevalencia de consumo de anfetaminas

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Alguna vez	11	,8	,8	,8
Últimos 6 meses	10	,7	,7	,7
Último mes	8	,6	,6	
Última semana	3	,2	,2	

Como se puede observar en la tabla 76, un 0,8% de los encuestados afirman haber consumido anfetaminas alguna vez en su vida, un 0,7% refieren haber consumido en los últimos 6 meses, un 0,6% en el último mes con una frecuencia de una o dos veces al mes; y un 0,2% dicen haber consumido un día en el fin de semana.

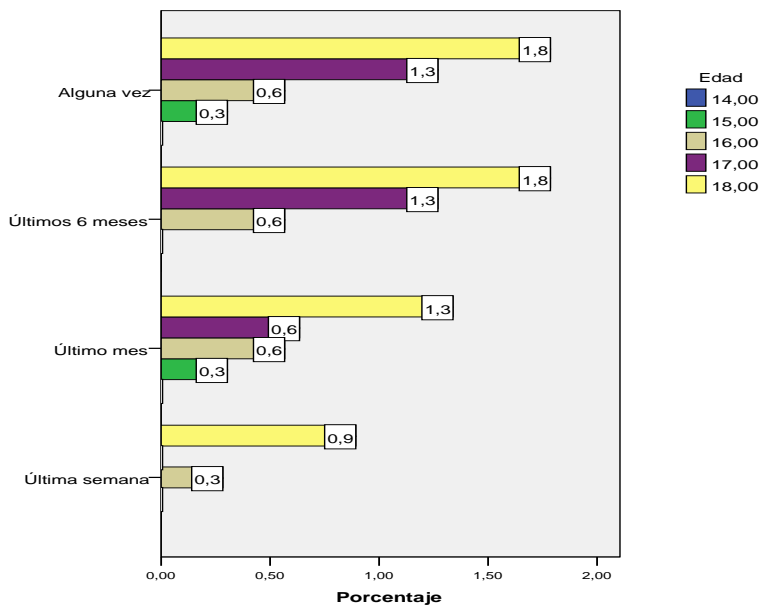
En la siguiente figura se presenta la prevalencia de consumo de anfetaminas en todas las categorías de consumo y el género de los adolescentes. Como se puede observar, el consumo está más extendido en los hombres que en las mujeres en todas las categorías analizadas, sin embargo esta relación es estadísticamente significativa tan solo en la categoría de consumo en los últimos 6 meses, con una $\chi^2=5,560$, $p<.05$.

Figura 32. Consumo de anfetaminas y género



A continuación se presentan los resultados de prevalencia de consumo de anfetaminas en relación con la edad.

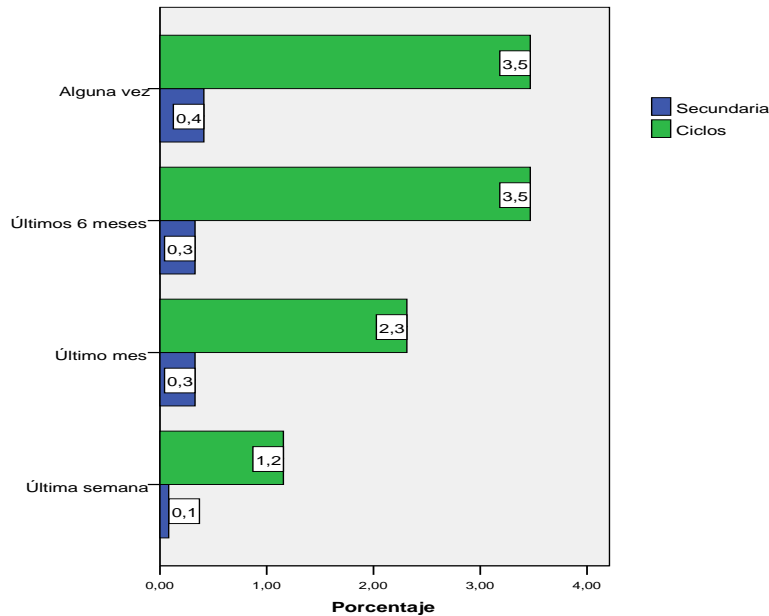
Figura 33. Consumo de anfetaminas y edad



En cuanto a la relación de consumo de anfetaminas y la edad de los adolescentes, como se puede observar en la figura 33, la mayor extensión del consumo de anfetaminas se encuentra entre los 17 a los 18 años.

En la siguiente figura, se presentan los resultados que relacionan el consumo de anfetaminas y la situación educativa de los adolescentes.

Figura 34. Consumo de anfetaminas y situación educativa



Aunque no existe una relación significativa entre la prevalencia de consumo de anfetaminas en todas las categorías y la situación educativa de los adolescentes, como se puede observar en la figura 34, los estudiantes de ciclos y garantía social presentan un porcentaje de consumo de anfetaminas más elevado que los que estudian en los cursos de ESO y Bachillerato en todas las categorías de consumo.

4.1.9.2. EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE ANFETAMINAS

A continuación se presentan los resultados de análisis de medias de inicio de consumo de anfetaminas y su relación con el género de los adolescentes.

Tabla 77. Edad media de inicio de consumo de anfetaminas

Sexo	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Hombre	9	16,3333	1,00000	,33333
Mujer	2	16,5000	3,53553	2,50000

La edad de inicio de consumo se situó en los 16,4 años, sin muchas diferencias entre los chicos (16,3 años) y las chicas (16,5 años).

4.1.10. CONSUMO DE INHALANTES VOLÁTILES

En este apartado se presentan los resultados relacionados con el consumo de inhalantes volátiles (pegamento) por los adolescentes de 14 a 18 años en relación al consumo “Alguna vez en la vida”, en los “Últimos 6 meses”, en los “Últimos 30 días” y la “última semana” distinguiendo si el consumo ha sido entre semana o durante el fin de semana. Al igual que en los apartados anteriores, se presentan los resultados de consumo de pegamento en relación con el género, la edad y la situación educativa de los adolescentes.

4.1.10.1. CONSUMO DE PEGAMENTO ALGUNA VEZ, EN LOS ÚLTIMOS SEIS MESES, EN EL ÚLTIMO MES Y LA ÚLTIMA SEMANA

En la tabla 78, se presentan las prevalencias de consumo de pegamento en todas las categorías de consumo analizadas.

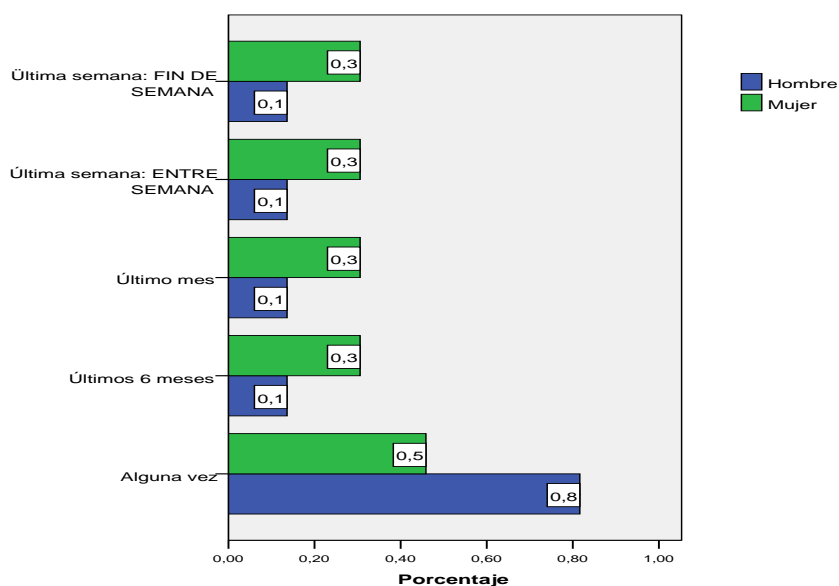
Tabla 78. Prevalencia de consumo de pegamento

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Alguna vez	9	,6	,6
Últimos 6 meses	3	,2	,2
Último mes	2	,1	,1
Última semana, ENTRE SEMANA	3	,2	,2
Última semana: FIN DE SEMANA	3	,2	,2

Como se puede observar en la tabla 78, el consumo de pegamento es reducido. Un 0,6% afirman haber consumido alguna vez pegamento, un 0,2% lo han hecho en los últimos seis meses, un 0,2% han consumido en los últimos treinta días y un 0,2% en la última semana.

En la siguiente figura, se presentan la prevalencia de consumo de pegamento en relación con el género de los estudiantes y, como se puede observar, aunque no existe una relación significativa, las chicas presentan un porcentaje superior que los chicos en las categorías de consumo de en los últimos 6 meses, el último mes y la última semana; mientras que los chicos presentan un porcentaje de consumo de pegamento superior a las chicas en la categoría de consumo de alguna vez.

Figura 35. Consumo de pegamento y género



No existe una relación significativa entre el consumo de pegamento y la edad de los adolescentes, así como la situación educativa de los mismos.

4.1.10.2. EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE INHALANTES VOLÁTILES

A continuación se presentan los resultados de análisis de medias de inicio de consumo de pegamento y su relación con el género de los adolescentes.

Tabla 79. Edad media de inicio del consumo de pegamento y género

	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Hombre	6	12,1667	1,16905	,47726
Mujer	3	13,3333	1,15470	,66667

La edad de inicio de consumo de esta sustancia es de 12,5 años (12,1 años en los chicos y 13,3 años en las chicas).

4.1.11. CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS

En este apartado se presentan los resultados relacionados con el consumo de psicofármacos por los adolescentes de 14 a 18 años, sin que exista distinción, si

dichos psicofármacos en los que se han incluido antidepresivos, tranquilizantes y sedantes, han sido con prescripción médica o no. Al igual que en los apartados anteriores, se presentan los resultados en relación al consumo “Alguna vez en la vida”, en los “Últimos 6 meses”, en los “Últimos 30 días” y la “última semana” distinguiendo si el consumo ha sido entre semana o durante el fin de semana.

4.1.11.1. CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS “ALGUNA VEZ” Y EN LOS “ÚLTIMOS 6 MESES”

En la siguiente tabla se presentan la frecuencia de consumo de psicofármacos “Alguna vez en la vida” y en los “últimos 6 meses”.

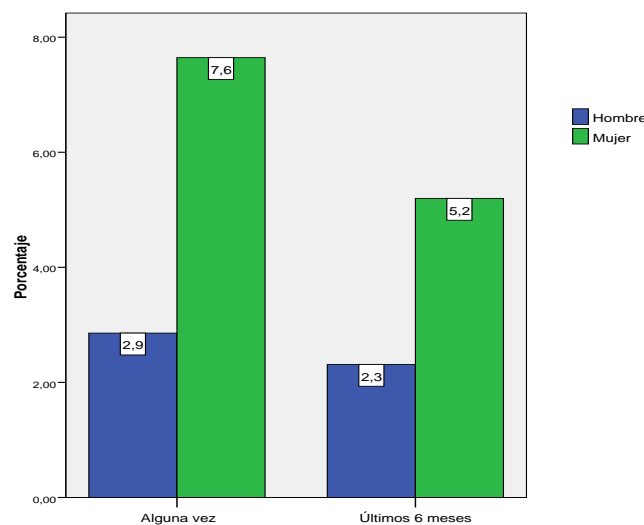
Tabla 80. Consumo de psicofármacos alguna vez y en los últimos 6 meses

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Alguna vez	71	5,1	5,1	5,1
Últimos 6 meses	51	3,7	3,7	3,7

Un 5,1% de los adolescentes afirman haber consumido alguna vez en la vida algún tipo de psicofármacos, y un 3,7% dicen haberlo hecho en los últimos 6 meses.

En la siguiente figura se presentan los resultados de consumo de psicofármacos en relación con el género de los adolescentes.

Figura 36. Consumo de psicofármacos alguna vez y en los últimos 6 meses y género



Como se puede observar en la figura 36, existe una relación significativa entre el género de los adolescentes y el consumo de psicofármacos “Alguna vez en la vida”, con una $\chi^2=16,358$, $p<,001$ y una V de Cramer ,109; y en los “Últimos 6 meses”, con una $\chi^2=8,149$, $p<,001$ y una V de Cramer ,077. Es una de las drogas en las que las chicas presentan una frecuencia de consumo superior a los chicos.

En cuanto al consumo de psicofármacos “Alguna vez” y en los “Últimos 6 meses” en relación con la edad de los adolescentes y la situación educativa de los mismos, no existen diferencias significativas.

4.1.11.2. CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS EN LOS “ÚLTIMOS 30 DÍAS”

En la siguiente tabla se presentan la frecuencia de consumo de psicofármacos durante los 30 días previos a la encuesta.

Tabla 81. Consumo de psicofármacos en los últimos 30 días

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Nada	1348	97,0	97,0	97,0
1-2 veces mes	22	1,6	1,6	98,6
1 semana	5	,4	,4	99,0
2-6 semana	8	,6	,6	99,6
Diariamente	6	,4	,4	100,0
Total	1389	100,0	100,0	

Como se puede observar en la tabla 81, un 3,0% de los adolescentes afirman haber consumido algún tipo de psicofármaco durante el último mes, de los cuales un 1,6% lo ha hecho de 1 a 2 veces al mes; un 0,4% una vez a la semana; un 0,6% dice haberlos consumido de 2-6 veces por semana y un 0,4% lo ha hecho a diario.

A continuación se presentan los resultados de consumo de psicofármacos en el último mes en relación al género de los adolescentes, y como se puede observar, existe una relación significativa entre el consumo de psicofármacos y el género de los adolescentes ($\chi^2=4,522$, $p<,05$), de tal forma que al igual que ocurre en el consumo “Alguna vez” y en los “Últimos 6 meses” las chicas presentan una prevalencia de consumo superior a la de los chicos (1,9% de las chicas frente al 1,0% de los chicos).

Tabla 82. Consumo psicofármacos durante los últimos 30 días y género.

		Género		
		Hombre	Mujer	Total
SI	Recuento	15	26	41
	% de Sexo	2,0%	4,0%	3,0%
	% del total	1,1%	1,9%	3,0%
NO	Recuento	720	628	1348
	% de Sexo	98,0%	96,0%	97,0%
	% del total	51,8%	45,2%	97,0%
		χ^2	4,522*	
		V de Cramer	,057	

*p<,05

En cuanto al consumo de psicofármacos en los “Últimos 30 días”, en relación con la edad de los adolescentes y la situación educativa de los mismos, no existen diferencias significativas.

4.1.11.3. CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS EN LA ÚLTIMA SEMANA.

A continuación se presentan las frecuencias de consumo de psicofármacos durante la última semana.

Tabla 83. Consumo de psicofármacos entre semana

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Nada	1366	98,3	98,3	98,3
1 semana	10	,7	,7	99,1
2-4 semana	7	,5	,5	99,6
Diariamente	6	,4	,4	100,0
Total	1389	100,0	100,0	

Como se puede observar en la tabla, un 1,7% de los adolescentes afirma haber consumido psicofármacos entre semana, de los cuales, un 0,7% lo ha hecho 1 vez a la semana; un 0,5% de 2 a 4 veces por semana y un 0,4% a diario.

Tabla 84. Consumo de psicofármacos durante el fin de semana

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Nada	1373	98,8	98,8	98,8
1 día	9	,6	,6	99,5
2 días	1	,1	,1	99,6
Diario	6	,4	,4	100,0
Total	1389	100,0	100,0	

En cuanto al consumo de psicofármacos durante el fin de semana, una 1,1% de los adolescentes refieren haberlos consumido, de los cuales un 0,6% lo ha hecho un día, un 0,1% dos días del fin de semana y un 0,4% a diario.

El consumo de psicofármacos es la una sustancia que es consumida con una mayor frecuencia entre semana que durante el fin de semana.

En cuanto al consumo de psicofármacos en la “última semana”, tanto entre semana como en el fin de semana, en relación con el género, la edad de los adolescentes y la situación educativa de los mismos, no existen diferencias significativas.

4.1.11.4. EDAD DE INICIO DE CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS

A continuación se presentan los resultados de análisis de medias de inicio de consumo de psicofármacos y su relación con el género de los adolescentes.

Tabla 85. Edad media de inicio de consumo de psicofármacos

	N	Media	Desviación típ.	Error típ. media	t(gl)
Hombre	21	15,3810	1,49921	,32715	
Mujer	51	14,7451	1,52109	,21300	1,619(70)
Total	72	14,9306	1,53206		

Como se puede observar en la tabla 85, la edad de inicio de consumo de psicofármacos es de 14,9 años. Las chicas comienzan a consumir antes que los chicos (14,74 años las chicas, frente al 15,38 años los chicos). Sin embargo, el análisis de medias no muestra una relación significativa.

4.1.11.5. CONTINUIDAD DE CONSUMO DE PSICOFÁRMACOS

El coeficiente de correlación por rangos de Spearman entre las variables “haber consumido psicofármacos alguna vez” y “consumo de psicofármacos en los últimos treinta días”, reflejan una gran continuidad en el consumo de cannabis, con una correlación de -,713 , $p < ,01$.

Una vez finalizado el análisis de la prevalencia de consumo de sustancias en la población adolescente de Guadalajara, se puede afirmar que los resultados encontrados apoyan la hipótesis general relacionada con la prevalencia de consumo de sustancias, la cual plantea que cabe esperar diferencias en el consumo de sustancias en función del género la edad y la situación educativa. En cuanto a las hipótesis específicas podemos concluir que:

- En el caso de la hipótesis 1 que hace referencia a que los adolescentes presentarán un mayor consumo habitual (en los últimos 30 días), de tabaco, alcohol, cannabis, cocaína, LSD y drogas de diseño que las adolescentes; y las chicas presentarán un consumo mayor de psicofármacos que los chicos, los resultados apoyan dicha hipótesis.
- En relación al consumo de sustancias y la edad de los adolescentes, los resultados apoyan la hipótesis de que el consumo aumenta con la edad, aunque hay que especificar, que en el caso de algunas sustancias, el grupo de adolescentes que presentan una prevalencia mayor son los de 17 años.
- Los adolescentes que cursan ESO y Bachillerato presentan una menor prevalencia de consumo que aquellos que cursan ciclos formativos y cursos de garantía social, apoyando, por lo tanto la hipótesis nº3.
- La hipótesis que hace referencia a la diferencia de edad de inicio del consumo de drogas en función del género de los adolescentes es confirmada parcialmente. En general, los chicos se inician en el consumo de sustancias antes que las chicas. Sin embargo, en el caso del consumo de combinados, cocaína, drogas de diseño y psicofármacos, las chicas comienzan a consumir antes que los chicos.
- En el análisis de continuidad de consumo confirma la hipótesis 5, ya que existe una continuidad de consumo significativa en todas las sustancias.

4.1.12. RAZONES DE CONSUMO DE DROGAS

Las razones de consumo, nos proporciona información sobre las motivaciones que llevan a los adolescentes iniciarse y mantenerse en el consumo de sustancias.

En la tabla 86 se muestran las frecuencias de los motivos que han tenido los participantes para consumir las distintas sustancias

Tabla 86. Razones de consumo de las distintas sustancias

	Me gusta	Olvidar problemas	Diversión	Amigos	Para relacionarme	Probar
Tabaco	51,4%	11,3%	21,9%	28,9%	5,9%	31,5%
Alcohol	82,8%	51,6%	84,0%	65,6%	36,0%	32,3%
Porros	26,1%	7,7%	31,9%	21,8%	2,0%	10,6%
Cocaína	1,4%	,5%	6,8%	4,0%	,4%	1,4%
Heroína	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	,1%
Anfetaminas	,0%	,0%	,6%	,4%	,0%	,1%
Tripis	,5%	,1%	3,9%	2,1%	,0%	1,0%
Drogas de diseño	,5%	,1%	2,2%	1,4%	,0%	,3%
Pegamento	,1%	,1%	,2%	,2%	,0%	,1%
Tranquilizantes	,1%	3,3%	,1%	,1%	,1%	,1%

Como podemos observar en la tabla 86, a excepción del tabaco que es consumida principalmente porque les gusta (51,4%), por probar (31,5%) o por los amigos (28,9%) y los tranquilizantes que son consumidos para olvidar problemas (3,3%); los adolescentes consumen el resto de drogas con el objetivo de divertirse y pasarlo bien.

En relación con el consumo de alcohol, un 84,0% de los adolescentes afirman beber alcohol para divertirse; un 82,8% porque les gusta; un 65,6% por los amigos; un 51,6% para olvidar problemas; y del 32% al 36% por probar y para relacionarse respectivamente.

El cannabis es consumida por un 40% de los adolescentes para divertirse, seguida por un 26,1% que lo hacen porque les gusta y un 21,8% por los amigos

En cuanto al consumo del resto de sustancias ilegales (a excepción del cannabis), los adolescentes afirman consumir estas drogas para divertirse, yendo desde un 0,6% en el caso de las anfetaminas, a un 6,8 en el caso de consumo de cocaína. La segunda

razón de consumo es “por los amigos”, con unas frecuencias que van desde 0,4% en el caso de las anfetaminas, al 4,0% en el caso de la cocaína.

Los resultados apoyan la hipótesis planteada que hace referencia a que las principales motivaciones para el consumo de sustancias, están relacionadas con la búsqueda de diversión por parte de los adolescentes, así como por los amigos.

4.1.13. ANALISIS DE LOS GRUPOS DE POLICONSUMIDORES

El policonsumo es una de las formas más frecuentes de consumo de sustancias por parte de los adolescentes. De hecho, los adolescentes que consumen drogas suelen consumir varias sustancias y no una sola. Para analizar la situación de policonsumo entre los adolescentes, y dar respuesta al objetivo “establecer grupo de consumidores en función de las sustancias consumidas en los últimos 30 días”, se ha realizado, las correlaciones bivariadas, aplicando el estadístico de Pearson, entre las distintas drogas en la categoría de consumo habitual, o lo que es lo mismo en los últimos 30 días. Por otro lado, para conocer de manera específica el tipo o grupo de drogas consumidas por los adolescentes se ha realizado un análisis factorial sobre consumo de sustancias en los últimos 30 días

Como se puede observar en la tabla 87 de correlaciones bivariadas entre las distintas drogas consumidas por los adolescentes, existe una relación significativa del tabaco, alcohol y porros prácticamente con el resto de sustancias. Sin embargo, la relación entre el consumo de tabaco, cerveza, vino, combinados y porros, presentan una relación más elevada, con una correlación de Pearson que está por encima de ,4 y $p < ,01$. El consumo de porros, cocaína y LSD presentan una correlación de Pearson por encima de ,2 y un nivel de significación $p < ,01$ bilateral. El consumo de anfetaminas y drogas de diseño presentan una correlación de Pearson de ,404, $p < ,01$. El pegamento presenta una correlación baja con el consumo de cerveza (,058, $p < ,05$) y los psicofármacos con el consumo de combinados (,65, $p < ,05$).

Tabla 87. Correlaciones bivariadas consumo de drogas en los últimos 30 días

		Cerveza	Vino	Combinados	Porros	Pegamento	Cocaína	Anfetam	Tripis	Drogas de diseño	Psicofármacos
Tabaco	Pearson	,403(**)	,290(**)	,405(**)	,501(**)		,168(**)		,139(**)	,063(*)	
	Sig.	,000	,000	,000	,000		,000		,000	,019	
	N	1389	1389	1389	1389		1389		1389	1389	
Cerveza	Pearson	1	,464(**)	,517(**)	,456(**)	,058(*)	,195(**)	,093(**)	,096(**)	,124(**)	
	Sig.		,000	,000	,000	,029	,000	,001	,000	,000	
	N		1389	1389	1389	1389	1389	1389	1389	1389	
Vino	Pearson		1	,358(**)	,302(**)		,096(**)			,053(*)	
	Sig.			,000	,000		,000			,049	
	N			1389	1389		1389			1389	
Combinados	Pearson			1	,423(**)		,164(**)	,059(*)	,104(**)	,112(**)	,065(*)
	Sig.				,000		,000	,029	,000	,000	,016
	N				1389		1389	1389	1389	1389	1389
Porros	Pearson				1		,284(**)	,126(**)	,211(**)	,161(**)	
	Sig.						,000	,000	,000	,000	
	N						1389	1389	1389	1389	
Pegamento	Pearson					1	,087(*)				
	Sig.						,013				
	N						1389				
Cocaína	Pearson						1	,111(**)	,256(**)	,186(**)	
	Sig.							,000	,000	,000	
	N							1389	1389	1389	
Anfetaminas	Pearson							1		,404(**)	
	Sig.									,000	
	N									1389	
Tripis	Pearson								1	,127(**)	
	Sig.									,000	
	N									1389	

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral) * La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

INVESTIGACIÓN EMPÍRICA: Resultados

A continuación se presenta los resultados del análisis factorial correspondiente al consumo de las distintas sustancias durante los últimos 30 días.

Tabla 88. KMO y prueba de Bartlett para el consumo de sustancias

Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin.		,769
Prueba de esfericidad de Bartlett	Chi-cuadrado	2382,129
	gl	55
	Sig.	,000

Como se puede observar en la tabla 88, el índice de factorización KMO es de 0,769 ($\chi^2= 2382,129$; $gl(55)$, $p<0,001$) lo que indica que puede ser factorizable la matriz de correlaciones.

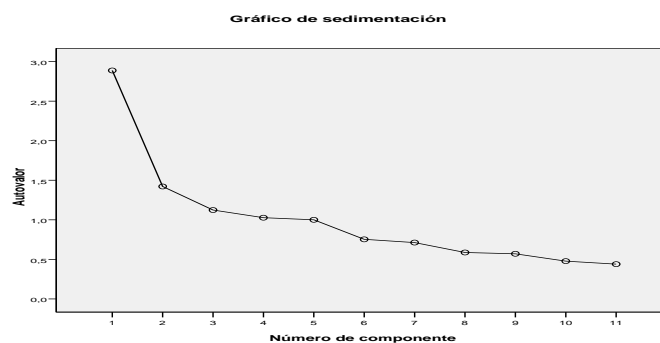
En la siguiente tabla se presentan el total de varianza explicada en el análisis factorial del consumo de sustancias.

Tabla 89. Varianza total explicada consumo de sustancias últimos 30 días

	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción			Suma de las saturaciones al cuadrado de la rotación		
	Total	% variz	% acu	Total	% variz	% acum	Total	% variz	% acu
1	2,888	26,252	26,252	2,888	26,252	26,252	2,625	23,860	23,860
2	1,421	12,922	39,175	1,421	12,922	39,175	1,440	13,093	36,953
3	1,124	10,214	49,389	1,124	10,214	49,389	1,356	12,325	49,278
4	1,027	9,333	58,722	1,027	9,333	58,722	1,028	9,345	58,623
5	1,000	9,091	67,813	1,000	9,091	67,813	1,011	9,190	67,813
6	,753	6,847	74,661						
7	,712	6,476	81,136						
8	,587	5,337	86,474						
9	,570	5,185	91,659						
10	,478	4,344	96,003						
11	,440	3,997	100,000						

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

Figura 37. Gráfico de sedimentación



INVESTIGACIÓN EMPÍRICA: Resultados

El análisis factorial correspondiente al consumo de las distintas sustancias durante los últimos 30 días muestra, una estructura factorial de cinco componentes principales. Como se puede observar en la tabla 89, del total de varianza explicada, el análisis explica el 67,81% de la varianza, distribuyéndose de la siguiente manera: el 23,86% corresponde al primer factor, el 13,093% al segundo factor, 12,325 corresponde al tercer factor, 9,345 al cuarto factor y por último el 9,190 de la varianza corresponde al quinto factor.

En la siguiente tabla se presenta la matriz factorial rotada con las saturaciones de las drogas correspondientes a cada factor

Tabla 90. Matriz de componentes rotados consumo de sustancias

	Componente				
	1	2	3	4	5
Cerveza	,794				
Combinados	,750				
Vino	,692				
Tabaco	,683				
Cannabis	,672		,342		
Anfetaminas		,854			
Drogas de diseño		,799			
LSD			,832		
Cocaína			,670		
Pegamento				,972	
Psicofármacos					,989

Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.
Se han eliminado las saturaciones inferiores a ,3

En función del análisis factorial se puede realizar una clasificación de tipo de consumidores en relación con las sustancias consumidas. Los cinco factores se pueden interpretar como:

Factor 1: Policonsumidores de tabaco, alcohol y cannabis

Factor 2: Policonsumidores de anfetaminas y drogas de diseño

Factor 3: Policonsumidores de tripis, cocaína y cannabis

Factor 4: Consumidores de pegamento o sustancias volátiles

Factor 5: Consumidores de psicofármacos.

Con el objetivo de analizar el policonsumo en los adolescentes del estudio, se procederá al análisis de los tres primeros factores.

4.1.13.1. CARACTERÍSTICAS DE LOS GRUPOS DE POLICONSUMIDORES

Para analizar los diferentes grupos de policonsumidores se presentan las características sociodemográficas de cada uno de ellos, así como la prevalencia de consumo y su relación con las variables género, edad y situación educativa, teniendo en cuenta que la descripción de los grupos se corresponde con:

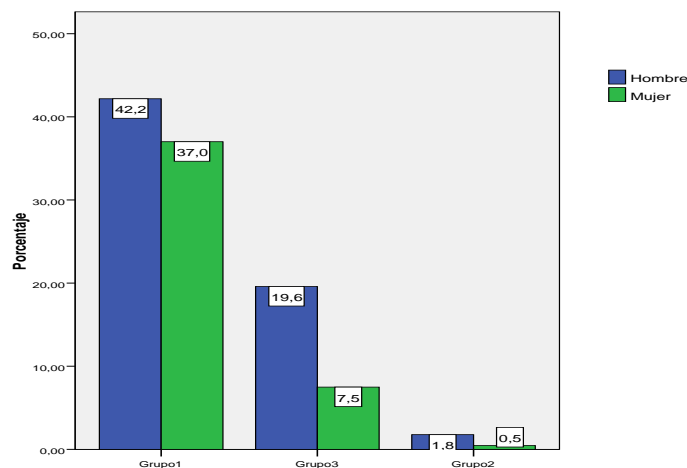
GRUPO 1: Consumidores de tabaco, alcohol y cannabis

GRUPO 2: Consumidores de anfetaminas y drogas de diseño

GRUPO 3: Consumidores de Cannabis, cocaína y LSD

En la figura 38 se presentan la relación entre los distintos grupos de policonsumidores y el género de los adolescentes.

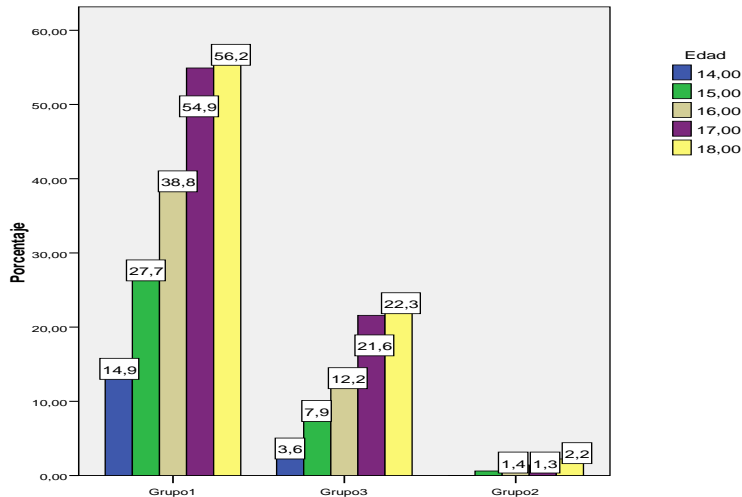
Figura 38. Tipo de policonsumidores y género



Como se puede observar en la figura 38, en los tres grupos de policonsumidores los chicos presentan porcentajes mayores de consumo. Un 42,2% de los policonsumidores de tabaco, alcohol y cannabis son hombres, mientras que el 37,0% son mujeres; un 19,6% de los consumidores de cannabis, cocaína y LSD son hombres, frente al 7,5% que son mujeres. En relación al consumo de anfetaminas y drogas de diseño un 1,8% son hombres y un 0,5% mujeres.

En la siguiente figura se presenta la relación entre los grupos de consumidores y la edad de los mismos.

Figura 39. Tipo de policonsumidores y edad



Como se puede observar en la figura 39, el policonsumo en los tres grupos aumenta con la edad, de tal manera que los adolescentes de menor edad presentan una prevalencia de policonsumo menor que los más mayores, siendo la prevalencia de policonsumo máxima en el grupo de adolescentes de 18 años.

En la tabla 107 se presentan la edad media de los tres grupos de policonsumidores.

Tabla 91. Edad media de inicio de consumo en los tipos de policonsumidores

	Media	N	DT
Grupo 1	16,5145	552	1,14461
Grupo 2	16,7500	16	1,06458
Grupo 3	16,6736	193	1,09553

La edad media del grupo 1 (tabaco, alcohol y cannabis) es la más baja de las tres, situándose en los 16,5 años. A continuación los adolescentes del grupo 3 (cannabis, cocaína y LSD) presentan una edad media del 16,67 años, y los del grupo 2 (anfetaminas y drogas de diseño) la edad media se encuentra en los 16,7 años.

4.1.13.2. ANALISIS DE LA PREVALENCIA DE POLICONSUMO

A continuación se presenta la prevalencia de consumo habitual en relación a los tres tipos de policonsumidores.

Tabla 92. Prevalencia de policonsumo

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Tabaco, alcohol y cannabis	552	39,7	39,7
Anfetaminas y drogas de diseño	16	1,2	1,2
Cannabis, cocaína y LSD	193	13,9	13,9

Como se puede observar en la tabla 92, un 39,7% de los participantes del estudio han consumido tabaco, alcohol y cannabis durante los treinta días previos a la encuesta; un 1,2% han consumido anfetaminas y drogas de diseño y un 13,9% han consumido cannabis, cocaína y LSD.

4.1.13.3. RELACIÓN ENTRE EL TIPO DE CONSUMIDORES Y GÉNERO, EDAD Y SITUACIÓN EDUCATIVA

En este apartado se presentan los resultados donde se relacionan los tipos de policonsumidores con las variables género, edad y situación educativa.

En la siguiente tabla se presenta la prevalencia de consumo en relación con el género.

Tabla 93. Tipo de policonsumidores y género

Tipo de consumidores	Sexo			
	Hombre	Mujer	Total	
Grupo 1: Tabaco, Alcohol y Cannabis	Recuento	310	242	552
	% Grupo1	56,2%	43,8%	100,0%
	% Sexo	42,2%	37,0%	39,7%
	% total	22,3%	17,4%	39,7%
Grupo 2: Anfetaminas y Drogas de diseño	Recuento	13	3	16
	% Grupo2	81,3%	18,8%	100,0%
	% Sexo	1,8%	,5%	1,2%
	% total	,9%	,2%	1,2%
Grupo 3: Cannabis, cocaína y LSD	Recuento	144	49	193
	% Grupo3	74,6%	25,4%	100,0%
	% Sexo	19,6%	7,5%	13,9%
	% total	10,4%	3,5%	13,9%

***p<,001; **p<,01; p<,05

Como se puede observar en la tabla 93, existe una relación significativa entre el género de los adolescentes y los tres grupos de policonsumidores, de tal manera que los chicos presentan prevalencias de consumo superiores a las chicas en los tres

INVESTIGACIÓN EMPÍRICA: Resultados

grupos: grupo 1 (consumidor de tabaco, alcohol y cannabis), el 22,3% de consumidores son chicos frente al 14,4%, con una $\chi^2 = 3,868$, $p < ,05$; grupo 2 (consumidores de anfetaminas y drogas de diseño), el 0,9% de consumidores son chicos, frente al 0,2% son chicas, con una $\chi^2 = 5,216$ y $p < ,05$; y del grupo 3 (consumidores de cannabis, cocaína y LSD), un 10,4% de los consumidores son chicos, frente al 3,5% que son chicas, con una $\chi^2 = 42,346$, $p < ,001$.

A continuación se presentan la relación entre los tipos de policonsumidores y la edad de los adolescentes encuestados.

Tabla 94. Tipo de policonsumidores y edad

		EDAD			
		Menores 16 años	Mayores 16 años	Total	
Grupo 1	Recuento	116	436	552	86,929***
	% Grupo1	21,0%	79,0%	100,0%	
	% EDAD	23,3%	48,9%	39,7%	
	% total	8,4%	31,4%	39,7%	
Grupo 2	Recuento	2	14	16	ns
	% Grupo2	12,5%	87,5%	100,0%	
	% EDAD	,4%	1,6%	1,2%	
	% total	,1%	1,0%	1,2%	
Grupo 3	Recuento	32	161	193	35,963***
	% Grupo3	16,6%	83,4%	100,0%	
	% EDAD	6,4%	18,0%	13,9%	
	% total	2,3%	11,6%	13,9%	

*** $p < ,001$

Como se muestra en la tabla 94, existen diferencias significativas entre la edad de los adolescentes y el tipo de policonsumidores de tabaco, alcohol y cannabis pertenecientes al grupo 1 ($\chi^2 = 86,929$, $p < ,001$), y el grupo 3 que son los consumidores de cannabis, cocaína y LSD ($\chi^2 = 35,963$ y $p < ,001$), de tal manera que los menores de 16 años presentan prevalencias de consumo más bajas que los mayores de 16 años (8,4% frente al 31,4%, en el caso del grupo 1; y un 2,3% frente al 11,6%, en el caso del grupo 3). En el caso del grupo 2 (consumidores de anfetaminas y drogas de diseño), aunque no existen diferencias significativas, los menores de 16 años presentan prevalencias de consumo más bajas que los mayores de 16 años (0,1% frente al 1,0%).

En la siguiente tabla se presentan los resultados que relacionan el tipo de policonsumidores con la situación educativa de los adolescentes.

Tabla 95. Tipo de policonsumidores y situación educativa

		Situación educativa			
		Secundaria	Ciclos	Total	
Grupo 1	Recuento	437	115	552	59,973***
	% de Grupo1	79,2%	20,8%	100,0%	
	% de Ciclos	35,9%	66,5%	39,7%	
	% del total	31,5%	8,3%	39,7%	
Grupo 2	Recuento	8	8	16	20,926***
	% de Grupo2	50,0%	50,0%	100,0%	
	% de Ciclos	,7%	4,6%	1,2%	
	% del total	,6%	,6%	1,2%	
Grupo 3	Recuento	133	60	193	71,371***
	% de Grupo3	68,9%	31,1%	100,0%	
	% de Ciclos	10,9%	34,7%	13,9%	
	% del total	9,6%	4,3%	13,9%	

***p<,001

En la tabla 95 se puede observar que existen diferencias significativas entre los tipos de consumidores y la situación educativa de los adolescentes encuestados, de tal manera que los estudiantes de ESO y bachillerato presentan prevalencias de consumo más elevadas que los estudiantes que cursan ciclos formativos y garantía social en relación al grupo 1 ($\chi^2 = 59,973$, $p < ,001$); y en relación al grupo 3 ($\chi^2 = 71,371$, $p < ,001$). Sin embargo en relación a los policonsumidores del grupo 2, los estudiantes de ciclos formativos y garantía social presentan una prevalencia más elevada ($\chi^2 = 20,926$, $p < ,001$).

Tanto el análisis de correlaciones, como el análisis factorial, apoyan la hipótesis planteada, que hace referencia a que el policonsumo es una de las formas habituales, agrupándose principalmente en tres tipos de policonsumidores.

4.1.14. RESUMEN DE RESULTADOS DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS

Los principales resultados obtenidos en este primer capítulo y que dan respuesta al primer objetivo general de esta investigación sobre la prevalencia de los consumo de sustancias de los adolescentes de 14 a 18 años en la población de Guadalajara, y las posibles diferencias existentes en función del género, la edad y la situación educativa de los mismos, son los siguientes:

- Al igual que en la encuesta ESTUDES realizada por el Plan Nacional sobre drogas en el 2008 (PNSD, 2008), las drogas más consumidas por los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años en la población de Guadalajara han sido el alcohol, el tabaco, el cannabis y los tranquilizantes o pastillas para dormir. El consumo del resto de sustancias (cocaína, éxtasis, alucinógenos, anfetaminas, inhalables volátiles, heroína, etc.) es mucho más minoritario, situándose entre el 0,6% y el 8,2% la proporción de estudiantes que las han probado alguna vez y entre el 0,2% y el 3,0% la proporción de consumidores actuales.
- La extensión y la frecuencia de consumo de tabaco, alcohol, borracheras, cannabis, cocaína, drogas de diseño, tripis, anfetaminas, heroína e inhalantes es mayor en los chicos que en las chicas y aumenta con la edad. Sin embargo el consumo de psicofármacos es mayor en las chicas que en los chicos.
- Los participantes de este estudio comienzan a consumir drogas a una edad temprana. Al igual que en la encuesta ESTUDES (PNSD, 2008), las sustancias que comienzan a consumir más tempranamente son el tabaco, el alcohol, y los inhalables volátiles (en este caso por una minoría), cuyas edades medias de inicio se situaron entre los 12,55 y los 13,78 años. Le siguen el resto de sustancias situándose en una edad media entre los 15 y 16 años.
- El consumo de drogas ilegales se caracteriza por ser un consumo esporádico y de fin de semana, ligado al contexto de la noche y la diversión.
- Los motivos que llevan a los adolescentes el consumo de sustancias son divertirse y pasarlo bien, a excepción del tabaco que es consumida principalmente porque

les gusta (51,4%), por probar (31,5%) o por los amigos (28,9%) y los tranquilizantes que son consumidos para olvidar problemas.

- El policonsumo es una de las formas más frecuentes de consumo de sustancias por parte de los adolescentes. De hecho los adolescentes que consumen drogas suelen consumir varias sustancias y no una sola. En función del análisis factorial se realiza una clasificación de 3 tipos de policonsumidores en relación con las sustancias consumidas: Policonsumidores de tabaco, alcohol y cannabis; policonsumidores de anfetaminas y drogas de diseño; y policonsumidores de tripis, cocaína y cannabis

- TABACO

- El consumo de tabaco está muy extendido entre los estudiantes de 14-18 años, siendo la segunda sustancia, después del alcohol, más consumida entre ellos. Un 67% de los adolescentes afirman haber consumido tabaco alguna vez en su vida; un 48% lo ha hecho en los últimos 6 meses; un 40,2% en los últimos 30 días y durante la última semana, un 29,9% ha fumado alguna vez entre semana y un 38,3% durante el fin de semana.
- En cuanto a la relación entre consumo de tabaco y género, existe una prevalencia de consumo mayor en los chicos que en las chicas en todas las variables a excepción del consumo de tabaco durante el fin de semana donde el consumo de tabaco es mayor en las chicas que en los chicos, aunque estas diferencias no son estadísticamente significativas.
- Existe una relación significativa entre el consumo de tabaco y la edad, en todas las variables de frecuencia (alguna vez, los últimos 6 meses, los últimos 30 días y en la última semana). El consumo de tabaco aumenta con la edad y es mayor en los adolescentes que cursan los ciclos formativos sobre los que cursan ESO y Bachillerato.
- La edad media de inicio de consumo de tabaco, es la más temprana de todas las drogas consideradas (13,2 años) siendo similar a la edad media de la encuesta estatal sobre el uso de drogas en enseñanzas secundarias del 2008, que se sitúa en 13,3 años. Según ESTUDES, (PNSD, 2008) la edad media de inicio en el

consumo de tabaco está más o menos estabilizadas desde hace 10 años. La edad media de inicio en el consumo es ligeramente menor en los hombres que en las mujeres, siendo 13,1 años y 13,4 años respectivamente.

- El coeficiente de correlación por rangos de Spearman, entre las variables “haber probado alguna vez” y “consumo en los últimos 30 días”, reflejan una gran continuidad para el consumo de tabaco con una correlación de ,555, significativa al nivel 0,01 bilateral.

- BEBIDAS ALCOHOLICAS

- El alcohol es la sustancia cuyo consumo está más extendido entre los estudiantes de 14 y 18 años. El 80,6% lo han probado alguna vez, el 76,0% lo han consumido en los últimos 6 meses, 67,9% manifiestan haberlo consumido en los últimos 30 días y el 61,8% afirman haber bebido alcohol en la última semana.
- El consumo de alcohol se concentra en el fin de semana. De los estudiantes que han consumido bebidas alcohólicas en los últimos 30 días, un 61,8% afirman haber consumido durante el fin de semana, mientras que un 19% lo hace entre semana
- De todas las bebidas analizadas, el consumo de combinados es el más extendido entre los adolescentes, en todas las variables de frecuencia (alguna vez en la vida, en los últimos 6 meses, en los últimos 30 días y en la última semana). Al igual que muestra la encuesta ESTUDES (PNSD, 2008), globalmente la bebida consumida por mayor número de estudiantes son los combinados / cubatas, si bien en días laborables la bebida predominante es la cerveza
- El consumo de bebidas alcohólicas es mayor en los chicos que en las chicas, siendo esta diferencia estadísticamente significativa para el consumo de vino y de cerveza.
- A medida que avanza la edad el porcentaje de estudiantes que bebe aumenta, alcanzando la proporción de mayor consumo a los 17 años en todas las variables de frecuencia analizadas.

INVESTIGACIÓN EMPÍRICA: Resultados

- En cuanto a la relación entre la situación educativa y el consumo de bebidas alcohólicas, existe una relación estadísticamente significativa, de tal forma que los adolescentes que cursan secundaria y bachillerato, consumen menos veces vino, cerveza y combinados, en relación con los que cursan los ciclos formativos de formación profesional y garantía social.
- La edad media de inicio de consumo de bebidas alcohólicas por los adolescentes encuestados, es de 13,78 años, siendo la edad de inicio más temprana la del consumo de vino y cerveza, situada en los 13,5 años. Los adolescentes comienzan a beber combinados a la edad media de 13,89 años.
- Los chicos comienzan a beber cerveza y vino a los 13,4 años mientras que las chicas comienzan a los 13,7 años. Sin embargo las chicas comienzan a beber combinados antes que los chicos, con una edad media de 13,8 y 13,9 respectivamente.
- El coeficiente de correlación por rangos de Spearman, entre las variables “haber probado alguna vez” y “consumo en los últimos 30 días”, muestran una gran continuidad para las diferentes bebidas alcohólicas con correlaciones superiores a ,4 en todos los casos.

- BORRACHERAS

- En cuanto al consumo excesivo de alcohol medido a través de las borracheras, un 73,2% de los adolescentes encuestados afirman haberse emborrachado alguna vez en la vida; un 61,4% lo ha hecho en los últimos 6 meses; un 47,4% en los últimos 30 días y un 40,9% se ha emborrachado en la última semana.
- Al igual que ocurre con el consumo de bebidas alcohólicas, las borracheras es una práctica ligada fundamentalmente a los fines de semana, de tal forma que tan sólo un 5,0% de los adolescentes afirman haberse emborrachado entre semana, mientras que un 40,9% lo ha hecho durante el fin de semana.

INVESTIGACIÓN EMPÍRICA: Resultados

- El consumo de bebidas alcohólicas es mayor en los chicos que en las chicas, aumenta con la edad y es más frecuente entre los adolescentes que estudian los ciclos formativos
- En relación a las borracheras de los adolescentes, la edad media de la primera borrachera es a los 14,08 años, situándose en los 13,9 años para los chicos y 14,1 años para las chicas.
- Existe una gran continuidad de consumo excesivo de alcohol, ya que el coeficiente de correlación por rangos de Spearman, entre las variables “haberse emborrachado alguna vez” y “borracheras en los últimos 30 días”, es de ,571 (la correlación es significativa al nivel 0,01 bilateral).

- CANNABIS

- El cannabis es la droga ilegal consumida por un mayor número de estudiantes de 14 a 18 años, con bastante diferencia sobre las demás. Un 45,9% de los estudiantes manifiestan haber probado alguna vez en la vida los porros; un 34,3% dicen haberlos consumido en los últimos seis meses; un 25,8% lo ha hecho en los últimos 30 días y un 23,3% ha fumado porros durante la última semana.
- La extensión y la frecuencia de consumo de cannabis son mayores en los chicos que en las chicas y aumenta de los 14 a los 17 años, situándose en esta edad la prevalencia máxima de consumo
- El cannabis es también la droga ilegal que se empieza a consumir a una edad más temprana. La edad media de inicio en el consumo de los estudiantes de este estudio se sitúa en los 14,5 años, siendo similar en ambos sexos (14,4 años para chicos y 14,65 para chicas)
- El análisis de continuidad de consumo de cannabis muestra que existe una gran continuidad en el consumo de cannabis, con una correlación de ,635 (significativa al nivel 0,01 bilateral).

- COCAINA

INVESTIGACIÓN EMPÍRICA: Resultados

- La cocaína es después del cannabis, la droga ilegal, cuyo consumo está más extendido entre los adolescentes de 14 a 18 años. Un 8,2% de los adolescentes afirman haber consumido cocaína alguna vez en su vida; un 5,6% ha consumido en los últimos 6 meses; un 3,0% en los últimos 30 días; y un 2,1% en la última semana.
- La extensión y la frecuencia de consumo de la cocaína es mayor en los chicos que en las chicas y aumenta con la edad.
- La edad media de inicio en el consumo de cocaína se sitúa en los 15,7 años, siendo la edad media de inicio de consumo en los hombres posterior al de las mujeres (15,9 años Vs 15,0 años).
- El análisis de continuidad de consumo de cocaína muestra que existe una gran continuidad en el consumo, con una correlación de ,583 (significativa al nivel 0,01 bilateral).

- DROGAS DE DISEÑO

- La frecuencia de consumo de drogas de diseño disminuye con respecto a las otras drogas ilegales analizadas: la cocaína y el cannabis. De los estudiantes encuestados un 3,1% afirman haber consumido drogas de diseño alguna vez en la vida, un 1,6% lo ha hecho en los últimos seis meses; un 0,9% refiere haber consumido drogas de diseño en los últimos 30 días y un 0,2% lo ha hecho en la última semana.
- La extensión y la frecuencia de consumo de las drogas de diseño, es mayor en los chicos que en las chicas y aumenta con la edad.
- La edad media de inicio en el consumo se situó en los 16,2 años, con diferencias en función del género. Las chicas comienzan a consumir antes las drogas de diseño que los chicos, siendo la edad de inicio de consumo en las chicas 15,1 años, frente a los 16,5 años en los chicos.

- LSD O TRIPIS

INVESTIGACIÓN EMPÍRICA: Resultados

- Al igual que ocurre con las drogas de diseño, la frecuencia de consumo de tripis disminuye con respecto a la cocaína y el cannabis. De los estudiantes encuestados un 4,5% afirman haber consumido tripis alguna vez en la vida; un 2,7% lo ha hecho en los últimos seis meses; un 1,3% ha consumido tripis en los últimos 30 días y un 0,8% lo ha hecho en la última semana.
- La extensión y la frecuencia de consumo de las drogas de diseño, es mayor en los chicos que en las chicas y aumenta con la edad.
- La edad de inicio de consumo de LSD es de 16,05 años, siendo ligeramente inferior en hombres 15,9 años que en mujeres 16,2 años, pero no siendo una diferencia estadísticamente significativa.

- PSICOFÁRMACOS

- Un 5,1% de los adolescentes afirman haber consumido alguna vez en la vida algún tipo de psicofármacos; un 3,7% dicen haberlo hecho en los últimos 6 meses; un 3,0% ha tomado algún psicofármaco en los últimos 30 días y un 1,7% ha consumido en la última semana.
- A diferencia del resto de drogas analizadas, la prevalencia de consumo es mayor en las chicas que en los chicos, siendo esta relación estadísticamente significativa.
- En cuanto a la relación entre el consumo de psicofármacos y la edad y situación educativa de los adolescentes encuestados, no existe una relación significativa.
- La edad de inicio de consumo de psicofármacos es de 14,9 años. Las chicas comienzan a consumir antes que los chicos (14,74 años las chicas, frente al 15,38 años los chicos). Sin embargo, el análisis de medias no muestra una relación significativa.

- ANFETAMINAS

- Un 0,8% de los encuestados afirman haber consumido anfetaminas alguna vez en su vida, un 0,7% refieren haber consumido en los últimos 6 meses, un 0,6% en el

último mes con una frecuencia de una o dos veces al mes; y un 0,2% dicen haber consumido un día en el fin de semana.

- El consumo está más extendido en los hombres que en las mujeres e incrementa con la edad. La mayor extensión del consumo se produjo entre los 17 a los 18 años, al igual que ocurre en el ESTUDES (PNSD, 2008).
- La edad de inicio de consumo se situó en los 16,3 años, sin muchas diferencias entre los chicos (16,3 años) y las chicas (16,5 años).

- PEGAMENTO

- El consumo de pegamento es reducido, ya que tan sólo un 0,6% afirman haber consumido alguna vez pegamento, un 0,2% lo han hecho en los últimos seis meses, un 0,2% han consumido en los últimos treinta días y un 0,2% en la última semana.
- No existe una relación significativa entre el consumo de pegamento, el género la edad de los adolescentes y la situación educativa de los mismos.

- HEROÍNA

- El consumo de heroína es el menos extendido entre los adolescentes del estudio, ya que tan sólo el 0,1% refiere haber consumido alguna vez esta droga, sin que existan consumos en los últimos seis meses ni en el último mes.
- Es importante señalar que las encuestas escolares no son un buen método para estudiar el consumo de esta droga, ya que generalmente se considera que lo subestiman.
- Debido a la baja prevalencia de consumo de heroína no se pueden establecer relaciones entre el consumo y el género, edad y situación educativa.

- TIPOS DE POLICONSUMIDORES

- En función del análisis factorial se realiza clasificación de tipo de consumidores en relación con las sustancias consumidas, dando como resultado tres factores que hacen referencia a: Factor 1: Policonsumidores de tabaco, alcohol y cannabis; Factor 2: Policonsumidores de anfetaminas y drogas de diseño; y Factor 3: Policonsumidores de tripis, cocaína y cannabis.
- En los tres grupos de policonsumidores los chicos presentan porcentajes de consumo superiores a las chicas. Un 42,2% de los policonsumidores de tabaco, alcohol y cannabis son hombres, mientras que el 37,0% son mujeres; un 19,6% de los consumidores de cannabis, cocaína y LSD son hombres, frente al 7,5% que son mujeres. En relación al consumo de anfetaminas y drogas de diseño un 1,8% son hombres y un 0,5% mujeres.
- La frecuencia de policonsumo en los tres grupos aumenta con la edad, de tal manera que los adolescentes de menor edad presentan una prevalencia de policonsumo menor que los más mayores, siendo la prevalencia de policonsumo máxima en el grupo de adolescentes de 18 años.
- La edad media del grupo 1 es la más baja de las tres situándose en los 16,5 años. A continuación los adolescentes del grupo 3 presentan una edad media del 16,67 y los del grupo 2 de 16,7 años.
- Existen diferencias significativas entre los 3 tipos de consumidores y la situación educativa de los adolescentes encuestados, de tal manera que los estudiantes de ESO y bachillerato presentan prevalencias de consumo más elevadas que los estudiantes que cursan ciclos formativos y garantía social.

4.2. ANALISIS DE LOS FACTORES PERSONALES, RELACIONALES Y SOCIALES

4.2.1. FACTORES PERSONALES.

A lo largo de este capítulo, y para dar respuesta al segundo de los objetivos generales planteados en esta investigación, que es analizar los factores personales que pueden favorecer y/o proteger del consumo de sustancias en los adolescentes de 14 a 18 años de Guadalajara, se realiza un análisis de las variables personales incluidas en el estudio, centrándose en las estrategias de afrontamiento y el grado de satisfacción personal de los adolescentes con los diferentes contextos y relaciones de su entorno familiar, escolar y de grupo de amigos, en función de las variables género, edad y situación educativa.

Se ha realizado un análisis descriptivo sobre la satisfacción de los adolescentes y las estrategias de afrontamiento utilizadas por los mismos para enfrentarse a situaciones estresantes. Se realizaron diversas pruebas de t de Student para muestras independientes con el fin de comprobar la existencia de diferencias significativas de medias en relación con el género y la edad de inicio en el uso de las mismas.

Para analizar las diferencias significativas de las estrategias de afrontamiento utilizadas por los adolescentes en función de la edad y curso académico, se ha realizado un análisis de varianza, mediante el cálculo del ANOVA de un factor, aplicándose el Games-Howell, para un análisis más detallado de las diferencias encontradas.

4.2.1.1. SATISFACCIÓN PERSONAL

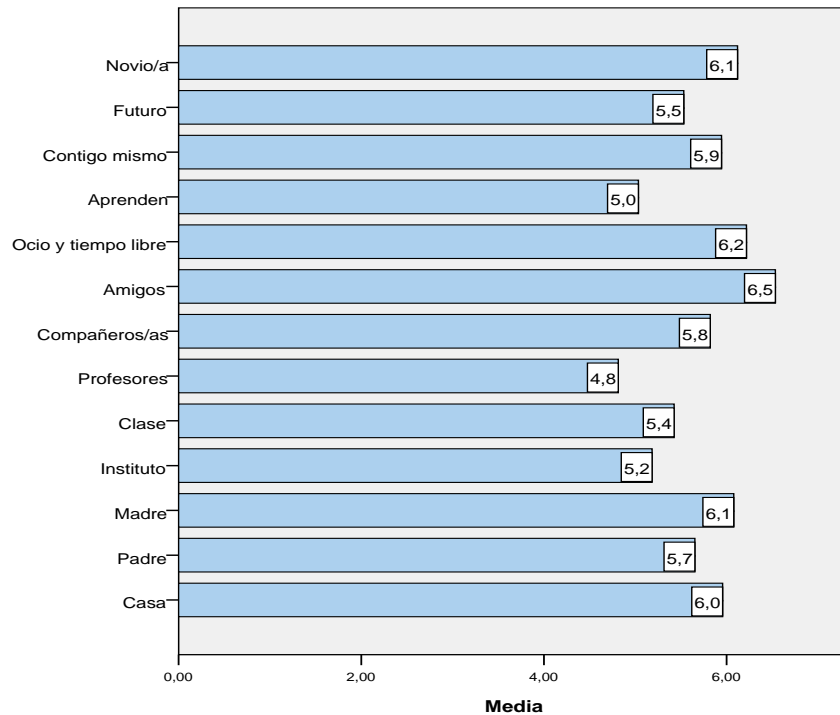
En este apartado se incluyen los resultados dirigidos a analizar el grado de satisfacción personal de los adolescentes consigo mismos y con los diferentes contextos y relaciones de su entorno familiar, escolar y de grupo de amigos, en función de las variables como género, edad y situación educativa.

INVESTIGACIÓN EMPÍRICA: Resultados

Para valorar como se sienten los adolescentes consigo mismo y con el resto de los entornos en los que desarrollan su vida, se ha utilizado una escala de medida tipo Likert de 7 puntos, donde 1 significa que se sienten muy mal y 7 muy bien.

En la figura siguiente se incluyen las medias para cada uno de los elementos de la escala.

Figura 40. Media de la satisfacción de los adolescentes en distintos entornos



Los adolescentes participantes en esta investigación presentan un grado de satisfacción en todos los contextos y relaciones por encima de la media teórica, destacando con puntuaciones más altas en: satisfacción con el grupo de amigos (6,55); ocio y tiempo libre (6,20); con la pareja (6,13); con su madre (6,08); y en casa (6,04). Las que obtienen una media de satisfacción más baja son los relacionados con el entorno educativo: satisfacción con los profesores/as (4,93), con lo que aprenden (5,12) y en instituto (5,28).

Los resultados de este apartado confirma la hipótesis planteada, ya que los adolescentes presentan un grado de satisfacción más elevado en relación con el grupo de iguales, el ocio y tiempo libre y la novia/o, mientras que muestra un grado de satisfacción más bajo en el entorno escolar: profesores, instituto y lo que aprenden.

INVESTIGACIÓN EMPÍRICA: Resultados

Para facilitar el resumen de la valoración de los adolescentes hacia las relaciones, se realizó un análisis de los componentes principales, mediante análisis factorial Varimax, la cual, muestra una estructura factorial de cuatro componentes principales.

Como se puede observar en la siguiente tabla, el índice de factorización KMO es de 0,80 ($\chi^2 = 2616,50$; $p < 0,001$) lo que indica que puede ser factorizable la matriz de correlaciones.

Tabla 96. KMO y prueba de Bartlett para la satisfacción de los adolescentes de entornos

Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin.		,807
Prueba de esfericidad de Bartlett	Chi-cuadrado	2616,506
	gl	78
	Sig.	,000

El análisis explica el 65,80% de la varianza, distribuyéndose el 21,11% en el primer factor, el 16,78% en el segundo factor, el 15,02% el tercer factor y el 12,88 en el cuarto factor.

A continuación se presenta la tabla con los componentes de factorización.

Tabla 97. Matriz factorial rotada de Satisfacción de los adolescentes en entornos

	Componente			
	1	2	3	4
Instituto	,791			
Profesores	,787			
Clase	,783			
Aprenden	,620			
Compañeros/as	,597		,527	
Casa		,844		
Madre		,810		
Padre		,782		
Ocio y tiempo libre			,750	
Amigos			,748	
Novio/a			,518	
Futuro				,818
Contigo mismo				,755

Método de extracción: Análisis de componentes principales.
Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.

INVESTIGACIÓN EMPÍRICA: Resultados

La estructura de los factores hace referencia a los distintos entornos donde los adolescentes desarrollan su vida. Como podemos observar en la tabla 97, los factores se pueden definir:

- **Factor 1:** Sentimientos y satisfacción hacia el contexto educativo y las relaciones que en él se establecen. En este factor se incluyen los ítems: en el instituto, en tu clase, con los profesores/as, con tus compañeros/as y con lo que aprendes en el instituto.
- **Factor 2:** Sentimientos hacia la familia. En este factor se incluyen los ítems: en casa, con tu padre y con tu madre.
- **Factor 3:** Sentimientos hacia el grupo de amigos. En este factor se incluyen los ítems: ocio, amigos, novio/a y compañeros/as.
- **Factor 4:** Sentimientos hacia sí mismo. En este factor se incluyen los ítems: contigo mismo y con el futuro

En la tabla siguiente se presentan la satisfacción de los adolescentes en función de los distintos entornos derivados del análisis factorial.

Tabla 98. Estadísticos descriptivos de la satisfacción de los adolescentes en relación a los distintos entornos

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Familia	1354	1,00	7,00	5,9611	1,04641
Escuela	1384	1,20	7,00	5,3367	,96260
Amigos	597	1,00	7,00	6,1822	,80321
Contigo	1369	1,00	7,00	5,7239	1,14473

A continuación se presentan los resultados significativos en relación al grado de satisfacción en los diferentes entornos en función del género, edad y situación educativa de los adolescentes. Para ello, se ha realizado un análisis de media para muestras independientes aplicando la T de Student.

Tabla 99. Satisfacción de los adolescentes en los diferentes contextos y género.

	Sexo	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media	T (gl)
Escuela	Hombre	733	5,1997	1,01100	,03734	-5,681*** 1382
	Mujer	651	5,4909	,88061	,03451	
Contigo	Hombre	719	5,7914	1,15100	,04293	2,298* 1356,94
	Mujer	650	5,6492	1,13396	,04448	

***p<,001; *p<,05

En cuanto a las diferencias de satisfacción de los adolescentes en relación con el género, el análisis de medias muestra que existen diferencias significativas en cómo se sienten los chicos y las chicas en el ámbito escolar y consigo mismos. Las chicas manifiestan sentirse mejor que los chicos en el entorno escolar, con una T -5,681, p<,001. En la satisfacción consigo mismo, también existen diferencias significativas (T 2,298 p<,05), y son los chicos los que presentan una satisfacción mayor. En cuanto a la satisfacción en relación al grupo de iguales y en el ámbito familiar no existen diferencias significativas

NO existe relación significativa entre la edad de los adolescentes y el grado de satisfacción en los distintos entornos.

En la tabla siguiente se presenta los resultados significativos que relacionan la situación educativa con el grado de satisfacción de los adolescentes en los distintos entornos.

Tabla 100. Satisfacción de los adolescentes en los diferentes contextos y situación educativa

		N	Media	D.T.	Error típ. media	T (gl)
Amigos	Secundaria	485	6,1294	,84299	,03828	-3,370** 595
	Ciclos	112	6,4107	,54819	,05180	
Contigo	Secundaria	1200	5,6954	1,14955	,03318	-2,457* 1367
	Ciclos	169	5,9260	1,09198	,08400	

*p<,05

El análisis de medias muestra que existen diferencias significativas entre el grado de satisfacción de los adolescentes en relación con los amigos y consigo mismo y la situación educativa de los mismos, de tal manera que los adolescentes que cursan ESO y Bachillerato presentan un grado de satisfacción más bajo en relación con los amigos (T=-3,370, p<,01) y consigo mismo (-2,457, p<,05) que los adolescentes que cursan ciclos de formación profesional y cursos de garantía social.

4.2.1.2. ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

A continuación se presentan los resultados que van a dar respuesta al objetivo de “describir las Estrategias de Afrontamiento de los adolescentes analizándolas en función del género, la edad y la situación educativa de los adolescentes”.

El instrumento empleado para medir las estrategias de afrontamiento que utilizan los adolescentes para enfrentarse a situaciones difíciles y estresantes ha sido el COPE de Carver, Scheier y Weintraub (1989). La versión española ha sido desarrollada y validada por Crespo y Cruzado, 1997. El COPE es una escala multidimensional de evaluación de modos generales de afrontamiento. Cada pregunta consta de 4 ítems y el cuestionario consta de un total de 60 preguntas. Se responde en una escala tipo Likert de cuatro puntos (1-4), indicándose con ella la frecuencia con que se utiliza cada una de las conductas.

El COPE tiene la siguiente estructura factorial (Crespo y Cruzado, 1997)

a) Análisis factorial de primer orden: los índices de consistencia interna calculados mediante el coeficiente alfa de Crombach, se sitúan por encima de 0.6 para todas las subescalas, excepto las dos últimas de naturaleza claramente heterogénea (Actividades Distractoras y Evasión).

b) Análisis factorial de segundo orden: Las escalas formadas, presentaron índices de consistencia interna superiores a 0.75 para todas las escalas excepto para la de Escape Conductual (0.53). Se obtuvieron seis factores con valores propios mayores que 1, que explicaban el 53% de la varianza. Dichos factores son: 1) Afrontamiento Conductual Centrado en el Problema, 2) Afrontamiento Cognitivo del Problema, 3) Escape cognitivo, 4) Afrontamiento Centrado en las Emociones, 5) Escape Conductual, 6) Consumo de Alcohol o Drogas.

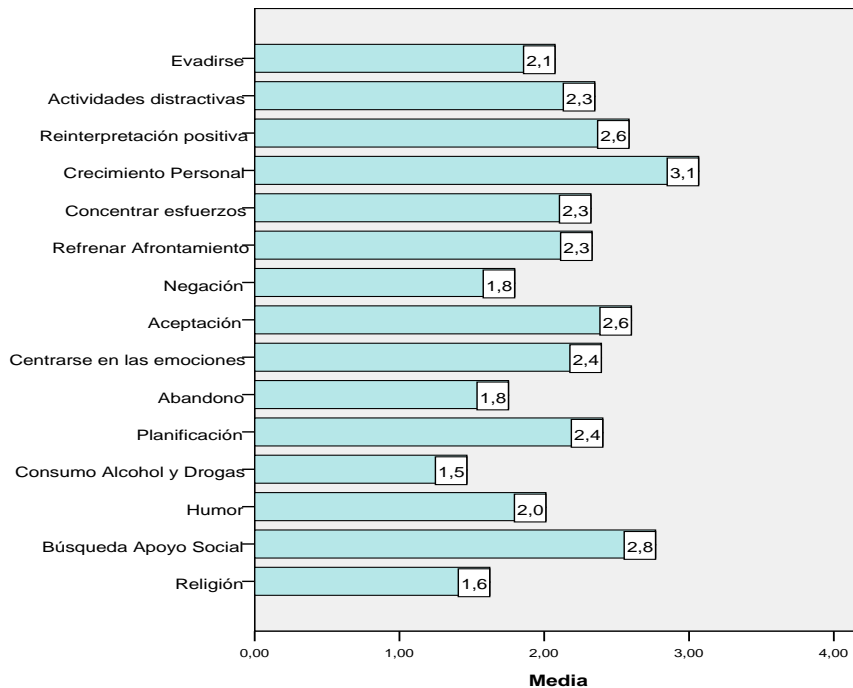
En este apartado se incluyen los resultados sobre las estrategias de afrontamiento que utilizan los adolescentes para enfrentarse a situaciones de estresantes, según el análisis factorial de primer orden, con 15 estrategias de afrontamiento; y según el análisis factorial de segundo orden, que incluyen 6 estilos o modos de afrontamiento.

INVESTIGACIÓN EMPÍRICA: Resultados

Los resultados de las estrategias de afrontamiento se presentarán en función del género, edad y situación educativa.

En la siguiente figura se presenta la media de cada estrategia de afrontamiento, correspondiente al análisis factorial de primer orden.

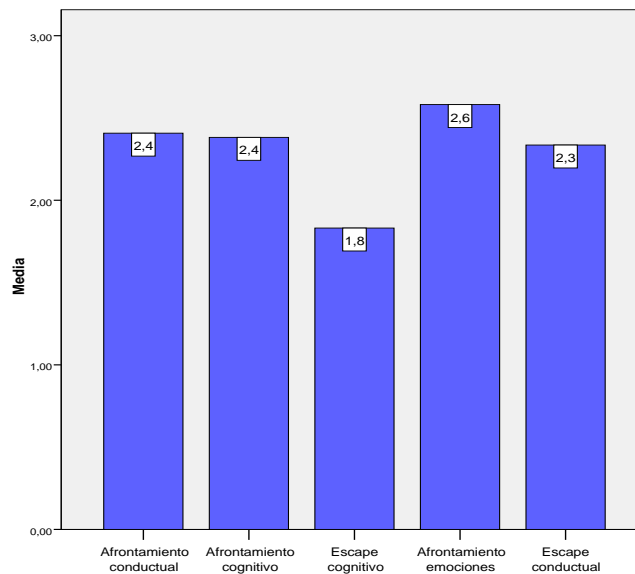
Figura 41. Media de las estrategias de afrontamiento de primer orden



Las estrategias que presentan una media más elevada son el Crecimiento Personal (3,06), Búsqueda de Apoyo Social (2,76), Aceptación (2,6) y Planificación y Afrontamiento activo (2,4) y Reinterpretación positiva (2,3). Por otro lado, las estrategias que presentan una media más baja, y que por lo tanto son menos utilizadas por los adolescentes del presente estudio son: Consumo de alcohol y drogas (1,46), Religión (1,62), Abandono de los esfuerzos de afrontamiento (1,75) y Negación (1,79).

En figura 42, se presentan la media de los estilos de afrontamiento correspondientes al análisis factorial de segundo orden.

Figura 42. Medias de las estrategias de afrontamiento de segundo orden



Como se puede observar en la figura 42, el estilo de afrontamiento más utilizado por los estudiantes es el Afrontamiento de las Emociones con una media de 2,58 y las que son utilizadas con una menor frecuencia son: “Consumo de Alcohol y drogas”, con una media de 1,49, y “Escape cognitivo”, con una media de 1,83.

4.2.1.2.1. Estrategias de afrontamiento en función del género

Para comparar el empleo de las distintas estrategias de afrontamiento en chicos y chicas hemos empleado la prueba t de Student para muestras independientes. A continuación se presentan los resultados significativos de las estrategias de afrontamiento del análisis factorial de primer orden, en relación con el género de los adolescentes.

Los resultados que se presentan en la siguiente tabla, muestran diferencias significativas en el uso de las estrategias de afrontamiento, de tal forma, que los chicos utilizan más las estrategias “consumo de alcohol y drogas”, “humor” ($p < .001$), “planificación y afrontamiento activo” ($p < .01$) y “concentrar los esfuerzos para solucionar la situación” ($p < .05$); mientras que las chicas utilizan

más las estrategias “búsqueda de apoyo social” ($p < .001$), “centrarse en las emociones y desahogarse” ($p < .001$), el “crecimiento personal” ($p < .05$) y “actividades distractivas de la situación” ($p < .05$). En el resto de estrategias de afrontamiento, los resultados

INVESTIGACIÓN EMPÍRICA: Resultados

muestran un nivel de afrontamiento similar, no significativo entre chicos y chicas, en relación a las siguientes estrategias de afrontamiento: religión, abandono de los esfuerzos de afrontamiento, aceptación, negación, refrenar afrontamiento, reinterpretación positiva y evadirse.

Tabla 101. Estrategias de afrontamiento y género.

	Género	N	Media	Des. típ.	Error típ. media	T(gl)
Búsqueda Apoyo Social	Hombre	732	2,6004	,62251	,02301	-
	Mujer	654	2,9551	,64615	,02527	10,401*** (1384)
Humor	Hombre	733	2,1883	,81808	,03022	8,780*** (1385)
	Mujer	654	1,8131	,76706	,02999	
Consumo Alcohol y Drogas	Hombre	733	1,5068	,68524	,02531	2,274* (1385)
	Mujer	654	1,4239	,66902	,02616	
Planificación y Afrontamiento Activo	Hombre	733	2,4532	,56928	,02103	3,429** (1385)
	Mujer	654	2,3486	,56403	,02206	
Centrarse en las emociones y desahogarse	Hombre	733	2,2671	,64355	,02377	-7,695*** (1385)
	Mujer	654	2,5417	,68517	,02679	
Concentrar esfuerzos para solucionar la situación	Hombre	733	2,3523	,55158	,02037	2,150* (1384)
	Mujer	653	2,2894	,53454	,02092	
Crecimiento Personal	Hombre	733	3,0273	,75246	,02779	-2,133* (1385)
	Mujer	654	3,1101	,68575	,02681	
Actividades distractivas de la situación	Hombre	732	2,3151	,60597	,02240	-2,192* (1384)
	Mujer	654	2,3863	,60138	,02352	

***p<.001, **p<.01, *p<.05

En la siguiente tabla se presentan los resultados de los estilos de afrontamiento del análisis factorial de segundo orden, en relación del género de los adolescentes.

Tabla 102. Estrategias de afrontamiento de segundo orden y género.

	Sexo	N	Media	D.T.	Error típ. de la media	T (gl)
Afrontamiento cognitivo del problema	Hombre	733	2,4254	,45061	,01664	3,771*** (1385)
	Mujer	654	2,3351	,43889	,01716	
Afrontamiento de las emociones	Hombre	732	2,4327	,53094	,01962	-10,778*** (1384)
	Mujer	654	2,7484	,55891	,02186	
Consumo Alcohol y Drogas	Hombre	733	1,5068	,68524	,02531	2,274* (1385)
	Mujer	654	1,4239	,66902	,02616	

***p<.001, *p<.05

INVESTIGACIÓN EMPÍRICA: Resultados

Como se puede ver en la tabla 102, existen diferencias significativas en tres estilos o modos de afrontamiento. Los chicos utilizan más el “afrontamiento cognitivo del problema” ($p < .001$) y el “consumo de alcohol y drogas” ($p < .05$), mientras que las chicas utilizan con más frecuencia que los chicos el “afrontamiento de las emociones” ($p < .001$). En el resto de las estrategias, “Afrontamiento conductual del problema”, “Escape cognitivo” y el “Escape conductual”, no existen diferencias significativas.

Los resultados confirman la hipótesis planteada sobre las diferencias en el uso de estrategias de afrontamiento en relación con el género de los participantes, de tal manera que los chicos utilizan con más frecuencia que las chicas un estilo de afrontamiento cognitivo, mientras que las chicas utilizan un estilo de afrontamiento emocional. Por otro lado en relación a las estrategias concretas, los chicos utilizan con más frecuencia que las chicas, el uso de alcohol y drogas, planificación y afrontamiento centrado en solucionar el problema; mientras que las chicas utilizan con mayor frecuencia: la búsqueda de apoyo social, actividades distractoras y el crecimiento personal.

4.2.1.2.2. Estrategias de afrontamiento en función de la edad

Para analizar las diferencias de las estrategias de afrontamiento utilizadas por los adolescentes en función de la edad, se ha realizado un análisis de varianza, mediante el cálculo del ANOVA de un factor, aplicándose el Games-Howell, para un análisis más detallado de las diferencias, obteniéndose los resultados significativos que se muestran a continuación.

Tabla 103. ANOVA estrategias de afrontamiento en función de la edad

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F
Humor	Inter-grupos	27,355	4	6,839	10,555***
	Intra-grupos	895,403	1382	,648	
	Total	922,759	1386		
Consumo Alcohol y Drogas	Inter-grupos	12,299	4	3,075	6,787***
	Intra-grupos	626,070	1382	,453	
	Total	638,369	1386		
Planificación y Afrontamiento Activo	Inter-grupos	6,264	4	1,566	4,891**
	Intra-grupos	442,474	1382	,320	
	Total	448,738	1386		
Abandono de los esfuerzos de afrontamiento	Inter-grupos	4,074	4	1,019	2,402*
	Intra-grupos	586,122	1382	,424	
	Total	590,196	1386		

*** $p < .001$, ** $p < .01$, * $p < .05$

INVESTIGACIÓN EMPÍRICA: Resultados

Como puede observarse en la tabla 103, se encuentran diferencias significativas en relación con la edad, para las estrategias de afrontamiento de: “humor”, “consumo de alcohol y drogas”, “planificación y afrontamiento activo”, “abandono de los esfuerzos de afrontamiento”. No se encuentran diferencias significativas en relación al resto de estrategias de afrontamiento.

En la siguiente tabla, se muestran las estrategias de afrontamiento estadísticamente significativas en relación con la edad, a las cuales se les ha aplicado el estadístico Games-Howell, para analizar de manera más detallada las diferencias de las estrategias de afrontamiento en función de cada grupo de edad.

Tabla 104. Games-Howell estrategias de afrontamiento en función de la edad.

	N	Media	DT	Error típico	I.C. para media al 95%		Games-Howell	
					Límite inf	Límite sup		
Humor	14,00	167	1,774	,72250	,05591	1,663	1,884	14<16,17,18
	15,00	328	1,900	,82494	,04555	1,811	1,990	15<17,18
	16,00	353	1,988	,80989	,04311	1,903	2,072	16<18
	17,00	315	2,138	,84223	,04745	2,045	2,232	17<18
	18,00	224	2,207	,77111	,05152	2,106	2,309	18>14,15
	Total	1387	2,011	,81595	,02191	1,968	2,054	18>14,15,16,17
Consumo Drogas	14,00	167	1,266	,53853	,04167	1,184	1,348	
	15,00	328	1,457	,65933	,03641	1,385	1,528	14<15,16,17,18
	16,00	353	1,427	,69553	,03702	1,355	1,500	15>14
	17,00	315	1,573	,70416	,03968	1,490	1,651	16>14
	18,00	224	1,548	,70168	,04688	1,455	1,640	17>14
	Total	1387	1,467	,67866	,01822	1,432	1,503	18>14
Planificación y Af. Activo	14,00	167	2,328	,61589	,04766	2,234	2,422	
	15,00	328	2,365	,56039	,03094	2,304	2,426	14<18
	16,00	353	2,349	,54772	,02915	2,292	2,407	15<18
	17,00	315	2,472	,59857	,03373	2,405	2,538	16<17,18
	18,00	224	2,506	,51312	,03428	2,438	2,573	17>16
	Total	1387	2,403	,56900	,01528	2,373	2,433	18>14,15,16
Abandono	14,00	167	1,640	,63372	,04904	1,543	1,737	
	15,00	328	1,753	,65249	,03603	1,682	1,823	
	16,00	353	1,804	,67129	,03573	1,734	1,874	
	17,00	315	1,724	,62542	,03524	1,655	1,794	14<16
	18,00	224	1,812	,66559	,04447	1,729	1,900	
	Total	1387	1,755	,65255	,01752	1,721	1,790	

*p<.05.

Como se puede ver en la tabla 104, la estrategia del “humor” es utilizada con mayor frecuencia a media que aumenta el grupo de edad, de tal manera que los

adolescentes de 18 años la utilizan más que el resto de los grupos. El grupo de 17 años, la utilizan más que los más jóvenes pero menos que el grupo de los 18 años. La estrategia “consumo de alcohol y drogas”, es utilizada en menor medida por el grupo de adolescentes de 14 años; el resto de los grupos de edad la utilizan de manera significativa más que el grupo de los 14 años. La estrategia “planificación y afrontamiento activo” es utilizada en mayor medida por los adolescentes de 17 y 18 años. Para finalizar, la estrategia de “abandono de los esfuerzos de afrontamiento”, con una significación muy baja, es utilizada de manera significativa por el grupo de adolescentes de 16 años, sobre los de 14 años.

A continuación se muestran los resultados de las estrategias de afrontamiento del análisis factorial de segundo orden, en relación con los grupos de edades de los adolescentes. Para ello se ha calculado ANOVA para el factor de edad y la prueba de Games-Howell para poder valorar de manera detallada las diferencias encontradas.

Tabla 105. ANOVA estrategias de afrontamiento de segundo orden y edad

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F
Afrontamiento conductual del problema	Inter-grupos	2,219	4	,555	3,590**
	Intra-grupos	213,491	1382	,154	
	Total	215,710	1386		
Afrontamiento cognitivo del problema	Inter-grupos	2,929	4	,732	3,690**
	Intra-grupos	274,305	1382	,198	
	Total	277,235	1386		
Escape conductual	Inter-grupos	2,405	4	,601	2,866*
	Intra-grupos	289,495	1380	,210	
	Total	291,900	1384		
Consumo Alcohol y Drogas	Inter-grupos	12,299	4	3,075	6,787***
	Intra-grupos	626,070	1382	,453	
	Total	638,369	1386		

***p<.001, **p<.01, *p<.05

Como se puede observar en la tabla, existen diferencias significativas en los estilos de: “afrontamiento conductual del problema”, “afrontamiento cognitivo del problema”, “escape conductual” y “consumo de alcohol y drogas”.

La tabla 106 que se presenta a continuación, muestra las diferencias significativas detalladas en función del grupo de edad. El “afrontamiento conductual del problema” es utilizado de manera significativa mas por los adolescentes de 18 años que los de 14 años. El “afrontamiento cognitivo del problema” es la estrategia utilizada de manera significativa por los adolescentes de 17 y 18 años en relación al grupo de los de 14

INVESTIGACIÓN EMPÍRICA: Resultados

años. El “escape conductual” lo utiliza el grupo de 18 años sobre los adolescentes de 15 y 16 años. Para finalizar “consumo de alcohol y drogas” es utilizada de manera significativa por los adolescente de 15 a 18 en relación con los de 14 años.

Tabla 106. Games-Howell estrategias de afrontamiento y edad.

		N	Media	DT	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%		Games-Howell
						Límit e inf	Límite sup	
Af. conductual	14,00	167	2,333	,4186	,0323	2,269	2,397	14<18 18>14
	15,00	328	2,384	,3782	,0208	2,343	2,425	
	16,00	353	2,405	,3603	,0191	2,367	2,443	
	17,00	315	2,432	,4268	,0240	2,385	2,480	
	18,00	224	2,471	,3945	,0263	2,419	2,523	
	Total	1387	2,408	,3945	,0105	2,387	2,429	
Af. cognitivo	14,00	167	2,282	,4142	,0320	2,219	2,346	14<17,18 17>14 18>14
	15,00	328	2,369	,4513	,0249	2,320	2,418	
	16,00	353	2,374	,4394	,0233	2,328	2,420	
	17,00	315	2,416	,4820	,0271	2,362	2,469	
	18,00	224	2,443	,4143	,0276	2,389	2,498	
	Total	1387	2,382	,4472	,0120	2,359	2,406	
Escape conductual	14,00	167	2,304	,4638	,0358	2,233	2,375	15<18 16<18 18>15,16
	15,00	328	2,302	,4781	,0264	2,250	2,354	
	16,00	352	2,311	,4678	,0249	2,261	2,360	
	17,00	314	2,355	,4566	,0257	2,304	2,406	
	18,00	224	2,418	,4069	,0271	2,364	2,471	
	Total	1385	2,335	,4592	,0123	2,311	2,359	
Consumo Drogas	14,00	167	1,266	,5385	,0416	1,184	1,348	14<15,16,17,18 15>14 16>14 17>14 18>14
	15,00	328	1,457	,6593	,0364	1,385	1,528	
	16,00	353	1,427	,6955	,0370	1,355	1,500	
	17,00	315	1,573	,7041	,0396	1,495	1,651	
	18,00	224	1,548	,7016	,0468	1,455	1,640	
	Total	1387	1,467	,6786	,0182	1,432	1,503	

*p< .05.

Los resultados de la relación entre las estrategias de afrontamiento y la edad, confirman parcialmente la hipótesis 9, donde se plantean diferencias en el tipo de estrategias utilizadas por los adolescentes en función de la edad, donde los adolescentes de mayor edad utilizarían estrategias relacionadas con el afrontamiento activo y la planificación. Los adolescentes de 18 años utilizan en mayor medida el humor, la planificación activa, el afrontamiento conductual y cognitivo, que se consideran estrategias adaptativas, pero también utilizan el escape cognitivo y el uso de alcohol y drogas, que se consideran estrategias menos adaptativas.

4.2.1.2.3. Estrategias de afrontamiento en función de la situación educativa

En este apartado se presentan los resultados de las estrategias de afrontamiento en relación con la situación educativa de los adolescentes (estudiantes de 3º y 4º de la ESO, 1º y 2º de Bachillerato, ciclos formativos y garantía social). Se ha realizado un análisis de varianza, mediante el cálculo del ANOVA de un factor, aplicándose el Games-Howell, para un análisis más detallado de las diferencias, obteniéndose los resultados significativos que se muestran a continuación.

Tabla 107. ANOVA estrategias de afrontamiento y edad

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F
Religión	Inter-grupos	10,382	4	2,596	4,021**
	Intra-grupos	892,039	1382	,645	
	Total	902,421	1386		
Búsqueda Apoyo Social	Inter-grupos	10,705	4	2,676	6,279***
	Intra-grupos	588,654	1381	,426	
	Total	599,359	1385		
Humor	Inter-grupos	34,057	4	8,514	13,240***
	Intra-grupos	888,702	1382	,643	
	Total	922,759	1386		
Consumo Alcohol y Drogas	Inter-grupos	4,671	4	1,168	2,547*
	Intra-grupos	633,698	1382	,459	
	Total	638,369	1386		
Planificación y Afrontamiento Activo	Inter-grupos	5,966	4	1,491	4,655**
	Intra-grupos	442,772	1382	,320	
	Total	448,738	1386		
Centrarse en las emociones y desahogarse	Inter-grupos	10,129	4	2,532	5,593***
	Intra-grupos	625,649	1382	,453	
	Total	635,778	1386		
Negación	Inter-grupos	4,380	4	1,095	2,758*
	Intra-grupos	548,595	1382	,397	
	Total	552,975	1386		
Concentrar esfuerzos para solucionar la situación	Inter-grupos	6,660	4	1,665	5,696***
	Intra-grupos	403,704	1381	,292	
	Total	410,364	1385		
Crecimiento Personal	Inter-grupos	9,719	4	2,430	4,702**
	Intra-grupos	714,179	1382	,517	
	Total	723,898	1386		
Evadirse	Inter-grupos	6,201	4	1,550	3,898**
	Intra-grupos	549,536	1382	,398	
	Total	555,737	1386		

***p<.001, **p<.01, *p<.05

INVESTIGACIÓN EMPÍRICA: Resultados

En la tabla 107, se muestra las diferencias significativas de las estrategias de afrontamiento en relación al curso académico de los adolescentes. Como se puede observar en la tabla, existen diferencias significativas para las estrategias de afrontamiento de “religión”, “búsqueda de apoyo social”, “humor”, “consumo de alcohol y drogas” “planificación y afrontamiento activo”, “centrarse en las emociones y desahogarse”, “negación”, “esfuerzos para solucionar la situación”, “crecimiento personal” y “evadirse”. Para el resto de las estrategias de afrontamiento no existen diferencias significativas en función del curso académico.

En la siguiente tabla se presentan las diferencias entre los cursos tras la aplicación del estadístico Games-Howell

Tabla 108. Diferencias de las estrategias de afrontamiento y curso académico.

	Curso	N	Media	D.T	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%		Games-Howell
						Límite inf	Límite sup	
Religión	1º Bach	249	1,6215	,82523	,05230	1,5185	1,7245	2B>C 4E>C
	2º Bach	179	1,6955	,89680	,06703	1,5633	1,8278	
	3º ESO	406	1,5813	,70984	,03523	1,5120	1,6505	
	4º ESO	380	1,7217	,87154	,04471	1,6338	1,8096	
	Ciclos	173	1,4523	,71546	,05440	1,3449	1,5597	
	Total	1387	1,6256	,80691	,02167	1,5831	1,6681	
Búsqueda Apoyo Social	1º Bach	249	2,8007	,58652	,03717	2,7275	2,8739	1B>C 2B>C 3E>C 4E>C
	2º Bach	179	2,8589	,61108	,04567	2,7688	2,9491	
	3º ESO	406	2,8033	,69002	,03425	2,7359	2,8706	
	4º ESO	379	2,7658	,68078	,03497	2,6971	2,8346	
	Ciclos	173	2,5470	,63270	,04810	2,4520	2,6419	
	Total	1386	2,7678	,65784	,01767	2,7331	2,8024	
Humor	1º Bach	249	1,9538	,79652	,05048	1,8544	2,0532	1B<2B,C 2B>1B,3E4 E 3E<2B,C 4E<2B,C C>1B,3E,4E
	2º Bach	179	2,2793	,76404	,05711	2,1666	2,3920	
	3º ESO	406	1,8565	,77691	,03856	1,7807	1,9323	
	4º ESO	380	1,9776	,84978	,04359	1,8919	2,0633	
	Ciclos	173	2,2543	,79719	,06061	2,1347	2,3740	
	Total	1387	2,0114	,81595	,02191	1,9684	2,0543	

*p<.05.

INVESTIGACIÓN EMPÍRICA: Resultados

Tabla 108b. Diferencias de las estrategias de afrontamiento y curso académico

	Curso	N	Media	D.T	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%		Games-Howell
						Límite inf	Límite sup	
Consumo Alcohol y Drogas	1º Bach	249	1,4137	,62183	,03941	1,3360	1,4913	1B<C 3E<C C>1B,3E
	2º Bach	179	1,4972	,73582	,05500	1,3887	1,6057	
	3º ESO	406	1,4409	,69692	,03459	1,3729	1,5089	
	4º ESO	380	1,4539	,67209	,03448	1,3862	1,5217	
	Ciclos	173	1,6084	,65384	,04971	1,5103	1,7065	
	Total	1387	1,4677	,67866	,01822	1,4320	1,5035	
Planificación y Af. Activo	1º Bach	249	2,3655	,51704	,03277	2,3009	2,4300	1B<2B 2B>1B,3E 3E<2B
	2º Bach	179	2,5345	,54615	,04082	2,4539	2,6150	
	3º ESO	406	2,3337	,59172	,02937	2,2760	2,3915	
	4º ESO	380	2,4189	,55024	,02823	2,3634	2,4744	
	Ciclos	173	2,4557	,62332	,04739	2,3621	2,5492	
	Total	1387	2,4039	,56900	,01528	2,3739	2,4338	
Centrarse en emociones	1º Bach	249	2,3554	,63673	,04035	2,2759	2,4349	2B>C 3E>C 4E>C C<2B,3E,4E
	2º Bach	179	2,5028	,62877	,04700	2,4101	2,5955	
	3º ESO	406	2,4107	,72000	,03573	2,3405	2,4810	
	4º ESO	380	2,4474	,69406	,03560	2,3774	2,5174	
	Ciclos	173	2,2009	,60139	,04572	2,1106	2,2911	
	Total	1387	2,3965	,67728	,01819	2,3609	2,4322	
Negación	1º Bach	249	1,7078	,56550	,03584	1,6372	1,7784	1B<4E 4E>1B
	4º ESO	380	1,8559	,66762	,03425	1,7886	1,9233	
	Total	1387	1,7981	,63164	,01696	1,7649	1,8314	
Esfuerzos para solucionar la situación	1º Bach	249	2,3444	,52855	,03350	2,2784	2,4103	1B<2B 2B>1B,3E,4E,C 3E<2B 4E<2B C<2B
	2º Bach	179	2,4930	,47584	,03557	2,4228	2,5632	
	3º ESO	406	2,2833	,55982	,02778	2,2286	2,3379	
	4º ESO	379	2,2883	,54934	,02822	2,2328	2,3437	
	Ciclos	173	2,2832	,55574	,04225	2,1998	2,3666	
	Total	1386	2,3227	,54433	,01462	2,2940	2,3514	
Crecimiento Personal	1º Bach	249	3,1225	,64606	,04094	3,0419	3,2031	2B>3E,C 3E<2B C<2B
	2º Bach	179	3,2123	,72837	,05444	3,1049	3,3197	
	3º ESO	406	2,9975	,72008	,03574	2,9273	3,0678	
	4º ESO	380	3,0934	,68998	,03540	3,0238	3,1630	
	Ciclos	173	2,9364	,85522	,06502	2,8081	3,0648	
	Total	1387	3,0663	,72270	,01941	3,0283	3,1044	
Evadirse	1º Bach	249	1,9424	,56858	,03603	1,8715	2,0134	1B>3E,4E,C 3E<1B 4E<1B C<1B
	2º Bach	179	2,1024	,71723	,05361	1,9966	2,2082	
	3º ESO	406	2,0870	,61982	,03076	2,0266	2,1475	
	4º ESO	380	2,1018	,61939	,03177	2,0393	2,1642	
	Ciclos	173	2,1638	,66823	,05080	2,0635	2,2641	
	Total	1387	2,0767	,63322	,01700	2,0433	2,1100	

*p< .05.

INVESTIGACIÓN EMPÍRICA: Resultados

Como se puede observar en la tabla 108 a y b, las diferencias de estrategias en función del curso académico se resumen a continuación:

- La “Religión” como estrategia de afrontamiento es utilizada con mayor frecuencia los adolescentes de 2º de Bachillerato y 4º ESO, que los que cursan los ciclos formativos.
- La estrategia “Búsqueda de apoyo social”, es utilizada por todos los cursos académicos en mayor medida que los ciclos formativos.
- El “Humor” es la estrategia de afrontamiento utilizada en mayor medida, por los adolescentes de 2º de Bachillerato y ciclos formativos.
- El “Consumo de alcohol y drogas” como estrategia de afrontamiento, es utilizada de manera significativa por los estudiantes de los Ciclos formativos.
- La estrategia de “planificación y afrontamiento activo” es utilizada de manera significativa, los adolescentes de 2º de Bachillerato, sobre los de 3 ESO y 1º de Bachillerato.
- “Centrarse en las emociones y desahogarse”, es una estrategia de afrontamiento utilizada por los estudiantes de 2º de Bachillerato, 3º y 4º de la ESO, en relación a los estudiantes de los ciclos formativos.
- La “Negación” es la estrategia utilizada de manera significativa por los adolescentes que cursan 4º ESO en relación a los que estudian 1º de Bachillerato.
- La estrategia “Esfuerzos por solucionar la situación” es utilizada con más frecuencia por los adolescentes de 2º de Bachillerato, en relación al resto de los cursos académicos.
- La estrategia “Crecimiento Personal” es utilizada por los estudiantes de 2º de Bachillerato en mayor medida que los que cursan 3º de la ESO y ciclos formativos.

INVESTIGACIÓN EMPÍRICA: Resultados

- “Evadirse”, como estrategia de afrontamiento, es utilizada de manera significativa por los adolescentes que cursan 1º de Bachillerato, en relación a aquellos que cursan 3º ESO, 4º ESO y ciclos formativos.

A continuación se presentan los estilos de afrontamiento en relación al curso académico. Para establecer las diferencias significativas por curso académico, se ha calculado de nuevo el ANOVA para un factor y el estadístico Games-Howell para conocer de manera detallada en que curso académico se producen dichas diferencias.

Tabla 109. ANOVA estrategias de afrontamiento y situación educativa

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F
Afrontamiento conductual del problema	Inter-grupos	3,615	4	,904	5,888***
	Intra-grupos	212,095	1382	,153	
	Total	215,710	1386		
Afrontamiento cognitivo del problema	Inter-grupos	4,426	4	1,107	5,605***
	Intra-grupos	272,809	1382	,197	
	Total	277,235	1386		
Escape cognitivo	Inter-grupos	2,992	4	,748	3,193*
	Intra-grupos	323,725	1382	,234	
	Total	326,717	1386		
Afrontamiento de las emociones	Inter-grupos	9,696	4	2,424	7,699***
	Intra-grupos	434,775	1381	,315	
	Total	444,471	1385		
Escape conductual	Inter-grupos	2,854	4	,713	3,406**
	Intra-grupos	289,046	1380	,209	
	Total	291,900	1384		
Consumo Alcohol y Drogas	Inter-grupos	4,671	4	1,168	2,547*
	Intra-grupos	633,698	1382	,459	
	Total	638,369	1386		

***p<.001, **p<.01, *p<.05

Como se puede observar en la tabla 109, existen diferencias significativas en relación al curso académico, en todas las estrategias de afrontamiento: “afrontamiento conductual del problema” (p<.001), “afrontamiento cognitivo del problema” (p<.001), “escape cognitivo” (p<.05), “afrontamiento de las emociones” (p<.001), “escape conductual” (p<.01) y “consumo de alcohol y drogas” (p<.05)

En la siguiente tabla, se presentan los estadísticos descriptivos específicos de cada curso así como el estadístico Games-Howell.

INVESTIGACIÓN EMPÍRICA: Resultados

Tabla 110. Estadísticos descriptivos y Games-Howell de modos de afrontamiento

	Curso	N	Media	DT	Error típico	I.C para la media al 95%		Games-Howell
						Límite inf	Límite sup	
Af. conductual del problema	1º Bach	249	2,3898	,33826	,02144	2,347	2,432	1B<2B 2B>1B,3E,C 3E<2B,4E 4E>3E C<2B
	2º Bach	179	2,5146	,37700	,02818	2,459	2,570	
	3º ESO	406	2,3567	,41701	,02070	2,316	2,397	
	4º ESO	380	2,4377	,36621	,01879	2,400	2,474	
	Ciclos	173	2,3844	,46483	,03534	2,314	2,454	
	Total	1387	2,4087	,39451	,01059	2,387	2,429	
Af. cognitivo del problema	1º Bach	249	2,3845	,42655	,02703	2,331	2,437	1B<2B 2B>1B,3E,4 3E<2B 4E<2B
	2º Bach	179	2,5022	,41649	,03113	2,440	2,563	
	3º ESO	406	2,3158	,44015	,02184	2,272	2,358	
	4º ESO	380	2,3928	,45652	,02342	2,346	2,438	
	Ciclos	173	2,3920	,47838	,03637	2,320	2,463	
	Total	1387	2,3828	,44724	,01201	2,359	2,406	
Escape cognitivo	1º Bach	249	1,7573	,44594	,02826	1,701	1,812	1B<4E 4E>1B
	4º ESO	380	1,8931	,50118	,02571	1,842	1,943	
Af de las emociones	1º Bach	249	2,5781	,51899	,03289	2,513	2,642	1B>C 2B>C 3E>C 4E>C C<1B,2B,3,4
	2º Bach	179	2,6809	,50330	,03762	2,606	2,755	
	3º ESO	406	2,6070	,59704	,02963	2,548	2,665	
	4º ESO	379	2,6049	,58963	,03029	2,545	2,664	
	Ciclos	173	2,3739	,52332	,03979	2,295	2,452	
	Total	1386	2,5817	,56650	,01522	2,551	2,611	
Escape conductual	1º Bach	249	2,3409	,45451	,02880	2,284	2,397	2B>3E,4E,C 3E<2B 4E<2B C<2B
	2º Bach	178	2,4457	,37233	,02791	2,390	2,500	
	3º ESO	406	2,3075	,49067	,02435	2,259	2,355	
	4º ESO	379	2,3310	,44204	,02271	2,286	2,375	
	Ciclos	173	2,2900	,49363	,03753	2,215	2,364	
	Total	1385	2,3355	,45925	,01234	2,311	2,359	
Consumo Alcohol y Drogas	1º Bach	249	1,4137	,62183	,03941	1,336	1,491	1B<C 3E<C C>1B,3E
	2º Bach	179	1,4972	,73582	,05500	1,388	1,605	
	3º ESO	406	1,4409	,69692	,03459	1,372	1,508	
	4º ESO	380	1,4539	,67209	,03448	1,386	1,521	
	Ciclos	173	1,6084	,65384	,04971	1,510	1,706	
	Total	1387	1,4677	,67866	,01822	1,432	1,503	

*p< .05.

En cuanto a las diferencias de los estilos de afrontamiento, en relación al curso académico, se resumen a continuación:

- El “Afrontamiento conductual del problema” es utilizado de manera significativa por los adolescentes que cursan 2º de Bachillerato, sobre aquellos que cursan, 1º de Bachillerato, 3ESO y Ciclos formativos. Los estudiantes de 4ºESO también utilizan este afrontamiento más que los que cursan 3º ESO.

- El “Afrontamiento cognitivo del problema” es utilizado más, de manera significativa, por los adolescentes que cursan 2º de Bachillerato, sobre el resto de los cursos a excepción de los ciclos formativos.
- El “Escape cognitivo” es un afrontamiento utilizado, de manera significativa, por los estudiantes de 4 de la ESO en relación a los que cursan 1º de Bachillerato.
- “Afrontamiento de las emociones”, es utilizado en menor medida y de manera significativa, por los estudiantes de ciclos formativos, en relación con cada uno de los cursos académicos.
- El “Escape Conductual” es un afrontamiento utilizado por los estudiantes de 2º de bachillerato, en relación a los adolescentes que cursan 3º ESO, 4º ESO y ciclos formativos.
- El “Consumo de alcohol y drogas” como afrontamiento, es utilizada de manera significativa por los estudiantes de los Ciclos formativos, en relación a los estudiantes de 3º de la ESO y 1º de Bachillerato.

Los resultados de esta apartado confirman la hipótesis que hace referencia a que existen diferencias en el tipo de estrategias y estilos de afrontamiento utilizados en función de la situación académica, ya que los adolescentes que cursan ciclos formativos y de garantía social utilizan más las estrategias distractoras y de evasión, como el consumo de alcohol y drogas y el humor, mientras que los adolescentes que cursan 3º y 4º de ESO y 1º y 2º de Bachillerato utilizan más un afrontamiento activo, como el apoyo social, crecimiento personal, centrarse en las emociones y desahogarse o la religión.

4.2.1.3. RESUMEN DE RESULTADOS DE LOS FACTORES PERSONALES

Los principales resultados obtenidos en este capítulo y que dan respuesta a los objetivos específicos de esta investigación, dirigidos por un lado, a describir y analizar el grado de satisfacción de los adolescentes en relación a los distintos entornos, y por otro, a analizar las estrategias y estilos de afrontamiento que los participantes de esta investigación utilizan para enfrentarse a situaciones estresantes.

En relación al grado de satisfacción de los adolescentes, los principales resultados son:

- Los adolescentes participantes en esta investigación presentan un grado de satisfacción en todos los contextos y relaciones por encima de la media teórica, destacando como puntuaciones más altas en: satisfacción con el grupo de amigos; ocio y tiempo libre; con la pareja; con su madre; y en casa. Las que obtienen una media de satisfacción más baja son los relacionados con el entorno educativo: satisfacción con los profesores/as, con lo que aprenden y en instituto.
- Los adolescentes muestran diferencias significativas de satisfacción en función del género, de tal forma que las chicas presentan una mayor satisfacción que los chicos en relación al ámbito escolar en todas las variables: en el instituto, en clase, con los profesores y con lo que aprenden. Sin embargo los chicos muestran una mayor satisfacción que las chicas en relación al ocio y tiempo libre y consigo mismos.

Los principales resultados en relación a las estrategias de afrontamiento utilizadas por los adolescentes son:

- Las estrategias de afrontamiento que son utilizadas con mayor frecuencia por los adolescentes del presente estudio para enfrentarse a situaciones difíciles son: el crecimiento personal (3,06), búsqueda de apoyo social (2,76), aceptación (2,6) y planificación y afrontamiento activo (2,4) y reinterpretación positiva (2,3). Por otro lado, las estrategias que presentan una media más baja, y que por lo tanto son menos utilizadas por los adolescentes son: consumo de alcohol y drogas (1,46),

religión (1,62), abandono de los esfuerzos de afrontamiento (1,75) y negación (1,79).

- En cuanto a los estilos de afrontamiento, el más utilizada por los estudiantes es la de afrontamiento de las emociones con una media de 2,58 y los que son utilizados con una frecuencia menor son: “consumo de alcohol y drogas”, con una media de 1,49, y “escape cognitivo”, con una media de 1,83.
- Los resultados muestran diferencias significativas en el uso de las estrategias de afrontamiento en función del género, de tal forma, que los chicos utilizan más las estrategias “consumo de alcohol y drogas”, “el humor” ($p < .001$), “planificación y afrontamiento activo” ($p < .01$) y “concentrar los esfuerzos para solucionar la situación” ($p < .05$); mientras que las chicas utilizan más las estrategias “búsqueda de apoyo social” ($p < .001$), “centrarse en las emociones y desahogarse” ($p < .001$), el “crecimiento personal” ($p < .05$) y “actividades distractivas de la situación” ($p < .05$).
- Existen diferencias significativas en dos estilos de afrontamiento, los chicos utilizan más el “afrontamiento cognitivo del problema” ($p < .001$), mientras que las chicas utilizan con más frecuencia que los chicos el “afrontamiento de las emociones” ($p < .001$).
- La relación entre las diferentes estrategias y la edad, los resultados muestran que existen diferencias significativas para las estrategias de afrontamiento de: “humor”, “consumo de alcohol y drogas”, “planificación y afrontamiento activo”, “abandono de los esfuerzos de afrontamiento”, “afrontamiento conductual del problema”, “afrontamiento cognitivo del problema”, “escape conductual” y “consumo de alcohol y drogas”. Los adolescentes 18 años utilizan con mayor frecuencia que otros grupos de edad, la planificación y afrontamiento activo, el humor, el afrontamiento cognitivo y conductual y el escape conductual.
- En cuanto a la relación entre la situación educativa y las estrategias de afrontamiento, los estudiantes de secundaria (ESO y Bachillerato) utilizan las siguientes estrategias de afrontamiento con más frecuencia que los que estudian ciclos formativos y garantía social: “religión” ($p < .01$), “búsqueda de apoyo social” ($p < .001$), “humor” ($p < .001$), “centrarse en las emociones y desahogarse” ($p < .001$), “refrenar afrontamiento” ($p < .05$) y “crecimiento personal” ($p < .05$). los/as

INVESTIGACIÓN EMPÍRICA: Resultados

adolescentes de los ciclos formativos utilizan más la estrategia de afrontamiento “consumo de alcohol y drogas” ($p < .01$). El estilo de afrontamiento utilizado con mayor frecuencia por los adolescentes que cursan secundaria es la estrategia “afrontamiento de las emociones” ($p < .001$). Sin embargo, los adolescentes que cursan ciclos formativos y garantía social utilizan la estrategia “consumo de alcohol y drogas” ($p < .05$), con más frecuencia que los de secundaria.

4.2.2. FACTORES INTERPERSONALES.

En este apartado se incluyen los resultados relacionados con el grupo de iguales y el ocio y tiempo libre, para dar respuesta al tercer objetivo general planteado en esta investigación, que es analizar y describir los factores interpersonales relacionados con el grupo de iguales y el ocio y tiempo libre que pueden influir en el consumo de drogas en los adolescentes de 14 a 18 años de Guadalajara

Para ello se ha realizado un análisis descriptivo de la frecuencia de salidas, la hora de regreso a casa cuando salen los fines de semana, los lugares a los que acuden los adolescentes, el consumo de las distintas sustancias en el grupo de iguales y el dinero disponible para uso personal; así como el consumo actual de las distintas sustancias en el grupo de amigos.

Para analizar el ocio y tiempo libre, así como el consumo en el grupo de iguales en función de las variables: género, edad y situación educativa., se calculó la prueba de Chi-Cuadrado de Pearson y la V. de Cramer, para cada par de variables consideradas, con el fin de estimar la relación significativa existente entre el porcentaje de consumidores de cada una de las sustancias estimadas y el género, la edad y la situación educativa. Por otro lado, para analizar las diferencias significativas de medias del dinero disponible por los adolescentes para uso personal en relación al género, edad y situación educativa se aplicó la T de Student para muestras independientes.

4.2.2.1. ANALISIS DEL OCIO Y TIEMPO LIBRE

Uno de los aspectos que adquiere gran importancia en el periodo de la adolescencia es el ocio y tiempo libre, puesto que, por un lado es el momento y lugar donde se van a relacionar con el grupo de iguales sin “normas ni personas adultas”, y por otro, el tipo de actividad que desarrollen en su tiempo libre puede determinar un mayor o menor consumo de sustancias.

En los últimos años, la noche se ha convertido en el espacio joven por excelencia. Es el momento en que los jóvenes se relacionan con jóvenes en lugares exclusivos en los que no tiene cabida el resto de la población. En numerosas investigaciones se muestra

una relación entre las salidas nocturnas y el consumo de alcohol y la relación de las horas de llegada a casa con el consumo de alcohol. (Laespada y col, 2004)

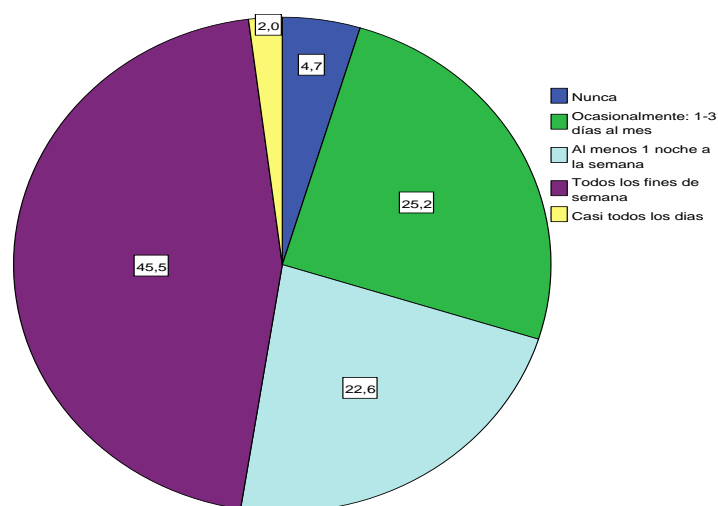
En este apartado se incluyen los resultados que dan respuesta al objetivo conocer los lugares a los que los adolescentes acuden en tiempo de ocio, con qué frecuencia salen y a qué hora regresan cuando lo hacen. También se analiza el dinero disponible para sus gastos personales.

4.2.2.1.1. FRECUENCIA DE SALIDAS

Uno de los aspectos incluidos para el análisis de ocio y el tiempo libre es la frecuencia de salidas de los jóvenes, valorada a través de la pregunta, ¿Con qué frecuencia has salido en los últimos 12 meses?, la cual ha sido medida con una escala en la que se incluye las siguientes modalidades de respuesta: nunca, ocasionalmente, 1 a 3 días al mes, al menos una noche a la semana, todos los fines de semana casi todos los días.

En la siguiente figura se presenta la frecuencia de salidas nocturna en los últimos 12 meses por los adolescentes del estudio.

Figura 43. Frecuencia salida en los últimos 12 meses

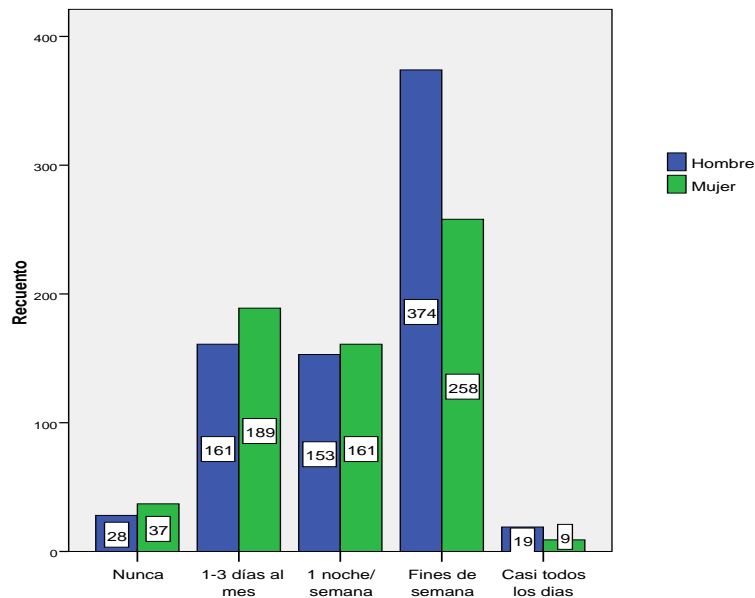


Como podemos observar en la figura 43, el 95,3% de los adolescentes afirma haber salido alguna vez en los últimos 12 meses. De éstos, 45,5% de los encuestados declararon salir por las noches todos los fines de semana; un 22,6% manifiestan salir al menos una noche a la semana, un 25,20% salen de 1 a 3 noches al mes, y un

2,02%, casi todos los días, en los 12 meses previos a la encuesta. Un 4,7% de los jóvenes dicen no haber salido nunca por la noche.

A continuación se presentan los resultados de salidas nocturnas durante los últimos 12 meses en relación al género de los adolescentes.

Figura 44. Frecuencia de salidas por la noche en los últimos 12 meses y género



Como se puede observar en la figura 44, existen una relación significativa entre la frecuencia de salida por los adolescentes y el género de los mismos, con una $\chi^2=23,910$, $p<,001$ y una V de Cramer,131. Los chicos salen con mayor frecuencia que las chicas en las categorías de todos los días y todos los fines de semana, mientras que las chicas presentan una mayor frecuencia en las categorías de ocasionalmente y una noche a la semana.

Como se puede observar en la siguiente tabla, la frecuencia de salida por las noches de los adolescentes aumenta claramente con la edad, manteniendo una relación significativa como muestra la prueba de $\chi^2=166,481$, $gl(4)$ y $p<,001$, de manera, que los adolescentes de 15 años presentan un porcentaje mayor en el indicador de “nunca y ocasionalmente”; los adolescentes de 16 años presentan un porcentaje mayor en el indicador de “al menos una noche a las semana”; los de 17 años en “casi todos los fines de semana” y los de 18 años en “casi todos los días”

INVESTIGACIÓN EMPÍRICA: Resultados

Tabla 111. Frecuencia de salida en los últimos 12 meses según la edad

		Frecuencia de salidas por la noche en los últimos 12 meses					Total
		Nunca	1-3 días mes	1 noche a la semana	Todos los fines semana	Casi todos los días	
14,00	Recuento	24	60	29	55	0	168
	% Edad	14,3%	35,7%	17,3%	32,7%	,0%	100,0%
	% total	1,7%	4,3%	2,1%	4,0%	,0%	12,1%
15,00	Recuento	29	112	70	117	1	329
	% Edad	8,8%	34,0%	21,3%	35,6%	,3%	100,0%
	% total	2,1%	8,1%	5,0%	8,4%	,1%	23,7%
16,00	Recuento	10	89	84	166	4	353
	% Edad	2,8%	25,2%	23,8%	47,0%	1,1%	100,0%
	% total	,7%	6,4%	6,0%	12,0%	,3%	25,4%
17,00	Recuento	1	44	73	188	9	315
	% Edad	,3%	14,0%	23,2%	59,7%	2,9%	100,0%
	% total	,1%	3,2%	5,3%	13,5%	,6%	22,7%
18,00	Recuento	1	45	58	106	14	224
	% Edad	,4%	20,1%	25,9%	47,3%	6,3%	100,0%
	% total	,1%	3,2%	4,2%	7,6%	1,0%	16,1%
Total	Recuento	65	350	314	632	28	1389
	% Edad	4,7%	25,2%	22,6%	45,5%	2,0%	100,0%
	% total	4,7%	25,2%	22,6%	45,5%	2,0%	100,0%
		χ^2	166,481*** (16)				
		V de Cramer	,173				

***p<,001

A continuación se presentan los resultados de la frecuencia de salidas en los últimos 12 meses, en relación a la situación educativa.

Tabla 112. Frecuencia de salidas por la noche en los últimos 12 meses y situación educativa

		Frecuencia de salidas por la noche en los últimos 12 meses					Total
		Nunca	1-3 días al mes	1 noche a la semana	Todos los fines de semana	Todos los días	
ESO y Bachillerato	Recuento	62	330	288	522	14	1216
	% Ciclos	5,1%	27,1%	23,7%	42,9%	1,2%	100,0%
	% total	4,5%	23,8%	20,7%	37,6%	1,0%	87,5%
Ciclos	Recuento	3	20	26	110	14	173
	% Ciclos	1,7%	11,6%	15,0%	63,6%	8,1%	100,0%
	% total	,2%	1,4%	1,9%	7,9%	1,0%	12,5%
		χ^2	73,668*** (4)				
		V de Cramer	,230				

***p<,001

Existe una relación significativa entre la frecuencia de salida y la situación educativa de los adolescentes con una $\chi^2=73,668$, $p<,001$, de tal manera que los estudiantes de ESO y Bachillerato presentan un porcentaje mayor que los que estudian los ciclos formativos y de garantía social, en las categorías de nunca, 1-3 veces al mes y una noche a la semana. Sin embargo los estudiantes de ciclos y garantía social presentan un porcentaje superior a los estudiantes de ESO y Bachillerato en las categorías de todos los fines de semana y a diario.

4.2.2.1.2. LUGARES DE SALIDA

Para analizar los lugares y frecuencia de salida, se plantearon una serie de lugares que han sido considerados por la bibliografía como los preferidos por los adolescentes, como son: los bares y pubs, discotecas, casa de amigos, parques, salir a pasear y al cine, así como categorías de frecuencia que han sido medidas con la siguiente escala: nunca, 1 vez al mes, una vez a la semana, 2-6 veces por semana, fines de semana o diariamente.

A continuación se presenta la frecuencia de salidas nocturnas durante el mes previo a la encuesta.

Tabla 113. Frecuencia lugares de salida

	Bares	Discotecas	Cines	Pasear	Amigos	Plazas o parques
Nunca	20,6	27,1	19,4	8,4	5,6	4,5
1 vez al mes	18,1	22,2	62,3	5,2	17,9	6,7
1 vez/ semana	14,1	12,1	7,8	11,0	24,8	14,2
2-6 veces/semana	3,9	1,9	1,6	20,4	21,6	14,5
Fines de semana	41,5	36,3	8,1	21,5	21,7	41,1
Diariamente	1,8	,4	,6	33,5	8,4	19,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Como podemos observar en la tabla 113, el análisis de porcentajes muestra que los lugares preferidos por los jóvenes para salir por la noche los fines de semana son: los bares y pubs en un 41,5%, discotecas con un 36,3%, estar en la calle con un 21,5%, en casa de algún amigo un 21,7%, un 8,1 % dicen ir al cine, y un 41,1% refieren estar en una plaza o un parque. En cuanto a la salida diaria, un 33,5% de los adolescentes afirman salir a pasear y un 19% dicen ir a plazas y parques. Los lugares de elección

INVESTIGACIÓN EMPÍRICA: Resultados

para salir una vez al mes es ir al cine con un 62,3%, seguido de discotecas, con un 22,2% y bares con un 18,1%.

A continuación se presentan los resultados que muestran una relación significativa, entre los distintos lugares de salida nocturna y el género de los estudiantes

Tabla 114. Lugares de salida y género

		Sexo		χ^2 V de Cramer
		Hombre	Mujer	
Bares	Recuento	588	515	,0333 ns
	% de Sexo	80,0%	78,7%	
	% del total	42,3%	37,1%	
Discotecas	Recuento	508	504	11,057** ,089
	% de Sexo	69,1%	77,1%	
	% del total	36,6%	36,3%	
Cine	Recuento	580	539	2,714 ns
	% de Sexo	78,9%	82,4%	
	% del total	41,8%	38,8%	
Casa de amigos	Recuento	691	620	,405 ns
	% de Sexo	94,0%	94,8%	
	% del total	49,7%	44,6%	
Parques y Plazas	Recuento	706	620	1,255 ns
	% de Sexo	96,1%	94,8%	
	% del total	50,8%	44,6%	
Pasear	Recuento	663	610	4,256* ,055
	% de Sexo	90,2%	93,3%	
	% del total	47,7%	43,9%	

**p<,01; *p<,05

Como se puede observar en la tabla, existe una relación significativa entre el género de los adolescentes y salir a discotecas, con una $\chi^2=11,057$, $p<,01$; y con salir a pasear, con una $\chi^2=4,256$, $p<,05$, de tal forma que las chicas acuden con mayor frecuencia a las discotecas y salen a pasear, que los chicos.

Como se puede observar en la siguiente tabla, el análisis univariado muestra una relación significativa entre la edad de los adolescentes y salir a bares, con una $\chi^2=186,459$, $p<,001$ y V de Cramer ,366; salir a discotecas, con una $\chi^2=79,814$, $p<,001$ y V de Cramer,240; ir al cine, con una $\chi^2=13,668$, $p<,01$ y una V de Cramer,099; e ir a pasear con una $\chi^2=11,040$, $p<,05$ y una V de Cramer ,089. La frecuencia de salidas a bares y discotecas aumenta con la edad de los adolescentes hasta los 17 años. Los adolescentes de 14 años son el grupo que presentan un porcentaje mayor de salidas al cine y a pasear con los amigos.

Tabla 115. Lugares de salida y edad

		Edad					χ^2 V de Cramer
		14,00	15,00	16,00	17,00	18,00	
Bares	Recuento	87	218	291	293	214	186,459*** ,366
	% Edad	51,8%	66,3%	82,4%	93,0%	95,5%	
	% total	6,3%	15,7%	21,0%	21,1%	15,4%	
Discotecas	Recuento	90	214	252	265	191	79,814*** ,240
	% Edad	53,6%	65,0%	71,4%	84,1%	85,3%	
	% del total	6,5%	15,4%	18,1%	19,1%	13,8%	
Cine	Recuento	148	274	269	245	183	13,668** ,099
	% Edad	88,1%	83,3%	76,2%	77,8%	81,7%	
	% total	10,7%	19,7%	19,4%	17,6%	13,2%	
Casa de amigos	Recuento	164	303	333	299	212	6,764 NS
	Recuento	97,6%	92,1%	94,3%	94,9%	94,6%	
	% Edad	11,8%	21,8%	24,0%	21,5%	15,3%	
Parques y plazas	Recuento	160	314	341	299	212	1,637 NS
	% Edad	95,2%	95,4%	96,6%	94,9%	94,6%	
	% total	11,5%	22,6%	24,6%	21,5%	15,3%	
Pasear	Recuento	163	305	324	280	201	11,040* ,089
	% Edad	97,0%	92,7%	91,8%	88,9%	89,7%	
	% total	11,7%	22,0%	23,3%	20,2%	14,5%	

***p<,001; **p<,01; *p<,05

En la siguiente tabla, se presentan la prevalencia de salida a los diferentes lugares en relación a la situación educativa de los adolescentes.

Tabla 116. Lugares de salida y situación educativa

		Lugares de salida					
		Bares	Discos	Cine	Amigos	Parques	Pasear
ESO y Bachillerato	Recuento	942	862	984	1146	1159	1122
	% de Ciclos formativos	77,5%	70,9%	80,9%	94,2%	95,3%	92,3%
	% del total	67,8%	62,1%	70,8%	82,5%	83,4%	80,8%
Ciclos y Garantía social	Recuento	161	150	135	165	167	151
	% de Ciclos formativos	93,1%	86,7%	78,0%	95,4%	96,5%	87,3%
	% del total	11,6%	10,8%	9,7%	11,9%	12,0%	10,9%
χ^2 V de Cramer		22,532*** ,127	19,161*** ,117	,806 NS	,366 NS	,520 NS	4,920* ,060

***p<,001, *p<,05

Como se puede observar en la tabla, existe una relación significativa entre la situación educativa de los adolescentes y salir a bares ($\chi^2=22,532$, p<,001 y V de Cramer ,127)

INVESTIGACIÓN EMPÍRICA: Resultados

y discotecas ($\chi^2=19,161$, $p<,001$ y V de Cramer ,117), de tal forma que los adolescentes que cursan ciclos de formación profesional y garantía social acuden más a bares y discotecas, que los que estudian ESO y Bachillerato. Sin embargo, salir a pasear es una actividad realizada por los adolescentes de la ESO y Bachillerato en un porcentaje mayor que los que cursan ciclos formativos, existiendo una relación estadísticamente significativa, con una $\chi^2=4,920$ y $p<,05$.

El análisis factorial correspondiente lugares de salida durante los fines de semana muestra una estructura factorial de tres componentes principales. El índice de factorización KMO es de 0,54 ($\chi^2=+994,68$; $p<,001$) lo que indica que puede ser factorizable la matriz de correlaciones. .

Tabla 117. KMO y prueba de Bartlett para lugares de salida

Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin.		,548
Prueba de esfericidad de Bartlett	Chi-cuadrado	994,688
	Gl	15
	Sig.	,000

Como se puede observar en la siguiente tabla, el análisis factorial explica el 70,06% de la varianza, distribuyéndose el 27,2% en el primer factor, el 25,71% en el segundo factor y el 17,13% el tercer factor.

Tabla 118. Varianza total explicada para lugares de salida

	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción			Suma de las saturaciones al cuadrado de la rotación		
	Total	% varianz	% acum	Total	% de la varianz	% acum	Total	% varianz	% acum
1	1,727	28,781	28,781	1,727	28,781	28,781	1,632	27,205	27,205
2	1,494	24,897	53,679	1,494	24,897	53,679	1,543	25,718	52,923
3	,983	16,382	70,061	,983	16,382	70,061	1,028	17,138	70,061
4	,747	12,442	82,503						
5	,659	10,979	93,481						
6	,391	6,519	100,000						

Método de extracción: Análisis de Componentes principales.

En la siguiente tabla se presenta la matriz de componentes mediante el método de extracción Varimax.

Tabla 119. Matriz de componentes rotados(a) para lugares de salida

	Componente		
	1	2	3
Bares	,888		
Discotecas	,887		
Plazas o parques		,783	
Salir a pasear		,734	
Casa de Amigos		,620	
Cine			,972

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.

La rotación ha convergido en 4 iteraciones.

En función del análisis factorial de los lugares elegidos por los adolescentes para el ocio nocturno, se puede realizar una clasificación de los lugares en función de los tres factores resultantes:

- **Lugar 1:** Incluyen salir a bares y discotecas
- **Lugar 2:** Incluye salir a pasear con los amigos, ir a casa de algún amigo y salir a parques o plazas
- **Lugar 3:** Ir al cine

4.2.2.1.3. HORA DE REGRESO A CASA

Otro de los aspectos analizados del ocio y tiempo libre es la hora de llegada de los jóvenes a casa durante el fin de semana. Por un lado, se ha preguntado si tienen hora específica de llegar a casa cuando salen los fines de semana, y por otro lado, la hora de regreso el último fin de semana que salieron.

Tabla 120. Hora de regreso a casa impuesta por los padres

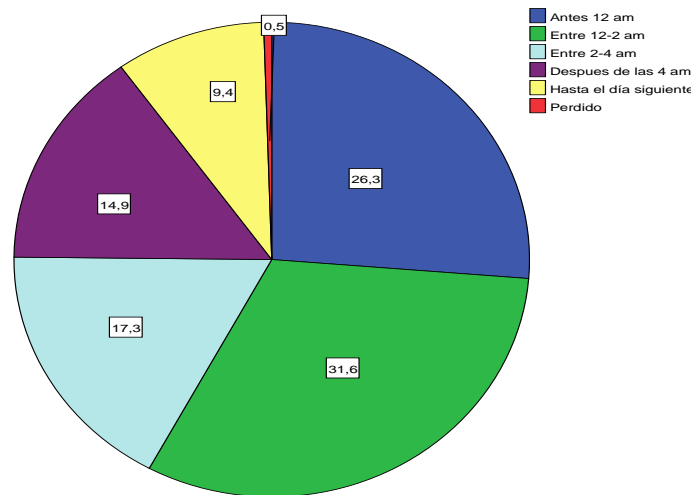
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
SI	896	64,5	64,7	64,7
NO	488	35,1	35,3	100,0
Total	1384	99,6	100,0	

Como se puede observar en la tabla, un 64,5% de los estudiantes encuestados manifiestan tener hora de llegada a casa, mientras que un 35,1% dicen no tenerla.

INVESTIGACIÓN EMPÍRICA: Resultados

En la siguiente figura se muestran las respuestas de los adolescentes a la pregunta ¿A qué hora llegaste el último fin de semana que saliste?. Esta variable ha sido medida a través de las siguientes posibles respuestas: regreso a casa antes de las 12 de la noche, entre las 12 y la 2, entre las 2 y las 4, después de las 4 de la madrugada y no volví hasta el día siguiente.

Figura 45. Hora de regreso a casa



En cuanto a la hora de llegada a casa, el 26,41% de los adolescentes declaran llegar antes de las 12 de la noche a casa, un 31,77% llegaron entre las 12 y las 2 de la madrugada, un 17,37% entre las 2 y las 4, un 14,98% llegaron después de las 4 de la madrugada y un 9,48% declararon no llegar hasta el día siguiente.

A continuación se presentan los resultados de la relación entre la frecuencia de regreso a casa y el género.

Tabla 121. Hora de regreso a casa y género

		Antes de las 12 am	Entre las 12- 2 am	Entre las 2- 4 am	Después de 4 am	El día siguiente	Total
Hombre	Recuento	184	216	122	122	90	734
	% Sexo	25,1%	29,4%	16,6%	16,6%	12,3%	100,0%
	% total	13,3%	15,6%	8,8%	8,8%	6,5%	53,1%
Mujer	Recuento	181	223	118	85	41	648
	% Sexo	27,9%	34,4%	18,2%	13,1%	6,3%	100,0%
	% total	13,1%	16,1%	8,5%	6,2%	3,0%	46,9%
χ^2		19,870**					
V de Cramer		,120					

**p<,01

Como se puede observar en la tabla 121, existe una relación significativa entre la hora de regreso a casa cuando se sale el fin de semana y el género de los adolescentes,

INVESTIGACIÓN EMPÍRICA: Resultados

con una $\chi^2=19,870$, $gl(4)$ y $p<,001$. Las chicas adolescentes llegan antes a casa que los chicos después de salir los fines de semana, de tal manera que presentan un porcentaje mayor en el indicador “entre las 12 y las 2”, mientras que “antes de las 12 de la noche” presentan un porcentaje muy similar. Sin embargo, los chicos presentan un porcentaje mayor que las chicas en los indicadores de “entre las 2-4 de la madrugada”, “después de las 4 de la madrugada” y “hasta el día siguiente”.

En la siguiente tabla muestra la relación entre la edad de los adolescentes y la hora de regreso a casa, la cual muestra, como la hora de regreso a casa de los adolescentes varía con la edad, manteniendo ambas variables una relación significativa, con una $\chi^2=188,402$, $gl(16)$ y $p<,0001$. Como cabría esperar, por regla general, a excepción del grupo de estudiantes de 18 años, cada grupo de edad que afirma haber vuelto a casa entre las dos y las cuatro de la madrugada y después de las 4 de la madrugada, lo ha hecho en mayor medida que el grupo de edad anterior, con una prevalencia máxima en los jóvenes de 17 años. Así mismo, la vuelta a casa antes de las 2 de la madrugada y antes de las 12 de la noche, suele ser tanto más común cuanto más jóvenes son los estudiantes, de tal forma que la prevalencia mayor se sitúa en los 14 y 15 años, para los que llegan antes de las doce de la madrugada, y los 16 años, para los que llegan antes de las dos de la madrugada.

Tabla 122. Hora de regreso a casa y edad

		Antes de las 12 am	Entre 12 - 2 am	Entre 2 -4 am	Después de 4 am	El día siguiente	Total
14,00	Recuento	103	38	15	9	0	165
	% Edad	62,4%	23,0%	9,1%	5,5%	,0%	100,0%
	% total	7,5%	2,7%	1,1%	,7%	,0%	11,9%
15,00	Recuento	142	111	44	21	8	326
	% Edad	43,6%	34,0%	13,5%	6,4%	2,5%	100,0%
	% total	10,3%	8,0%	3,2%	1,5%	,6%	23,6%
16,00	Recuento	87	152	62	38	14	353
	% Edad	24,6%	43,1%	17,6%	10,8%	4,0%	100,0%
	% total	6,3%	11,0%	4,5%	2,7%	1,0%	25,5%
17,00	Recuento	25	108	65	76	41	315
	% Edad	7,9%	34,3%	20,6%	24,1%	13,0%	100,0%
	% total	1,8%	7,8%	4,7%	5,5%	3,0%	22,8%
18,00	Recuento	8	30	54	63	68	223
	% Edad	3,6%	13,5%	24,2%	28,3%	30,5%	100,0%
	% del total	,6%	2,2%	3,9%	4,6%	4,9%	16,1%
χ^2		488,402***					
V de Cramer		,297					

4.2.2.1.4. DINERO DISPONIBLE

Para valorar y medir el dinero disponible de los adolescentes para sus gastos personales, se incluyó en la encuesta la pregunta ¿Con cuánto dinero cuentas a la semana para tus gastos personales?.

Los adolescentes de esta investigación disponen de una media de 15,45 euros semanales para sus gastos personales.

A continuación se presentan los resultados de la cantidad media de dinero que los adolescentes tienen disponible para sus gastos personales, según el género y la edad de los mismos.

Tabla 123. Media del dinero disponible y género

Sexo	N	Media	DT	Error típ. de media	t	gl
Hombre	731	16,3215	9,12872	,33764	3,338**	1371
Mujer	642	14,5841	10,15542	,40080		

**p<,01

Como se puede observar en la tabla 123, existe una relación estadísticamente significativa entre el dinero disponible y el género de los adolescentes, (t=3,338, gl(1371) y p<,001). Son los chicos, los que disponen de mayor cantidad de dinero a la semana (16,32 euros frente a las chicas que disponen de 14,58 euros).

En la siguiente tabla, se presenta la media de dinero disponible en relación a la edad de los adolescentes.

Tabla 124. Media de dinero disponible y edad

Edad	Media	N	D.T.	F(gl)
14,00	9,0301	166	3,86973	115,222*** (4)
15,00	11,7222	324	7,09358	
16,00	14,1960	352	6,85742	
17,00	17,9547	309	8,47942	
18,00	24,5586	222	13,17284	
Total	15,5091	1373	9,65789	

***p<,001

La cantidad de dinero que los estudiantes disponen semanalmente para satisfacer sus gastos personales se sitúa en 15,50 euros, con una desviación típica de 9,65 euros.

Como se puede observar en la tabla 124, la cantidad de dinero semanal disponible por los estudiantes encuestados, aumenta en la con la edad, desde los 14 años (9,03 euros) hasta los 18 (24,55 euros), estableciéndose una relación significativa entre ambas variables ($F 115,222$ y $p < ,001$).

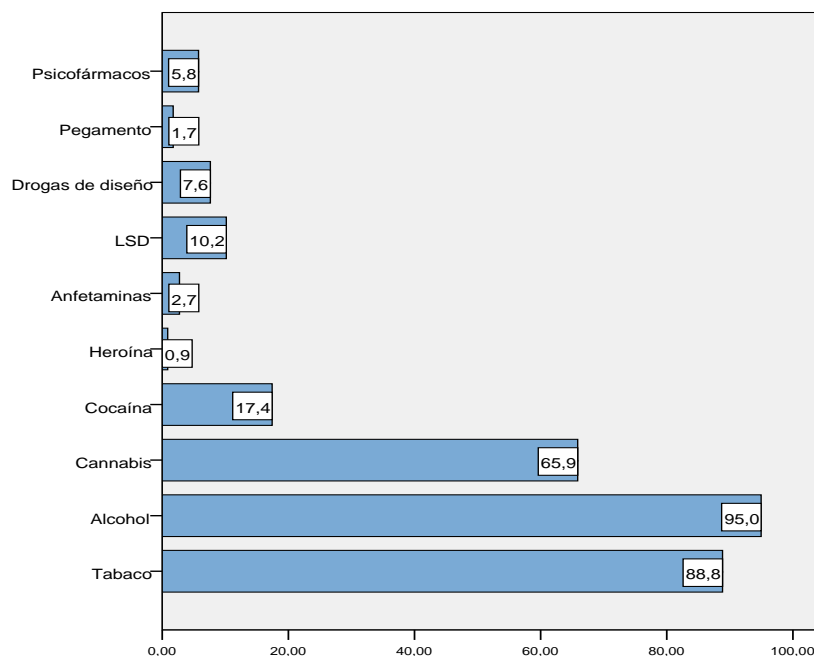
Los resultados de este apartado confirma la hipótesis que hace referencia a las diferencias en relación a los lugares de salida, hora de regreso a casa y dinero disponible, en función del género y la edad de los adolescentes, de tal manera que los chicos salen con mayor frecuencia y llegan más tarde que las chicas.

4.2.2.2. RELACION CON EL GRUPO DE IGUALES

En este apartado se incluyen los resultados relacionados con el consumo de sustancias en el grupo de iguales para dar respuesta al objetivo de “Analizar el consumo de sustancia por el grupo de amigos”.

En la Figura 46 se presentan los resultados de consumo actual dentro del grupo de iguales.

Figura 46. Consumo de sustancias en el grupo de iguales



Respecto al consumo de drogas legales en el entorno social del grupo de iguales de los adolescentes encuestados, un 88,8% de los amigos consumen tabaco y un 95%

consumen alcohol. Tan solo un 5,8% de los adolescentes declararon que sus amigos consumían algún tipo de medicamentos.

Entre las drogas ilegales el consumo de cannabis parece estar extendido en los grupos de amigos de los jóvenes, siendo un 65,9% de ellos los que declararon que sus amigos consumen en la actualidad. En cuanto al resto de drogas ilegales, el consumo en el grupo de amigos es de un 17,4% de cocaína, un 10,2% consume LSD y un 7,6% drogas de diseño.

4.2.2.3. RESUMEN DE RESULTADOS DE LOS FACTORES INTERPERSONALES

Los principales resultados obtenidos en este apartado dirigido a analizar los factores interpersonales relacionados con el grupo de iguales y el ocio y tiempo libre que pueden favorecer o proteger del consumo de drogas en los adolescentes de 14 a 18 años de Guadalajara, son:

- La mayor parte de los adolescentes afirman haber salido alguna vez por la noche durante el fin de semana y entre semana. Menos del 5% dice no haber salido nunca por la noche.
- Los chicos salen con mayor frecuencia que las chicas en las categorías de “todos los días” y “todos los fines de semana”, mientras que las chicas presentan una mayor frecuencia en las categorías de “ocasionalmente” y “una noche a la semana”.
- Las salidas nocturnas aumentan con la edad, de tal manera que, en el indicador de nunca y ocasionalmente, la mayor frecuencia se encuentra en los 15 años. Sin embargo la frecuencia mayor en al menos una noche a la semana se encuentra en los 16, en todos los fines de semana se encuentra en los 17 años y casi todos los días en los 18 años.
- Los lugares elegidos por los adolescentes para salir por las noches varían en función de si es entre semana o durante el fin de semana. Mientras que el análisis de medias muestra que los lugares de elección por orden decreciente, de los

adolescentes para salir por la noche son: salir a pasear con amigos; ir a plazas y parques; ir a casa de amigos; ir a bares con una media de 3,33; ir a discotecas; y por último ir al cine. Los lugares a los que acuden los fines de semana son: los bares y pubs, discotecas, estar en la calle, ir a casa de algún amigo, ir al cine e ir a una plaza o un parque.

- La frecuencia de salidas a bares y discotecas aumenta con la edad de los adolescentes hasta los 17 años. Los adolescentes de 14 años son el grupo que presentan un porcentaje mayor de salidas al cine y a pasear con los amigos. Por otro lado, los adolescentes que cursan ciclos formativos acuden con mayor frecuencia a los bares y discotecas, mientras que los que estudian ESO y Bachillerato salen más a pasear.
- Las chicas acuden con mayor frecuencia a las discotecas y salen a pasear más que los chicos. Después de salir los fines de semana, las chicas llegan antes que los chicos, de tal manera que presentan un porcentaje mayor en los indicadores de “antes de las 12 de la noche” y “entre las 12 y las 2”, mientras que los chicos presentan un porcentaje mayor en los indicadores de “entre las 2-4 de la madrugada”, “después de las 4 de la madrugada” y “hasta el día siguiente”.
- Como cabría esperar, por regla general, a excepción del grupo de estudiantes de 18 años, cada grupo de edad que afirma haber vuelto a casa entre las dos y las cuatro de la madrugada y después de las 4 de la madrugada, lo ha hecho en mayor medida que el grupo de edad anterior, con una prevalencia máxima en los jóvenes de 17 años.
- Los adolescentes de esta investigación disponen de una media de 15,5 euros semanales para sus gastos personales, y son los chicos, los que disponen de mayor cantidad de dinero a la semana (16,32 euros), frente a las chicas que disponen de 14,58 euros. La disponibilidad de dinero aumenta con la edad desde los 14 años (9,03 euros) hasta los 18 (24,55 euros).
- Dentro del grupo de amigos, el consumo de tabaco, alcohol y cannabis está muy extendido, yendo desde un 66% hasta un 98%.. En cuanto al resto de drogas, el consumo en el grupo de amigos es mucho más bajo, situándose entre un 5% y un 17%.

4.2.3. FACTORES SOCIALES.

En este apartado se presentan los resultados relacionados con variables sociales, para dar respuesta al cuarto objetivo general planteado en esta investigación, que es analizar los factores sociales que pueden influir en el consumo de drogas en los adolescentes de 14 a 18 años de Guadalajara.

Para ello se ha realizado un análisis descriptivo del riesgo percibido de los adolescentes sobre el consumo esporádico, de fin de semana y habitual de las distintas sustancias; los problemas derivados del consumo de las distintas drogas; el grado de información y la disponibilidad percibida de cada una de las sustancias.

Para analizar las diferencias significativas de dichas variables sociales en relación al género, edad y situación educativa se aplicó la T de Student para muestras independientes.

4.2.3.1. RIESGO PERCIBIDO DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS

El riesgo percibido ante distintas conductas de consumo de drogas puede ser un indicador indirecto de la evolución presente o futura de la prevalencia de consumo. Se asume que conforme aumenta el riesgo percibido ante el consumo de una droga, tiende a disminuir la extensión o la intensidad del consumo.

Este apartado se dirige a conocer el riesgo percibido en relación al consumo esporádico, durante los fines de semana y habitual de las distintas sustancias, analizando las diferencias significativas, en relación al género, edad y situación educativa.

La percepción de riesgo ante el consumo de las sustancias ha sido valorado a través de consumo esporádico, una o dos veces al mes; consumo durante los fines de semana y consumo habitual o diario, con una escala tipo likert de 1 al 4, donde 1 es ningún riesgo y 4 mucho riesgo.

En la siguiente tabla se presentan los descriptivos relacionados con la percepción de riesgo de las distintas drogas.

Tabla 125. Estadísticos descriptivos riesgo percibido

	N	Mínimo	Máximo	Media	D.T.
Fumar 1 ó más paq./ día	1389	1,00	4,00	3,4982	,67117
Fumar de vez en cuando	1389	1,00	4,00	1,8519	,89361
Fumar/ fines de semana	1389	1,00	4,00	2,0158	,75926
Fumar porros 1 ó 2 veces	1389	1,00	4,00	2,4226	,90026
Fumar porros/ fines semana	1389	1,00	4,00	2,6487	,81084
Fumar porros a diario	1389	1,00	4,00	3,6998	,54996
Beber 1 ó más copas diario	1389	1,00	4,00	3,3708	,70509
Beber 1 ó + copas/fines de semana	1389	1,00	4,00	2,2981	,76515
Beber alcohol de vez en cuando	1389	1,00	4,00	1,9630	,84936
Cocaína 1 ó 2 veces	1389	1,00	4,00	2,9194	,85513
Cocaína los fines de semana	1389	1,00	4,00	3,5666	,58751
Cocaína todos los días	1389	1,00	4,00	3,9561	,23449
Heroína 1 ó 2 veces	1389	1,00	4,00	3,0590	,83733
Heroína/fines de semana	1389	1,00	4,00	3,6062	,54322
Heroína todos los días	1389	2,00	4,00	3,9705	,18940
Pegamento 1 ó 2 veces	1389	1,00	4,00	2,8301	,89423
Pegamento los fines de semana	1389	1,00	4,00	3,4356	,66807
Pegamento todos los días	1389	1,00	4,00	3,8985	,37644
Anfetaminas 1 ó 2 veces	1389	1,00	4,00	2,9078	,85481
Anfetaminas los fines de semana	1389	1,00	4,00	3,5176	,58241
Anfetaminas todos los días	1389	1,00	4,00	3,9633	,21992
LSD 1 ó 2 veces	1389	1,00	4,00	3,0058	,85048
LSD los fines de semana	1389	1,00	4,00	3,5443	,56846
LSD todos los días	1389	1,00	4,00	3,9676	,21396
Drogas de diseño 1 ó 2 veces	1389	1,00	4,00	2,9683	,83451
Drogas de diseño/fines de semana	1389	1,00	4,00	3,5580	,55438
Drogas de diseño todos los días	1389	1,00	4,00	3,9798	,16856

Las situaciones que presentan una media más baja y por lo tanto son percibidas por los estudiantes como las que tienen menor riesgo son: fumar cigarros 1 o 2 veces (1,85), Fumar cigarros los fines de semana (2,01); beber una o dos veces (1,96), beber una o dos copas los fines de semana (2,29); consumir porros 1 o 2 veces (2,42); y fumar porros los fines de semana (2,64). El consumo esporádico del resto de sustancias ilegales, está en una media de 2,9 y el consumo de fin de semana y diario presenta una media por encima de 3,0, siendo consideradas como las que presentan un riesgo moderado alto.

En la siguiente tabla, se presentan los resultados significativos de la percepción de riesgo en relación al género de los estudiantes.

Tabla 126. Percepción de riesgo consumo de sustancias y género

	Sexo	N	Media	D.T.	Error típ. media	T (gl)
Fumar 1 ó más paquetes al días	Hombre	735	3,4435	,68001	,02508	-3,235** (1377,89)
	Mujer	654	3,5596	,65619	,02566	
Fumar porros 1 ó 2 veces	Hombre	735	2,3306	,90913	,03353	-4,060*** (1377,44)
	Mujer	654	2,5260	,87946	,03439	
Fumar porros los fines de semana	Hombre	735	2,5442	,84518	,03117	-5,170*** (1386,99)
	Mujer	654	2,7661	,75396	,02948	
Fumar porros todos los días	Hombre	735	3,6109	,61177	,02257	-6,593*** (1341,86)
	Mujer	654	3,7997	,45090	,01763	
Beber 1 ó más copas casi todos los días	Hombre	735	3,2422	,73534	,02712	-7,401*** (1386,31)
	Mujer	654	3,5153	,63985	,02502	
Beber 1 ó más copas los fines de semana	Hombre	735	2,2041	,78767	,02905	-4,916*** (1385,37)
	Mujer	654	2,4037	,72521	,02836	
Cocaína 1 ó 2 veces	Hombre	735	2,8435	,86956	,03207	-3,527*** (1379,92)
	Mujer	654	3,0046	,83105	,03250	
Cocaína los fines de semana	Hombre	735	3,5116	,60836	,02244	-3,737*** (1385,84)
	Mujer	654	3,6284	,55716	,02179	
Pegamento 1 ó 2 veces	Hombre	735	2,7687	,90914	,03353	-2,725** (1379,03)
	Mujer	654	2,8991	,87271	,03413	
Pegamento los fines de semana	Hombre	735	3,3946	,70186	,02589	-2,446* (1386,99)
	Mujer	654	3,4817	,62525	,02445	
Anfetaminas 1 ó 2 veces	Hombre	735	2,8503	,85258	,03145	-2,664** (1368,01)
	Mujer	654	2,9725	,85334	,03337	
Anfetaminas los fines de semana	Hombre	735	3,4871	,59703	,02202	-2,083* (1382,02)
	Mujer	654	3,5520	,56402	,02205	
LSD 1 ó 2 veces	Hombre	735	2,9320	,84541	,03118	-3,440** (1366,87)
	Mujer	654	3,0887	,84916	,03320	
LSD fines de semana	Hombre	735	3,5007	,59488	,02194	-3,058** (1386,91)
	Mujer	654	3,5933	,53343	,02086	
LSD diario	Hombre	735	3,9551	,26493	,00977	-2,393* (1311,72)
	Mujer	654	3,9817	,13431	,00525	
Drogas de diseño 1 ó 2 veces	Hombre	735	2,9143	,82005	,03025	-2,559* (1356,72)
	Mujer	654	3,0291	,84698	,03312	
Drogas de diseño fines de semana	Hombre	735	3,5293	,56598	,02088	-2,054* (1380,37)
	Mujer	654	3,5902	,53966	,02110	

***p<,001, **p<,01, *p<,05

Como se puede observar en la tabla 126, existen diferencias significativas entre la percepción de riesgo en la mayoría de los tipos de consumo planteados, de tal manera que los chicos presentan una percepción de riesgo ligeramente más baja que las chicas en todas las situaciones en la que la T de Student ha sido significativa.

INVESTIGACIÓN EMPÍRICA: Resultados

En la siguiente tabla, se presentan los resultados significativos de la percepción de riesgo del consumo de sustancias en relación a la edad de los adolescentes.

Tabla 127. Percepción de riesgo del consumo de sustancias y la edad

		N	Media	D.T.	Error típ. media	T (gl)
Fumar porros 1 ó 2 veces	< 16 años	497	2,6056	,84327	,03783	5,855*** (1097,52)
	> 16 años	892	2,3206	,91520	,03064	
Fumar porros los fines de semana	< 16 años	497	2,8169	,77815	,03490	5,916*** (1064,79)
	> 16 años	892	2,5549	,81396	,02725	
Fumar porros a diario	< 16 años	497	3,7948	,46893	,02103	5,151*** (1217,36)
	> 16 años	892	3,6469	,58388	,01955	
Beber 1 ó más copas a diario	< 16 años	497	3,3280	,72893	,03270	3,661*** (1022,42)
	> 16 años	892	3,3946	,69072	,02313	
Consumir cocaína 1 ó 2 veces	< 16 años	497	3,0443	,81694	,03664	4,158*** (1079,01)
	> 16 años	892	2,8498	,86837	,02908	
Consumir heroína a diario	< 16 años	497	3,9537	,22867	,01026	-2,247* (781,89)
	> 16 años	892	3,9798	,16288	,00545	

***p<,001; **p<,01; *p<,05

Como se puede observar en la tabla 127, existen relaciones significativas entre la percepción de riesgo y el consumo de cannabis en las frecuencias: esporádico (t 5,855, p<,001), fines de semana (t 5,916, p<,001) y a diario (t 5,151, p<,001), donde los adolescentes menores de 16 años presentan una percepción de riesgo más elevada que los mayores de 16 años. En cuanto al consumo de alcohol, existe una relación en el consumo diario, donde los adolescentes mayores de 16 años presentan una percepción de riesgo más elevada que los menores de 16 años (t 3,661, p<,001). El consumo esporádico de cocaína y el diario de heroína también presentan una relación significativa con la edad, de tal forma que los menores de 16 años tienen una percepción de riesgo más alta.

En la siguiente tabla se presentan los resultados significativos entre la percepción de riesgo del consumo de sustancias y la situación educativa de los adolescentes. Como se puede observar, la mayoría de las situaciones de percepción de riesgo del consumo de las distintas sustancias planteadas, presentan una relación significativa en relación a la situación educativa. Los resultados muestran que los adolescentes que cursan los ciclos de formación profesional y garantía social tienen una percepción de riesgo más baja que los que estudian los cursos de la ESO o Bachillerato.

Tabla 128. Percepción de riesgo consumo de sustancias y situación educativa

	Situación Educativa	N	Media	D.T.	Error media	T (gl)
Fumar porros 1 ó 2 veces	Secundaria	1216	2,4959	,88331	,02533	8,469*** (228,30)
	Ciclos	173	1,9075	,85086	,06469	
Fumar porros los fines de semana	Secundaria	1216	2,7327	,78365	,02247	10,979*** (228,38)
	Ciclos	173	2,0578	,75260	,05722	
Fumar porros a diario	Secundaria	1216	3,7590	,50869	,01459	9,326*** (203,76)
	Ciclos	173	3,2832	,64304	,04889	
Beber 1 ó más copas a diario	Secundaria	1216	3,4046	,70561	,02023	5,049*** (232,45)
	Ciclos	173	3,1329	,65566	,04985	
Beber 1 ó más copas los fines de semana	Secundaria	1216	2,3347	,77021	,02209	5,257*** (240,13)
	Ciclos	173	2,0405	,67650	,05143	
Consumir cocaína 1 ó 2 veces	Secundaria	1216	2,9811	,84452	,02422	7,536*** (229,42)
	Ciclos	173	2,4855	,80411	,06114	
Consumir cocaína los fines de semana	Secundaria	1216	3,5880	,58555	,01679	3,636*** (224,66)
	Ciclos	173	3,4162	,58087	,04416	
Consumir heroína 1 ó 2 veces	Secundaria	1216	3,0913	,83487	,02394	3,870*** (225,54)
	Ciclos	173	2,8324	,82172	,06247	
Consumir pegamento 1 ó 2 veces	Secundaria	1216	2,8635	,89596	,02569	3,863*** (230,15)
	Ciclos	173	2,5954	,84797	,06447	
Consumir anfetaminas 1 ó 2 veces	Secundaria	1216	2,9564	,84944	,02436	5,851*** (228,37)
	Ciclos	173	2,5665	,81585	,06203	
Consumir tripis 1 ó 2 veces	Secundaria	1216	3,0510	,84758	,02431	5,521*** (229,89)
	Ciclos	173	2,6879	,80386	,06112	
Consumir drogas de diseño 1 ó 2 veces	Secundaria	1216	3,0082	,83637	,02398	5,082*** (234,19)
	Ciclos	173	2,6879	,76684	,05830	
Consumir drogas de diseño los fines de semana	Secundaria	1216	3,5699	,55486	,01591	2,160* (225,72)
	Ciclos	173	3,4740	,54524	,04145	

***p<,001; **p<,01; *p<,05

4.2.3.2. PROBLEMAS PERCIBIDOS DERIVADOS DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS

Junto con la percepción de riesgo, se ha valorado la percepción de los posibles problemas derivados del consumo de cada una de las sustancias. Para ello se ha preguntado a los adolescentes si creen que el consumo de cada una de las drogas puede producir: discusiones y peleas, accidentes de tráfico, problemas con los amigos, problemas familiares, problemas escolares y problemas de salud.

INVESTIGACIÓN EMPÍRICA: Resultados

Tabla 129. Problemas percibidos por consumo de drogas

	Discusión y peleas	Accidentes de tráfico	Problemas familiares	Problemas escolares	Problemas amigos	Problemas de salud
Tabaco	12,0	18,9	37,0	18,1	13,1	94,2
Alcohol	74,6	88,9	60,7	38,4	40,2	85,0
Cannabis	46,4	59,5	67,0	56,3	40,8	90,7
Cocaína	73,5	74,1	82,3	68,5	65,2	95,0
Heroína	76,0	76,8	84,2	73,0	70,8	96,4
Anfetaminas	70,7	71,9	79,8	68,3	64,6	95,5
LSD	71,2	74,0	78,3	67,2	64,3	95,5
Drogas de diseño	73,4	73,4	79,0	67,5	64,9	95,5
Pegamento	54,1	56,2	64,6	55,7	51,8	91,5
Psico-fármacos	40,0	56,2	61,4	50,2	47,4	85,0

La discusión y peleas es un problema que los adolescentes perciben que se deriva principalmente del consumo del alcohol (74%), la cocaína (73,5%), la heroína (76%), anfetaminas (70,7%), el LSD (71,2%) y las drogas de diseño (73,4%).

Según los adolescentes del estudio, los accidentes de tráfico es un problema derivado del principalmente consumo de alcohol, presentando el porcentaje más elevado (88,9%), seguido por el consumo de las drogas ilegales (heroína, cocaína, anfetaminas, LSD y drogas de diseño) con porcentajes superiores al 71, %.

Los problemas familiares, escolares y con los amigos son producidos, según los adolescentes, por las drogas ilegales ya que son las que presentan los porcentajes más elevados.

Los adolescentes perciben que los problemas de salud son los más importantes y frecuentes tras el consumo de cualquier sustancia siendo este el que presenta los porcentajes más elevados superando el 90% en todas las drogas analizadas a excepción del consumo de psicofármacos que la percepción de riesgo disminuye al 85%.

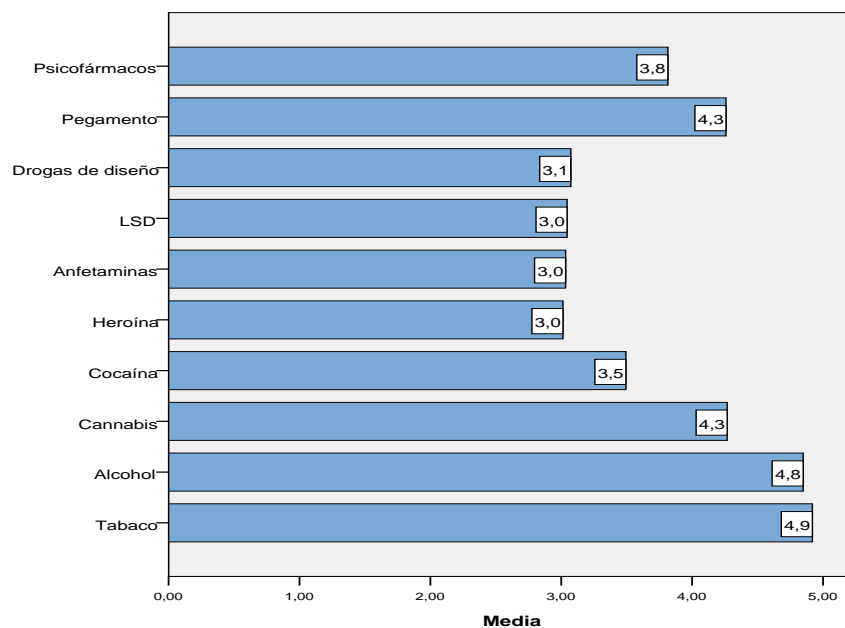
El tabaco es la droga que presenta porcentajes menores en todos los problemas analizados, siendo los problemas de salud los que presentan un porcentaje más elevado (94,2%).

4.2.3.3. DISPONIBILIDAD DE DROGAS PERCIBIDA

El grado de facilidad o dificultad percibida por los adolescentes para conseguir las distintas drogas (disponibilidad percibida) puede influir en la probabilidad de consumo de dichas drogas o de que esas drogas generen problemas. Los resultados de este apartado se dirigen a conseguir el objetivo, “conocer la disponibilidad de cada una de las sustancias, analizando las diferencias significativas en relación al género, edad y situación educativa.

La disponibilidad percibida de cada una de las sustancias, ha sido medida a través de una escala likert de 5 puntos, yendo de mayor dificultad (1 es imposible conseguir la droga) a menor dificultad (5 se corresponde con muy fácil). En la siguiente figura, se presentan los resultados de las medias en relación a la disponibilidad de cada una de las drogas.

Figura 47. Media de la disponibilidad de las drogas



En la figura 47, se puede observar que las sustancias que presentan una media mayor y por lo tanto son consideradas por los adolescentes más accesibles, son las drogas legales: el tabaco, con una media de 4,91 y el alcohol, con una media de 4,84. De las drogas ilegales, el cannabis, es la que presenta una media más alta (4,26). Posteriormente están el pegamento (4,59) y los psicofármacos. El resto de drogas ilegales (cocaína, heroína, tripis, anfetaminas y drogas de diseño) son las que presentan una media más baja (a excepción de la cocaína que tiene una media de 3,4,

INVESTIGACIÓN EMPÍRICA: Resultados

el resto tienen una media de 3,0), y por lo tanto son las que los adolescentes consideran menos accesibles.

Como se puede observar en la siguiente tabla donde se presentan los resultados de la disponibilidad de drogas percibidas por los estudiantes y el género de los mismos, aunque existen diferencias en las medias entre chicos y chicas, en relación con la disponibilidad de las sustancias, éstas no son estadísticamente significativas al aplicar la T de Student. En general, los chicos presentan una media mayor en la disponibilidad percibida en relación al tabaco, alcohol, porros que las chicas, lo que significa que piensan que son más fáciles de conseguir. Sin embargo, en el resto de sustancias las chicas presentan una media mayor que los chicos.

Tabla 130. Disponibilidad percibida y género

	Sexo	N	Media	D.T.	Error típ. media
Tabaco	Hombre	735	4,9252	,28801	,01062
	Mujer	654	4,9113	,28451	,01113
Alcohol	Hombre	735	4,8667	,38876	,01434
	Mujer	654	4,8287	,42296	,01654
Cannabis	Hombre	735	4,2789	,71746	,02646
	Mujer	654	4,2554	,77515	,03031
Cocaína	Hombre	735	3,4381	,90181	,03326
	Mujer	654	3,5566	3,85483	,15074
Heroína	Hombre	735	2,8884	,84238	,03107
	Mujer	654	3,1529	3,85469	,15073
Anfetaminas	Hombre	735	2,9252	,86160	,03178
	Mujer	654	3,1544	3,86237	,15103
LSD	Hombre	735	2,9524	,90663	,03344
	Mujer	654	3,1483	3,87093	,15137
Drogas diseño	Hombre	735	2,9537	,90745	,03347
	Mujer	654	3,2064	3,87933	,15169
Pegamento	Hombre	735	4,3333	,97050	,03580
	Mujer	654	4,1743	3,87360	,15147
Psicofármacos	Hombre	735	3,6803	1,03209	,03807
	Mujer	654	3,9664	3,84964	,15053

***p<,001; **p<,01; *p<,05

En la siguiente tabla, se incluyen los resultados significativos en relación con la disponibilidad percibida y la edad de los adolescentes.

Tabla 131. Disponibilidad percibida y edad

		N	Media	D.T.	Error típ. media	T (gl)
Tabaco	< 16 años	497	4,8732	,33904	,01521	-4,077*** (798,52)
	> 16 años	892	4,9439	,24890	,00833	
Alcohol	< 16 años	497	4,7827	,46344	,02079	-4,271*** (841,080)
	> 16 años	892	4,8857	,36444	,01220	
Cannabis	< 16 años	497	4,0503	,81535	,03657	-7,883*** (874,32)
	> 16 años	892	4,3890	,67338	,02255	

***p<,001; **p<,01; *p<,05

Como se puede observar en la tabla, existe una diferencia significativa en relación al tabaco (t -4,077, p<,001), alcohol (t -4,271, p<,001) y cannabis (t -7,883, p<,001), de tal forma que los adolescentes menores de 16 años, consideran que es más difícil conseguir dichas sustancias, teniendo una media más baja que los mayores de 16 años.

En la siguiente tabla se incluyen los resultados significativos de disponibilidad percibida en relación con la situación educativa de los adolescentes.

Tabla 132. Disponibilidad percibida y situación educativa

	Situación Educativa	N	Media	D.T.	Error típ. media	T (gl)
Tabaco	Secundaria	1216	4,9104	,29983	,00860	-4,643*** (402,14)
	Ciclos	173	4,9769	,15073	,01146	
Cannabis	Secundaria	1216	4,2516	,74646	,02141	-2,192* (276,79)
	Ciclos	173	4,3815	,72666	,05525	

***p<,001; **p<,01; *p<,05

En la tabla se puede observar las relaciones significativas entre la situación educativa de los adolescentes y la disponibilidad percibida del tabaco (t -4,643, p<,001) y el cannabis (t -2,192, p<,001). Los adolescentes que cursan los ciclos de formación profesional y de garantía social perciben que el tabaco y el cannabis son más fáciles de conseguir que aquellos adolescentes que cursan ESO y Bachillerato. En relación al resto de sustancias no existen diferencias significativas.

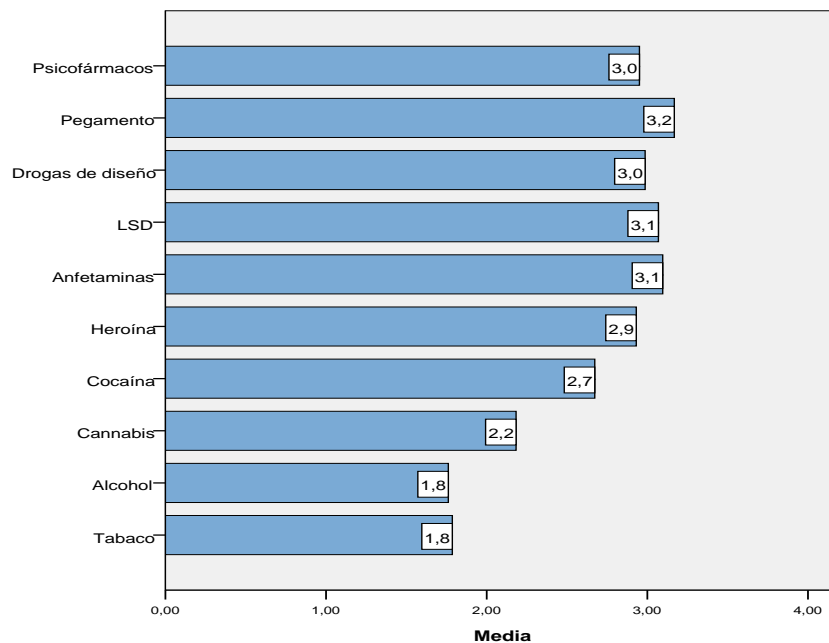
4.2.3.4. INFORMACIÓN SOBRE DROGAS

La percepción sobre la información de cada una de las sustancias puede influir en la conducta del adolescente frente al consumo. Por ello se ha preguntado por, como se

sienten de informados en relación a los efectos, posibles problemas y consecuencias de cada una de las sustancias, midiendo sus respuestas mediante una escala tipo likert con 4 puntos, donde 1 corresponde con muy informado y 4 con nada informado.

En la siguiente figura se presentan los estadísticos descriptivos sobre la percepción de información de cada una de las sustancias.

Figura 48. Media de información sobre cada una de las sustancias



Como era de esperar, las medias más bajas en relación con la información de los adolescentes se encuentran en las drogas legales y el cannabis, lo que significa que los adolescentes manifiestan sentirse más informados en relación con el tabaco, alcohol (1,7) y cannabis (2,18). La cocaína tiene una media de 2,6. El resto de drogas presentan una media muy similar entre 2,9-3,0.

No existen diferencias significativas entre la información sobre cada una de las sustancias y el género, la edad y la situación educativa de los adolescentes.

4.2.3.5. RESUMEN DE RESULTADOS DE LOS FACTORES SOCIALES

Los principales resultados obtenidos en este apartado y que se dirigen a analizar los factores sociales que pueden influir en el consumo de drogas en los adolescentes. Para ello se incluye el análisis del riesgo percibido, la disponibilidad y la información que los adolescentes tienen de distintas sustancias.

Los principales resultados en relación al riesgo percibido en el consumo de sustancias son:

- Según el PNSD (2008), el riesgo percibido ante distintas conductas de consumo de drogas puede ser un indicador indirecto de la evolución presente o futura de la prevalencia de consumo, asumiendo que conforme aumenta el riesgo percibido ante el consumo de una droga, tiende a disminuir la extensión o la intensidad del consumo.
- Las conductas de consumo de drogas que los estudiantes asocian a un menor riesgo son el consumo esporádico y durante los fines de semana de tabaco, alcohol y cannabis. Por el contrario las conductas asociadas a un mayor riesgo eran el consumo esporádico del resto de sustancias ilegales, así como el consumo de fin de semana y habitual. Este resultado coincide con el obtenido en la encuesta ESTUDES (2008)
- Con respecto a las diferencias de género, se aprecia que el riesgo percibido por las mujeres es superior al percibido por los hombres, tanto en el consumo esporádico como habitual.

En cuanto a los problemas percibidos por los adolescentes en relación al consumo de sustancias, los principales resultados se describen a continuación:

- El tabaco es la droga que presenta porcentajes menores en todos los problemas analizados, siendo los problemas de salud los que presentan un porcentaje más elevado (94,2%).

INVESTIGACIÓN EMPÍRICA: Resultados

- La discusión y peleas es un problema que los adolescentes perciben que se deriva principalmente del consumo del alcohol (74%), la cocaína (73,5%), la heroína (76%), anfetaminas (70,7%), el LSD (71,2%) y las drogas de diseño (73,4%).
- Los accidentes de tráfico es un problema derivado del principalmente consumo de alcohol, seguido por el consumo de las drogas ilegales
- Los adolescentes perciben que los problemas de salud son los más importantes y frecuentes después del consumo de cualquier sustancia. Los problemas familiares, escolares y con los amigos son producidos por las drogas ilegales.

Los principales resultados en relación a la disponibilidad percibida de sustancias son:

- El grado de facilidad o dificultad para conseguir u obtener las distintas drogas percibido por los encuestados (disponibilidad percibida) puede influir en la probabilidad de consumo de dichas drogas o de que esas drogas generen problemas (PNSD, 2008).
- El indicador utilizado para valorarla es la proporción de estudiantes que piensan que obtener cada droga considerada en 24 horas es relativamente fácil o muy fácil.
- Al igual que en el ESTUDES (2008), las drogas percibidas por los estudiantes como las más disponibles o accesibles son el tabaco, alcohol y el cannabis.

En cuanto a la información que los adolescentes perciben que tienen en relación a los efectos y consecuencias del consumo de sustancias, los principales resultados son:

- La percepción sobre la información de cada una de las sustancias puede influir en la conducta del adolescente frente al consumo.
- Como era de esperar, las medias más bajas se encuentran en las drogas legales y el cannabis, lo que significa que los adolescentes manifiestan sentirse más informados sobre los efectos y consecuencias de dichas sustancias.

4.3. ANALISIS DE LOS FACTORES DE RIESGO Y DE PROTECCIÓN DE LAS DISTINTAS SUSTANCIAS Y GRUPOS DE POLICONSUMIDORES

En el presente capítulo, se presentan los resultados que dan respuesta a los objetivos relacionados con identificar los factores de riesgo y protección personales, interpersonales y sociales que inciden, por un lado, en el consumo de las drogas con mayor prevalencia entre los adolescentes de 14 a 18 años de Guadalajara, entre las que se incluyen el tabaco, alcohol, cannabis, cocaína y resto de drogas ilegales; y por otro lado, en los factores que inciden en los tres grupos de policonsumidores identificados a partir del análisis factorial: Grupo 1: policonsumidores de tabaco, alcohol y cannabis; Grupo 2: policonsumidores de anfetaminas y drogas de diseño; y Grupo 3: policonsumidores de cannabis, cocaína y LSD.

Se han analizado la posible relación existente entre la exposición a diferentes factores y el consumo habitual (durante el último mes) de las diferentes sustancias. Para ello, se han realizado análisis univariados, hallando la prueba de χ^2 , y en aquellos casos en los que la $p < .05$ se ha calculado la Odd Ratio y el Riesgo Relativo (R.R.).

El R.R. permite comparar la frecuencia con que ocurre el daño entre los que tienen el factor de riesgo y los que no lo tienen, de tal manera que aquellos que presentan un $R.R. < 1$, significa que aquellos sujetos expuestos al factor (variable independiente) tienen un menor riesgo a presentar el resultado (variable dependiente) actuando como factor protector. Por el contrario, si el R.R. es > 1 , significa que aquellos sujetos expuestos al factor tienen un riesgo mayor a presentar el resultado, actuando como factor de riesgo.

A continuación se muestran los resultados de aquellas variables personales, interpersonales y sociales que han mostrado una relación significativa con las drogas analizadas, incluyendo la Odd Ratio, el R.R. y el Intervalo de Confianza 95% (I.C. 95%).

Se han estructurado en dos grades apartados: el primero incluye el análisis de los factores de riesgo y protección en relación a las sustancias que presentan una prevalencia de consumo mayor en los 30 días previos a la encuesta, que son el tabaco, alcohol, cannabis y cocaína. Segundo gran apartado es el análisis de los factores de riesgo y protección de los tres tipos de policonsumidores.

Según la bibliografía sobre factores de riesgo y de protección, se identifican tres grandes grupos de factores: individuales, relacionales y sociales, por lo que para facilitar el análisis de los factores de riesgo y protección se han agrupado o clasificado las variables incluidas en el presente estudio según esta clasificación:

a) **Factores individuales.** En esta categoría se incluyen las variables:

- Edad, género y situación educativa.
- Satisfacción personal consigo mismo y con su futuro.
- Estrategias de afrontamiento.

b) **Factores interpersonales.** En esta apartado se incluyen las siguientes variables:

- Ocio y tiempo libre: lugares de salida, hora de llegada, dinero disponible, satisfacción con el ocio y tiempo libre.
- Amigos: consumo de las distintas sustancias por los amigos y grado de satisfacción con los amigos.
- Escuela: grado de satisfacción en el instituto, con los compañeros, la clase y con lo que aprenden.
- Familia: grado de satisfacción en casa, con el padre y con la madre.

c) **Factores sociales.** En este apartado se agrupan las variables de:

- Información sobre las distintas sustancias.
- Percepción de riesgo de consumo de las distintas sustancias.
- Disponibilidad de las sustancias.

4.3.1. ANALISIS DE LOS FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN EN RELACIÓN A LAS SUSTANCIAS MAS PREVALENTES: TABACO, ALCOHOL, CANNABIS Y COCAÍNA

4.3.1.1. FACTORES DE RIESGO PROTECCIÓN EN RELACIÓN AL CONSUMO DE TABACO

En este apartado, se analiza la estimación de riesgo de consumo de tabaco por los adolescentes de 14 a 18 años, mediante el cálculo de la OR y el Riesgo Relativo del consumo de tabaco en los últimos 30 días, en relación con las variables individuales, relacionales y sociales.

4.3.1.1.1. Factores personales

A continuación se presentan los resultados de la estimación de riesgo en el consumo de tabaco, en relación a las variables personales, donde se han tenido en cuenta, el género, la edad, y situación educativa; la satisfacción personal consigo mismo y con los diferentes entornos donde el adolescente desarrolla su vida; y las estrategias de afrontamiento.

En la siguiente tabla, se incluye la estimación de riesgo en el consumo de tabaco en relación con las variables independientes: género, edad y situación educativa.

Tabla 133. Estimación de riesgo de consumo de tabaco en relación a variables independientes

	χ^2	OR	Intervalo confianza 95%		RR	Intervalo confianza 95%	
			Superior	Inferior		Superior	Inferior
Edad	56,200***	,407	,321	,517	,878	,839	,918
Situación educativa	38,635***	,364	,262	,505	,878	,839	,918

***p<,001

Como se puede observar en la tabla, existe una relación significativa en las variables independientes de la edad y situación educativa con una p<,001. Los adolescentes menores de 16 años presentan un riesgo menor al consumo del tabaco, siendo por lo tanto un factor protector, con una OR 0,407 IC 95% (0,321-0,517). Los adolescentes que cursan 3º y 4º de la ESO y 1º y 2º de Bachillerato tienen un riesgo menor que los que cursan los ciclos formativos y cursos de garantía social, siendo por lo tanto un factor protector para el consumo de tabaco, con una OR ,364 IC 95% (,262-,505).

A continuación se presentan los resultados de estimación de riesgo para el consumo de tabaco en relación con las variables de *satisfacción personal*, donde se incluyen, la satisfacción consigo mismo y con el futuro.

Tabla 134. Estimación de riesgo de consumo de tabaco en relación a satisfacción personal

Satisfacción personal	χ^2	OR	Intervalo confianza 95%		RR	Intervalo confianza 95%	
			Superior	Inferior		Superior	Inferior
Contigo mismo	7,576**	1,575	1,138	2,180	1,287	1,089	1,522
Futuro	10,806***	1,592	1,205	2,104	1,465	1,166	1,840

*p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001

Los datos de la tabla muestran una relación significativa entre el consumo de tabaco en el último mes y la satisfacción que manifiestan tener consigo mismo y con el futuro. Una satisfacción baja consigo mismo, con una OR 1,575 (IC 95% 1,138-2,180) y con el futuro, con una OR 1,592 (IC 95% 1,205-2,104), suponen factores de riesgo para el consumo de tabaco. Los adolescentes que expresan no estar muy satisfechos consigo mismos y con su futuro, presentan un riesgo de consumir tabaco de 1,2 (12%) y 1,5(15%) mayor que los que manifiestan una satisfacción alta.

En la siguiente tabla se presentan los resultados significativos en relación con las *estrategias de afrontamiento* y el consumo de tabaco en los adolescentes

Tabla 135. Estimación de riesgo de consumo de tabaco en relación estrategias de afrontamiento

Estrategias de Afrontamiento	Chi2	OR	Intervalo confianza 95%		RR	Intervalo confianza 95%	
			Superior	Inferior		Superior	Inferior
Humor	12,873***	1,495	1,199	1,862	1,266	1,115	1,438
Drogas	53,506***	2,855	2,140	3,810	1,715	1,510	1,948
Centrarse emociones	8,469**	1,401	1,116	1,758	1,228	1,066	1,416
Negación	6,497*	1,363	1,074	1,731	1,197	1,046	1,371
Evadirse	5,24*	1,289	1,037	1,601	1,162	1,023	1,321

*p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001

Las estrategias de afrontamiento que muestran una relación significativa con el consumo de tabaco son el humor, el consumo de drogas, centrarse en las emociones, la negación y evadirse; siendo todas ellas factores de riesgo para el consumo de tabaco. La estrategia de afrontamiento usada por los adolescentes que va a suponer una mayor riesgo para el consumo de tabaco va a ser el uso de drogas como forma de afrontar situaciones estresantes, con una OR 2,855 (IC 95% 2,140-3,810) y un riesgo relativo de R.R 1,715 (IC 95% 1,510-1,948).

4.3.1.1.2. Factores interpersonales

A continuación se presentan los resultados de la estimación de riesgo en el consumo de tabaco, en relación a las variables de: ocio y tiempo libre, satisfacción con la familia, grupo de amigos y la novia/o, consumo de tabaco por los amigos, situaciones de presión grupal.

Para analizar el ocio y tiempo libre como factores de riesgo o protección se han incluido las variables de lugares y frecuencia de salida y hora de llegada.

Tabla 136. Estimación de riesgo de consumo de tabaco y ocio y tiempo libre

Lugar de Ocio	χ^2	OR	Intervalo confianza 95%		RR	Intervalo confianza 95%	
			Superior	Inferior		Superior	Inferior
Bares	128,942***	7,526	5,090	11,128	4,408	3,144	6,181
Discotecas	66,890***	3,015	2,298	3,954	2,073	1,700	2,528
Cine	8,870**	,667	,511	,872	,794	,688	,918
Pasear	25,249***	,377	,255	,558	,615	,525	,721
Frec salidas	17,43***	3,884	1,963	7,687	1,052	1,030	1,074
Hora llegada	72,83***	3,247	2,457	4,290	1,314	1,238	1,395

*p<,05, **p<,01, ***p<,001

Como se puede observar en la tabla 136, existe una relación significativa entre el consumo de tabaco y algunos lugares elegidos por los jóvenes, para salir los fines de semana, como son: salir a bares y discotecas (p<,001), ir al cine (p<,01) e ir a pasear (p<,001). Según la OR, los adolescentes que acuden a bares y discotecas durante los fines de semana tienen un mayor riesgo para fumar que los que no acuden a dichos lugares. Ir a bares supone el factor de riesgo mayor, con una OR 7,52, (IC 95% 5,090-11,128), siendo la estimación de riesgo de consumir tabaco superior en un 44% para los que van a bares, sobre los que no van. Ir a discotecas los fines de semana, también supone un factor de riesgo, pero éste disminuye en relación con ir a bares, con una OR 3,015 (IC 95% 2,298-3,954), siendo la estimación de riesgo para fumar tabaco del 20% para aquellos adolescentes que acuden a discotecas, sobre los que acuden. Sin embargo, ir al cine o salir a pasear los fines de semana, actúan como factor protector del consumo de tabaco.

En relación a la frecuencia de salidas los fines de semana y la hora de regreso a casa, actúan como factores de riesgo para el consumo de tabaco, de tal manera que los adolescentes que salen con mayor frecuencia tienen un riesgo del 10% más que los que no salen, y los que llegan regresan después de las 12 de la noche, presentan un riesgo 13 veces mayor que los que regresan antes.

En la siguiente tabla, se presentan la estimación de riesgo en relación con los amigos, donde se han tenido en cuenta, por un lado la variable de si el grupo de amigos consumen en la actualidad tabaco, y por otro la satisfacción con el grupo de amigos/as y la novia/a los cuatro supuestos de presión grupal.

Tabla 137. Estimación de riesgo de consumo de tabaco y grupo de iguales

	χ^2	OR	Intervalo confianza 95%		RR	Intervalo confianza 95%	
			Superior	Inferior		Superior	Inferior
Amigos consumen	99,094***	24,361	9,924	59,802	13,892	5,852	32,977
Satisfacción Novio/a	5,808*	1,861	1,115	3,105	1,389	1,097	1,758

***p<,001; *p<,05

Como se puede observar en la tabla, el factor de riesgo más importante e influyente en el consumo de tabaco es el tener amigos que fumen. La variable del grupo de amigos fumadores, tiene una relación significativa con una p<,001 y una OR=24,361 con un IC 95% entre el 9,9245 y el 9,802, y un Riesgo relativo de 13,89, lo que significa que la estimación de riesgo de fumar tabaco en adolescentes que tienen amigos que consumen es de un 138% mayor de los que no tienen amigos fumadores.

Otras variables que están muy relacionadas con el grupo de amigos, son las que tienen que ver con la satisfacción de los adolescentes con los amigos, el ocio y tiempo libre, los compañeros y el novio/a, con las que no se han encontrado relaciones significativas a excepción de la satisfacción con el/la novio/a, de tal manera que, los adolescentes que manifiestan sentir una satisfacción baja con la novia o el novio tienen un riesgo mayor de consumo de tabaco que los que tienen una satisfacción alta.

En la tabla 138 se presentan la estimación de riesgo de consumo de tabaco en relación a la satisfacción con el grupo familiar.

Tabla 138. Estimación de riesgo de consumo de tabaco y familia

Satisfacción con...	χ^2	OR	Intervalo confianza 95%		RR	Intervalo confianza 95%	
			Superior	Inferior		Superior	Inferior
Casa	17,197***	2,076	1,462	2,948	1,470	1,251	1,726
Padre	25,271***	2,060	1,549	2,740	1,477	1,286	1,697
Madre	17,442***	2,059	1,460	2,905	1,465	1,250	1,718

***p<,001

INVESTIGACIÓN EMPÍRICA: Resultados

La tabla 138, muestra que una relación significativa entre la satisfacción dentro del grupo familiar (casa, padre y madre) y el consumo de tabaco, con una $p < ,001$. La OR de las tres variables son muy similares (de 2,05 a 2,07), al igual que el RR, que está en 1,4, lo que significa que, una satisfacción baja del adolescente en relación con el grupo familiar, supone un factor de riesgo para el consumo de tabaco, teniendo un 14% más de probabilidades de fumar tabaco sobre aquellos adolescentes que tienen una satisfacción alta.

A continuación se presentan las variables de satisfacción en el instituto, en clase, con los compañeros, los profesores y con lo que aprenden. Como se puede observar en la siguiente tabla, existe una relación significativa entre el consumo de tabaco y la satisfacción en clase ($p < ,05$), con los profesores ($p < ,001$) y con lo que aprendes ($p < ,001$). Una satisfacción baja con la clase, con los profesores y con lo que aprenden, supone un mayor de riesgo para el consumo de tabaco, yendo dicho riesgo relativo desde el 11% en la variable clase, 12% en la de profesores y un 13% con lo que aprenden.

Tabla 139. Estimación de riesgo de consumo de tabaco y medio educativo

Satisfacción con...	χ^2	OR	Intervalo confianza 95%		RR	Intervalo confianza 95%	
			Superior	Inferior		Superior	Inferior
Clase	5,420*	1,371	1,051	1,789	1,199	1,035	1,389
Profesores	10,952**	1,466	1,168	1,839	1,250	1,098	1,422
Aprender	16,401***	1,656	1,296	2,117	1,332	1,166	1,521

*** $p < ,001$; ** $p < ,01$; * $p < ,05$

4.3.1.1.3. Factores sociales.

Sólo existe relación significativa entre el consumo de tabaco y la información sobre tabaco ($p < ,01$). Las personas que manifiestan tener mucha información sobre el tabaco, sus efectos y consecuencias, presentan un riesgo mayor (RR 1,522, IC 95% 1,129-2,052), que los que refieren no tener mucha información. Tener información sobre el tabaco es un factor de riesgo para el consumo del mismo. (OR 1,893, IC 95% 1,239-2,870).

4.3.1.2. FACTORES DE RIESGO Y PROTECCION EN EL CONSUMO DE ALCOHOL

En este apartado, se analiza la estimación de riesgo de consumo de alcohol por los adolescentes de 14 a 18 años, mediante el cálculo de la OR y el Riesgo Relativo del consumo de alcohol en los últimos 30 días, en relación con las variables personales, relacionales y sociales. La variable “Alcohol”, es una variable nueva, creada a partir de la suma de las variables de los tres tipos de bebidas alcohólicas incluidas en este estudio (cerveza, vino y combinados), de tal forma que se han sumado los no consumidores de los tres tipos de bebidas, creando así la categoría de consumidores y no consumidores de alcohol en los últimos treinta días, con el objetivo de facilitar el análisis.

4.3.1.2.1. Factores personales

A continuación se presentan los resultados de la estimación de riesgo en el consumo de alcohol, en relación a las variables individuales, donde se han tenido en cuenta, las variables de género, edad, y situación educativa; la satisfacción personal consigo mismo y con el futuro; y las estrategias de afrontamiento.

En la siguiente tabla, se incluye la estimación de riesgo en el consumo de alcohol, en relación con las variables independientes: *género, edad y situación educativa*.

Tabla 140. Estimación de riesgo de consumo de alcohol en relación a variables independientes

Variables independientes	χ^2	OR	Intervalo confianza 95%		RR	Intervalo confianza 95%	
			Superior	Inferior		Superior	Inferior
Edad	114,590***	,249	,191	,324	,462	,406	,526
Situación educativa	11,951***	,441	,274	,709	,921	,886	,957

***p<,001

Como se puede observar en la tabla, la edad y la situación educativa, suponen un factor de riesgo para el consumo de alcohol, de tal forma que los adolescentes mayores de 16 años tienen un riesgo superior de consumir alcohol que los menores de 16 años, con una OR ,249 (I.C 95% ,191-,324) y un R.R ,462 (I.C. 95% ,886-,957).

A continuación se presentan los resultados de estimación de riesgo para el consumo de tabaco en relación con las variables de *satisfacción personal*, donde se incluyen, la satisfacción consigo mismo y con el futuro.

Tabla 141. Estimación de riesgo de consumo de alcohol en relación a satisfacción personal

Satisfacción personal	χ^2	OR	Intervalo confianza 95%		RR	Intervalo confianza 95%	
			Superior	Inferior		Superior	Inferior
Contigo mismo	7,903**	1,915	1,209	3,033	1,794	1,176	2,735
Futuro	5,006*	1,509	1,050	2,169	1,414	1,036	1,931

***p<,001; **p<,01; *p<,05

Una satisfacción baja consigo mismo y con el futuro, supone un factor de riesgo para el consumo de alcohol, de tal forma que aquellos adolescentes que manifiestan una satisfacción baja consigo mismo y con el futuro, tienen un 17% y un 14% de riesgo mayor respectivamente, en relación a aquellos adolescentes que manifiestan una satisfacción alta en las mismas variables

En la tabla 142 se presentan los resultados significativos en relación con las *estrategias de afrontamiento* y el consumo de alcohol en los adolescentes

Tabla 142. Estimación de riesgo de consumo de alcohol en relación estrategias de afrontamiento

Estrategias afrontamiento	χ^2	OR	Intervalo confianza 95%		RR	Intervalo confianza 95%	
			Superior	Inferior		Superior	Inferior
Humor	20,66***	1,891	1,433	2,495	1,521	1,252	1,847
Drogas	39,87***	4,728	2,798	7,987	3,967	2,426	6,485
Abandono	9,608***	1,662	1,203	2,297	1,491	1,146	1,938
Centrarse emociones	5,469*	1,361	1,051	1,762	1,122	1,013	1,243
Negación	10,91**	1,673	1,230	2,275	1,475	1,159	1,877
Concentrar esfuerzos	8,507**	,451	,331	,518	,518	,471	,698
Reinterpretación	5,274*	1,384	1,048	1,827	1,094	1,008	1,187
Evadirse	4,352*	1,319	1,016	1,712	1,182	1,005	1,391
Escape Cognitivo	6,797*	1,447	1,095	1,913	1,290	1,058	1,573
Escape Conductual	6,592*	1,442	1,090	1,909	1,102	1,017	1,194

***p<,001; **p<,01; *p<,05

Las estrategias de afrontamiento que muestran una relación significativa con el consumo de alcohol son el “Humor”, el “Consumo de alcohol y drogas”, “Abandono de afrontamiento”, “Centrarse en las emociones y desahogarse”, la “Negación”, “Concentrar esfuerzos en solucionar la situación”, “Reinterpretación positiva” y “evadirse”. Los adolescentes que utilizan estas estrategias de afrontamiento, tienen un riesgo mayor de consumir alcohol. La que más destaca es la estrategia de “Consumo de alcohol y drogas”, pues presenta una OR 4,728 (I.C 95% 2,798-7,987) y un RR

3,967 (I.C.95% 2,426-6,485), lo que significa un 39% de riesgo de los que usan esta estrategia, sobre aquellos que no la usan. El resto de estrategias de afrontamiento, el riesgo varía desde un 10% en la estrategia de “Reinterpretación positiva”, a un 15% en la estrategia de “Humor”.

En cuanto a los estilos o tipos de afrontamiento, muestra una relación significativa el “Escape cognitivo” y el “Escape Conductual”; siendo todas ellas factores de riesgo para el consumo de alcohol, con una OR y RR muy similar, suponiendo un 11% y 12% de riesgo respectivamente.

4.3.1.2.2. Factores relacionales

A continuación se presentan los resultados de la estimación de riesgo en el consumo de alcohol, en relación a las variables de: ocio y tiempo libre, satisfacción con la familia, grupo de amigos y la novia/o, consumo de alcohol por los amigos y situaciones de presión grupal.

Para analizar el ocio y tiempo libre como factores de riesgo o protección se han incluido las variables de lugares y frecuencia de salida y la hora de llegada cuando salen por las noches.

Tabla 143. Estimación de riesgo de consumo de alcohol y ocio y tiempo libre

	χ^2	OR	Intervalo confianza 95%		RR	Intervalo confianza 95%	
			Superior	Inferior		Superior	Inferior
Bares	209,665***	7,183	5,387	9,577	1,751	1,564	1,961
Discotecas	146,38***	4,885	3,732	6,395	1,753	1,549	1,985
Salir a casa amigos	4,439*	1,691	1,032	2,769	1,034	,998	1,071
Pasear	5,383*	,530	,308	,913	,956	,926	,988
Frecuencia salidas	80,53***	8,295	4,849	14,189	1,142	1,091	1,196
Hora llegadas	141,272***	4,776	3,646	6,257	1,708	1,514	1,926
Amigos consumen	170,106***	25,530	12,890	50,566	1,228	1,162	1,296

***p<,001; **p<,01; *p<,05

Como se puede observar en la tabla 143, y al igual que ocurría en el caso del consumo de tabaco, salir los fines de semana a bares y discotecas, supone un factor de riesgo para el consumo de alcohol con una OR 7,183 (I.C 95% 5,387-9,577) para el

caso de salir a bares, y OR 4,885 (I.C. 95% 3,732-6,395) para el caso de salir a discotecas. Salir a casa de amigos, también supone un factor de riesgo para el consumo de alcohol, aunque algo menor, ya que la OR 1,691 y el R.R 1,034. El único lugar de salida los fines de semana de los adolescentes que va a suponer un factor de protección es salir a pasear, OR ,530 (I.C. 95% ,308-,913) y un RR,956 (I.C 95% ,926-,988).

En cuanto a la hora de salida y frecuencia de salida, aquellos adolescentes que salen con mayor frecuencia y que regresan a casa más tarde, presentan un mayor riesgo para el consumo de alcohol. Así la variable “Frecuencia de salidas” presenta una OR 8,295 y un R.R de 1,142; y la variable “Hora de llegada”, tiene una OR 4,776 y un R.R 1,708.

Uno de los factores de riesgo que favorece el consumo de alcohol, es el consumo dentro del grupo de amigos, suponiendo un 12% mayor de riesgo para los adolescentes que tienen amigos que beben, sobre aquellos en los que su grupo de amigos no se bebe. La variable del grupo de amigos bebedores de alcohol, tiene una relación significativa con una $p < ,001$ y una OR=25,530 con un IC 95% entre el 2,890 y el 50,566 y un Riesgo relativo de 1,228.

Los resultados de estimación de riesgo en relación a la satisfacción de los adolescentes con los amigos, compañeros, novio/a, ocio y tiempo libre no son significativos.

En la tabla se presentan la relación existente entre el consumo de alcohol y la satisfacción con el grupo familiar.

Tabla 144. Estimación de riesgo de consumo de alcohol y familia

Satisfacción con...	χ^2	OR	Intervalo confianza 95%		RR	Intervalo confianza 95%	
			Superior	Inferior		Superior	Inferior
Casa	15,94***	3,116	1,736	5,593	2,863	1,641	4,993
Padre	15,42***	2,242	1,486	3,384	2,010	1,391	2,904
Madre	19,44***	3,597	1,966	6,584	3,270	1,837	5,820

*** $p < ,001$

La tabla 144, muestra una relación significativa entre la satisfacción dentro del grupo familiar (casa, padre y madre) y el consumo de alcohol, con una $p < ,001$ para las tres variables. Una satisfacción baja en las tres variables (casa, madre y padre) van a suponer un factor de riesgo en el consumo de alcohol. El factor que presenta mayor

riesgo en la baja satisfacción con la madre, ya que la OR 3,59 y el RR 3,27. El siguiente factor de riesgo para el consumo de alcohol en adolescentes es una baja satisfacción en casa con una OR 3,116 y un RR 2,863.

A continuación se presentan las variables relacionadas con el medio educativo, que son: satisfacción en el instituto, en clase, con los compañeros, los profesores y con lo que aprenden. Como se puede observar en la siguiente tabla, existe una relación significativa entre el consumo de alcohol y la satisfacción con los profesores ($p < ,01$) y con lo que aprenden ($p < ,01$). Una satisfacción baja con los profesores y con lo que aprenden, supone un mayor de riesgo para el consumo de alcohol, con un riesgo relativo del 13% en ambas variables.

Tabla 145. Estimación de riesgo de consumo de alcohol y medio educativo

Satisfacción con...	χ^2	OR	Intervalo confianza 95%		RR	Intervalo confianza 95%	
			Superior	Inferior		Superior	Inferior
Profesores	7,007**	1,459	1,102	1,932	1,300	1,063	1,590
Aprenden	6,76**	1,511	1,105	2,065	1,375	1,073	1,762

** $p < ,01$

4.3.1.2.3. Factores sociales

En este apartado se presentan las relaciones significativas entre el consumo de alcohol en los últimos 30 días y las variables: información, disponibilidad percibida del alcohol y riesgo percibido del consumo de alcohol.

Tabla 146. Estimación de riesgo de consumo de alcohol y variables sociales

	χ^2	OR	Intervalo confianza 95%		RR	Intervalo confianza 95%	
			Superior	Inferior		Superior	Inferior
Información alcohol	18,042***	2,589	1,647	4,072	1,077	1,031	1,124
Riesgo Fin de Semana	40,492***	,440	,341	,568	,626	,547	,716

*** $p < ,001$

Como se puede observar en la tabla 146, existe relación significativa entre el consumo de alcohol y la información sobre alcohol ($p < ,001$) y el riesgo percibido de consumo de alcohol durante los fines de semana ($p < ,001$). Las personas que manifiestan tener mucha información sobre el alcohol, sus efectos y consecuencias, presentan un riesgo mayor, (OR 2,589, I.C 95% 1,647-4,072; RR 1,077, IC 95% 1,031-1,124), que los que refieren no tener mucha información. Tener información sobre el alcohol es un factor de riesgo para el consumo del mismo.

En cuanto a la percepción de riesgo de los adolescentes, una percepción de riesgo alto para la variable “beber alcohol los fines de semana” es un factor de protección para el consumo de alcohol, OR,440, I.C. 95% ,341-,568 y un RR,626; I.C.95% ,547-,716. En el riesgo percibido de consumo esporádico y diario de alcohol, no existe una relación significativa.

4.3.1.3. FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN EN EL CONSUMO DE CANNABIS

En este apartado se presentan los resultados de análisis de riesgo, a través del cálculo de la O Ratio (O.R.) y el Riesgo Relativo (R.R.), comparando como responden el grupo de adolescentes consumidores de cannabis durante los 30 días previos a la encuesta, y los no consumidores de cannabis, a las distintas variables personales, interpersonales y sociales.

4.3.1.3.1. Factores personales

A continuación se presentan los resultados de la estimación de riesgo en el consumo de cannabis, en relación a las variables personales, teniendo en cuenta, las variables de género, edad y situación educativa; la satisfacción personal consigo mismo y con el futuro; y las estrategias de afrontamiento.

En la siguiente tabla, se incluye la estimación de riesgo en el consumo de cannabis, en relación con las variables independientes: género, edad y situación educativa.

Tabla 147. Estimación de riesgo de consumo de cannabis en relación a variables independientes

Variables independientes	χ^2	OR	Intervalo confianza 95%		RR	Intervalo confianza 95%	
			Superior	Inferior		Superior	Inferior
Género	25,384***	1,883	1,470	2,414	1,606	1,330	1,939
Edad	36,813***	,430	,326	,567	,523	,419	,653
Situación educativa	38,171***	,366	,264	,508	,513	,422	,622

***p<,001

Como se puede observar en la tabla 147, se ha encontrado una relación significativa entre el consumo de cannabis y el género de los adolescentes, ($\chi^2=25,384$, p<.001); la edad ($\chi^2=36,813$, p<.001) y la situación educativa ($\chi^2=38,171$, p<.001). Los

INVESTIGACIÓN EMPÍRICA: Resultados

adolescentes varones presentan un 16% de riesgo mayor de consumir cannabis que las mujeres (OR 1,883, I.C.95% 1,470-2,414). Los adolescentes menores de 16 años presentan un riesgo menor de consumir cannabis ya que la OR ,430 (I.C.95% ,326-,567) y un R.R ,523 (I.C. 95% ,419-,653), siendo por lo tanto un factor de protección para el consumo de cannabis ser menor de 16 años. Los adolescentes que cursan 3º y 4º de la ESO y 1º y 2º de Bachillerato tienen un riesgo menor de consumo, que aquellos que estudian ciclos formativos, ya que la OR ,366 (I.C. 95% ,264-,508) y un R.R. ,513 (I.C.95% ,422-,622).

A continuación se presentan los resultados de estimación de riesgo para el consumo de cannabis en relación con las variables de *satisfacción personal*, donde se incluyen, la satisfacción consigo mismo y con el futuro.

Tabla 148. Estimación de riesgo de consumo de cannabis en relación a satisfacción personal

Satisfacción personal	χ^2	OR	Intervalo confianza 95%		RR	Intervalo confianza 95%	
			Superior	Inferior		Superior	Inferior
Contigo mismo	9,248**	1,696	1,203	2,392	1,582	1,179	2,123
Futuro	14,361***	1,765	1,312	2,373	1,582	1,251	1,999

***p<,001; **p<,01

En la tabla 148, se muestran las relaciones significativas entre la satisfacción de los adolescentes “consigo mismo” ($\chi^2=9,248$, p<.01) y con el futuro ($\chi^2= 14,361$, p<.001) y el consumo de cannabis. Los resultados muestran que una satisfacción baja de los adolescentes consigo mismos, OR 1,696 (I.C. 95% 1,203-2,392) y RR 1,582 (I.C.95% 1,179-2,123) y con su futuro, OR 1,765 (I.C.95% 1,312-2,373) y RR 1,582 (I.C.95% 1,251-1,999); supone un aumento de riesgo en el consumo de cannabis de hasta el 15%.

En la tabla 149, se presentan los resultados significativos en relación con las *estrategias de afrontamiento* y el consumo de cannabis en los adolescentes

Tabla 149. Estimación de riesgo de consumo de cannabis en relación estrategias de afrontamiento

Estrategias afrontamiento	χ^2	OR	Intervalo confianza 95%		RR	Intervalo confianza 95%	
			Superior	Inferior		Superior	Inferior
Religión	4,398**	,729	,541	,980	,781	,618	,989
Humor	14,527***	1,603	1,256	2,044	1,321	1,151	1,516
Drogas	63,957***	3,170	2,368	4,243	2,505	1,999	3,139
Abandono afrontamiento	6,628*	1,427	1,088	1,871	1,303	1,069	1,589

***p<,001; **p<,01; *p<,05

INVESTIGACIÓN EMPÍRICA: Resultados

Las estrategias de afrontamiento que muestran una relación significativa con el consumo de cannabis son la “religión” ($\chi^2=4,398$, $p<,01$), el “humor” ($\chi^2= 14,527$, $p<,001$), el “consumo de alcohol y drogas” ($\chi^2=63,957$, $p<,001$) y “Abandono de afrontamiento” ($\chi^2=6,628$, $p<,01$). La estrategia de afrontamiento “religión” supone un factor protector, con una OR ,729 (I.C. 95% ,541-,980) y un RR ,781 (I.C. 95% ,618-,989); de tal forma que aquellos adolescentes que para enfrentarse a situaciones estresantes utilizan la religión, tienen un riesgo menor de consumir cannabis. El resto de las estrategias de afrontamiento significativas, van a ser un factor de riesgo para dicho consumo. La estrategia “Humor” y “Abandono de afrontamiento” presentan un RR similar, lo que significa que aquellos adolescentes que utilicen al humor o el abandono de afrontamiento presentan un 13% de probabilidad de consumir cannabis. Los adolescentes que utilicen el “consumo de alcohol y drogas” como afrontamiento de situaciones difíciles, tienen un 25% más de probabilidad de consumir cannabis, que los que no la utilizan (OR 3,170, I.C.95% 2,368-4,243; RR 2,505, I.C. 95% 1,999-3,139)

4.3.1.3.2. Factores relacionales

A continuación se presentan los resultados de la estimación de riesgo en el consumo de cannabis, en relación a las variables de: ocio y tiempo libre, satisfacción con la familia, grupo de amigos y la novia/o y consumo de cannabis por los amigos.

En la siguiente tabla se presentan las variables relacionadas con el ocio y tiempo libre y su relación con el consumo de cannabis

Tabla 150. Estimación de riesgo de consumo de cannabis y ocio y tiempo libre

Lugar de Ocio	χ^2	OR	Intervalo		RR	Intervalo	
			confianza 95%			confianza 95%	
			Superior	Inferior		Superior	Inferior
Bares	66,792***	5,901	3,681	9,462	1,273	1,218	1,330
Discotecas	29,547***	2,328	1,707	3,176	1,215	1,143	1,291
Cine	5,554*	,706	,528	,944	,930	,872	,992
Pasear	9,645*	,538	,362	,800	,943	,904	,984
Frec. Salidas	8,087**	3,001	1,357	6,636	1,039	1,018	1,061
Hora Llegada	45,306***	3,053	2,181	4,274	1,263	1,193	1,337

*** $p<,001$; ** $p<,01$; $p<,05$

Como se puede ver en la tabla 150, se encuentran relaciones significativas entre el consumo de cannabis por los adolescentes y las salidas los fines de semana a bares ($\chi^2=66,792$ y $p<,001$), discotecas ($\chi^2=29,547$, $p<,001$), cine ($\chi^2= 5,554$ y $p<,01$) y a

pasear ($\chi^2=9,645$ y $p<,01$). En cuanto a la estimación de riesgo, acudir a bares y discotecas suponen un factor de riesgo para el consumo de cannabis en los adolescentes, siendo el riesgo relativo para ambas variables de 1,2, lo que significa que los adolescentes que disfrutan del ocio y tiempo libre en bares y discotecas, presentan un 12% de riesgo sobre los que no acuden. Por otro lado, como se puede observar en la tabla, “ir al cine” con una OR ,706 (I.C. 95% ,528-,944) y un RR ,930 (I.C. 95% ,872-,992); y “salir a pasear”, con una OR ,538 (I.C. 95% ,362-,800) y un RR ,943 (I.C.95% ,904-,984), son factores de protección para el consumo de cannabis.

También existen diferencias significativas en las variables de “frecuencia de salidas” ($\chi^2=8,087$, $p<,01$) y “hora de regreso” a casa los fines de semana ($\chi^2=45,306$, $p<,001$). Los adolescentes que salen con mayor frecuencia presentan un riesgo mayor que los que no salen OR 3,001 (I.C. 95% 1,37-6,636) y RR 1,039 (I.C. 95% 1,018-1,061). En cuanto a la hora de llegar a casa, aquellos adolescentes que los fines de semana, regresan a casa más tarde, tienen mayor riesgo (12%) de consumir cannabis OR 3,053 (I.C. 95% 2,181-4,274) y un RR 1,263 (I.C.95% 1,193-1,337).

En la siguiente tabla, se presentan la estimación de riesgo en relación con los amigos, donde se han tenido en cuenta, la variable de si el grupo de amigos consumen en la actualidad cannabis, a satisfacción con los amigos y novio/a, y los cuatro supuestos de presión grupal.

Tabla 151. Estimación de riesgo de consumo de cannabis y grupo de iguales

Grupo Iguales	χ^2	OR	Intervalo confianza 95%		RR	Intervalo confianza 95%	
			Superior	Inferior		Superior	Inferior
Amigos consumen	168,808***	11,979	7,650	18,759	1,673	1,575	1,776
Novio/a	5,603***	1,870	1,105	3,164	1,812	1,103	2,978

*** $p<,001$

Como se puede observar en la tabla, existen relaciones significativas entre el consumo de cannabis por los adolescentes y las variables relacionadas con el grupo de iguales. Tener amigos que consumen cannabis ($\chi^2=168,808$ y $p<,001$) supone un factor de riesgo para su consumo, de tal manera que aquellos adolescentes que tienen amigos que fuman porros tienen un 16% riesgo de consumir. La satisfacción con el novio/la novia ($\chi^2=5,603$, $p<,01$), va a ser un factor de riesgo en aquellos adolescentes que presenten una satisfacción baja, ya que la OR 1,87 (I.C.95% 1,105-3,164) y el RR 1,812 (I.C. 95% 1,103-2,978).

En la tabla 152 se presenta la relación existente entre el consumo de cannabis y la satisfacción con el grupo familiar.

Tabla 152. Estimación de riesgo de consumo de cannabis y familia

Satisfacción con...	χ^2	OR	Intervalo confianza 95%		RR	Intervalo confianza 95%	
			Superior	Inferior		Superior	Inferior
Casa	45,381***	3,223	2,261	4,593	2,789	2,054	3,789
Padre	30,036***	2,260	1,680	3,040	1,934	1,530	2,443
Madre	32,61***	2,688	1,896	3,812	2,373	1,757	3,205

***p<,001

La tabla 152 muestra que existe una relación significativa entre el consumo de cannabis por los adolescentes de 14 a 18 y la satisfacción dentro del ambiente familiar: en casa ($\chi^2=45,381$, p<,001), con el padre ($\chi^2=30,036$, p<,001) y con la madre ($\chi^2=32,61$, p<,001). El factor que presenta mayor riesgo es la satisfacción en casa, ya que la OR 3,223 (I.C. 95% 2,261-4,593) y el RR 2,789 (I.C. 95% 2,054-3,789), lo que significa que una baja satisfacción en casa, supone un riesgo de hasta el 27% de consumir cannabis. El siguiente factor de riesgo es una baja satisfacción con la madre, con OR 2,688 (I.C 95% 1,896-3,812) y un RR 2,373 (I.C. 95% 1,757-3,205), seguida de una baja satisfacción con el padre, con una OR 2,260 (I.C.95% 1,680-3,040) y un R.R. 1,934 (1,530-2,443).

En la siguiente tabla se incluyen las variables de satisfacción en el medio educativo: en el instituto, en clase, con los compañeros, los profesores y con lo que aprenden.

Tabla 153. Estimación de riesgo de consumo de cannabis y medio educativo

Satisfacción con...	χ^2	OR	Intervalo confianza 95%		RR	Intervalo confianza 95%	
			Superior	Inferior		Superior	Inferior
Instituto	9,105**	1,519	1,157	1,995	1,369	1,120	1,672
Clase	6,212*	1,442	1,080	1,925	1,335	1,067	1,670
Profesores	19,53***	1,745	1,361	2,238	1,430	1,227	1,666
Aprender	28,351***	2,027	1,559	2,637	1,664	1,386	1,997

***p<,001; **p<,01; p<,05

Como se puede observar en la tabla 153, existe una relación significativa entre el consumo de cannabis y la satisfacción en el instituto ($\chi^2=9,105$, p<,01), en clase ($\chi^2=6,212$, p<,01), con los profesores ($\chi^2=19,53$, p<,001) y con lo que aprenden ($\chi^2=28,351$, p<,001). Una satisfacción baja de los adolescentes en relación al entorno escolar, en sus cuatro variables, va a suponer un factor de riesgo para el consumo de cannabis, de tal forma que una baja satisfacción en el instituto y en clase supone un

riesgo del 13%; con los profesores supone un riesgo del 14% y con lo que aprenden supone un riesgo del 16%.

4.3.1.3.3. Factores sociales.

En este apartado se relacionan el consumo de cannabis en los últimos 30 días y las variables: información, disponibilidad percibida de cannabis y riesgo percibido del consumo esporádico, durante los fines de semana y a diario de cannabis.

Tabla 154. Estimación de riesgo de consumo de cannabis y variables sociales

	χ^2	OR	Intervalo confianza 95%		RR	Intervalo confianza 95%	
			Superior	Inferior		Superior	Inferior
Disponibilidad percibida	31,61***	5,100	2,728	9,535	1,126	1,092	1,161
Información	30,893***	2,393	1,748	3,275	1,228	1,153	1,308
Riesgo esporádico	98,68***	,275	,208	,362	,436	,356	,534
Riesgo habitual	34,34***	,191	,104	,352	,935	,906	,965
Riesgo fin de semana	87,20***	,312	,243	,401	,559	,483	,647

***p<,001

Como se puede observar en la tabla, existe una relación significativa entre el consumo de cannabis y la información sobre la droga ($\chi^2=30,893$, $p<,001$); la disponibilidad percibida de cannabis ($\chi^2=31,61$ $p<,001$); el riesgo de consumo de cannabis esporádico ($\chi^2=98,68$ $p<,001$); el riesgo de consumo habitual de cannabis ($\chi^2=34,34$ $p<,001$) y el riesgo de consumo de cannabis durante los fines de semana ($\chi^2=87,20$ $p<,001$).

Los adolescentes que manifiestan tener mucha información sobre el cannabis, sus efectos y consecuencias, presentan un riesgo mayor de fumar porros, que aquellos adolescentes que dicen tener poca información (OR 2,393 I.C. 95% 1,748-3,275 y RR 1,228 I.C.95% 1,153-1,308) Al igual que en el caso del alcohol, sentirse informado sobre el cannabis, es un factor de riesgo para el consumo del mismo.

Los adolescentes que tienen la percepción, que el cannabis es una droga fácil de conseguir y que está disponible, tienen un riesgo del 11% de consumir cannabis que los que piensan que es muy difícil de conseguir, ya que la OR . 5,1 (I.C. 95% 2,728-9,535) y un RR 1,126 (I.C. 95% 1,092-1,161).

Para terminar, una percepción baja de riesgo, en relación al consumo de cannabis esporádico, habitual y de fines de semana, supone un factor de riesgo para su consumo, de tal forma que aquellos adolescentes que piensen que fumar porros de manera esporádica, habitual o durante los fines de semana, tiene un riesgo bajo o muy bajo, tienen mayor probabilidad de consumir cannabis.

4.3.1.4. FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN EN EL CONSUMO DE COCAINA

En este apartado se presentan los resultados de análisis de riesgo, a través del cálculo de la O Ratio (O.R.) y el Riesgo Relativo (R.R.), comparando como responden el grupo de adolescentes consumidores de cocaína durante los 30 días previos a la encuesta, y los no consumidores, a las distintas variables o factores personales, interpersonales y sociales

4.3.1.4.1. Factores individuales

A continuación se presentan los resultados de la estimación de riesgo en el consumo de cocaína, en relación a las variables personales teniendo en cuenta, las variables de género, edad, y situación educativa; la satisfacción personal consigo mismo y con el futuro; y las estrategias de afrontamiento.

En la siguiente tabla, se incluye la estimación de riesgo en el consumo de cocaína, en relación con las variables independientes: *género, edad y situación educativa*.

Tabla 155. Estimación de riesgo de consumo de cocaína en relación a variables independientes

Variables independientes	χ^2	Sig	OR	Intervalo confianza 95%		RR	Intervalo confianza 95%	
				Superior	Inferior		Superior	Inferior
Género	12,891***	,000	3,796	1,741	8,279	1,546	1,318	1,812
Edad	8,222**	,004	,299	,125	,716	,402	,191	,844
Situación educativa	38,317***	,000	,166	,088	,315	,634	,483	,832

***p<,001; **p<,01

Como se puede observar en la tabla 155, se ha encontrado una relación significativa entre el consumo de cocaína y el género de los adolescentes, ($\chi^2=12,891$, p<.001); la edad ($\chi^2=8,222$, p<.01) y la situación educativa ($\chi^2=38,317$, p<.001). Los adolescentes

INVESTIGACIÓN EMPÍRICA: Resultados

varones presentan un riesgo del 15% mayor de consumir cocaína que las mujeres (OR 3,796, I.C.95% 1,741-8,279). Los adolescentes menores de 16 años presentan un riesgo menor de consumir cocaína, ya que la OR ,299 (I.C.95% ,125-,716) y un R.R ,402 (I.C. 95% ,191-,844), siendo por lo tanto un factor de protección para el consumo de cannabis ser menor de 16 años. Los adolescentes que cursan 3º y 4º de la ESO y 1º y 2º de Bachillerato tienen un riesgo menor de consumo de cocaína, que aquellos que estudian ciclos formativos y cursos de garantía social, ya que la OR ,166 (I.C. 95% ,088-,315) y un R.R. ,634 (I.C.95% ,483-,832).

No se han encontrado ninguna relación significativa entre el consumo de cocaína y la *satisfacción personal*, medida a través de las variables satisfacción consigo mismo y con su futuro.

En la tabla 156 se presentan los resultados significativos en relación con las *estrategias de afrontamiento* y el consumo de cocaína en los adolescentes de 14 a 18 años de Guadalajara.

Tabla 156. Estimación de riesgo de consumo de cocaína en relación estrategias de afrontamiento

Estrategias afrontamiento	χ^2	OR	Intervalo confianza 95%		RR	Intervalo confianza 95%	
			Superior	Inferior		Superior	Inferior
Humor	5,612*	2,100	1,122	3,929	1,483	1,121	1,960
Drogas	45,811***	6,809	3,612	12,835	3,550	2,637	4,780
Crecimiento personal	14,539***	,300	,156	,577	,744	,589	,940

***p<,001; *p<,05,

Las estrategias de afrontamiento que muestran una relación significativa con el consumo de cocaína son: el “humor” ($\chi^2=5,612$, p<,05), el “consumo de alcohol y drogas” ($\chi^2=45,811$, p<,001) y “crecimiento Personal” ($\chi^2=14,539$, p<,001). La estrategia de afrontamiento “crecimiento personal” supone un factor protector para el consumo de cocaína, con una OR ,300 (I.C. 95% ,156-,577) y un RR ,744 (I.C. 95% ,589-,940), de tal forma que aquellos adolescentes que para enfrentarse a situaciones estresantes utilizan la estrategia del “crecimiento personal”, tienen un riesgo menor de consumir cocaína, que aquellos adolescentes que no la utilizan. El resto de las estrategias de afrontamiento, van a ser un factor de riesgo para el consumo de sustancias. La estrategia “humor” presenta una O.R 5,612 (I.C.95% 1,122-3,929) y un RR 1,483 (I.C. 95% 1,121-1,960), lo que significa que aquellos adolescentes que utilizan el humor con mucha frecuencia, como estrategia de afrontamiento, tienen un

riesgo del 14% más elevado que los adolescentes que utilizan el humor en raras ocasiones. El “consumo de alcohol y drogas” como estrategia de afrontamiento, presenta un RR 3,550 (I.C. 95% 2,637-4,780), lo que supone un riesgo de 35% de probabilidades de consumir cocaína.

4.3.1.4.2. Factores interpersonales.

A continuación se presentan los resultados de la estimación de riesgo en el consumo de cocaína, en relación a las variables de: ocio y tiempo libre, satisfacción con la familia, grupo de amigos y la novia/o; y consumo de cocaína por los amigos.

En la siguiente tabla se incluyen las variables relacionadas con el ocio y tiempo libre que muestran una relación significativa con el consumo de cocaína.

Tabla 157. Estimación de riesgo de consumo de cocaína y ocio y tiempo libre

Lugar de Ocio	χ^2	OR	Intervalo confianza 95%		RR	Intervalo confianza 95%	
			Superior	Inferior		Superior	Inferior
Discotecas	4,773*	2,744	1,069	7,046	1,213	1,077	1,366
Hora llegada	15,059***	1,371	1,327	1,417			
Amigos consumen	166,324***	71,033	21,722	232,281	6,124	5,256	7,136

***p<,001; *p<,05,

Como se puede ver en la tabla 157, se encuentran relaciones significativas entre el consumo de cocaína por los adolescentes y las salidas los fines de semana a discotecas ($\chi^2=4,773$, p<,01); y la hora de regreso a casa cuando salen los fines de semana ($\chi^2=15,059$, p<,001), de tal forma que aquellos adolescentes que acuden a discotecas (OR 2,744; I.C.95% 1,069-7,046 y RR 1,2; I.C.95% 1,077-1,366) y los que cuando salen a disfrutar del ocio y tiempo libre, regresan a casa tarde, (OR 1,371; 1,327-1,417) tienen mayor riesgo de consumir cocaína.

En cuanto al resto de variables, que miden el ocio y tiempo libre de los adolescentes no presentan una relación significativa con el consumo de cocaína.

En relación con el grupo de iguales, tener amigos que consumen cocaína ($\chi^2=166,324$ y p<,001) supone un factor de riesgo para su consumo, de tal manera que aquellos adolescentes que tienen amigos que fuman porros tienen un 61% de riesgo de consumir O.R. 71,033 (I.C.95% 21,722-232,281) Y UN RR 6,124 (I.C. 95% 5,256-

7,136). Con el resto de variables, que miden la relación con el grupo de iguales, como es la satisfacción con el grupo de amigos y el/la novio/a, no presentan una relación significativa con el consumo de cocaína.

No existen relaciones significativas entre el consumo de cocaína por los adolescentes y las variables relacionadas con la satisfacción dentro del grupo familiar: casa, padre y madre.

En la siguiente tabla se incluyen las variables de satisfacción en el instituto, en clase, con los compañeros, los profesores y con lo que aprenden.

Tabla 158. Estimación de riesgo de consumo de cocaína y medio educativo

Satisfacción con...	χ^2	OR	Intervalo confianza 95%		RR	Intervalo confianza 95%	
			Superior	Inferior		Superior	Inferior
Profesores	4,823*	1,985	1,065	3,701	1,505	1,089	2,078
Aprender	15,634***	3,305	1,769	6,174	2,124	1,553	2,906

***p<,001; *p<,05,

Como se puede observar en la tabla, existe una relación significativa entre el consumo de cocaína y la satisfacción con los profesores ($\chi^2=4,823$, p<,05) y con lo que aprenden ($\chi^2=15,634$, p<,001). Una satisfacción baja por parte de los adolescentes con los profesores y con lo que aprenden en el instituto, van a suponer un factor de riesgo para el consumo de cocaína, de tal forma que una baja satisfacción con los profesores supone un riesgo del 15% (OR 1,985; I.C.95% 1,065-3,701 y RR 1,505; I.C:95% 1,089-2,078) y una baja satisfacción con lo que aprenden supone un riesgo del 21% (OR 3,305; I.C.95% 1,769-6,174 y RR 2,124; I.C.95% 1,553-2,906).

4.3.1.4.3. Factores sociales

En este apartado se relacionan el consumo de cocaína en los últimos 30 días y las variables: información, disponibilidad percibida de la cocaína y riesgo percibido en el consumo de cocaína esporádico, durante el fin de semana y a diario.

Como se puede observar en la siguiente tabla, existe una relación significativa entre el consumo de cocaína y la información sobre la droga que dicen tener los adolescentes ($\chi^2=8,646$, p<,01); la disponibilidad percibida de cocaína ($\chi^2=17,109$, p<,001); el riesgo de consumo esporádico ($\chi^2=32,068$, p<,001); el riesgo de consumo habitual de

cocaína ($\chi^2=16,120$ $p<,01$) y el riesgo de consumo de cocaína durante los fines de semana ($\chi^2=38,63$ $p<,001$).

Tabla 159. Estimación de riesgo de consumo de cocaína y variables sociales

	χ^2	OR	Intervalo confianza 95%		RR	Intervalo confianza 95%	
			Superior	Inferior		Superior	Inferior
Disponibilidad	17,109***	4,828	2,126	10,968	1,654	1,425	1,919
Información	8,646**	2,627	1,348	5,117	1,516	1,220	1,883
Riesgo esporádico	32,068***	,166	,082	,334	,390	,235	,647
Riesgo habitual	16,120*	,073	,014	,386	,955	,891	1,023
Riesgo fin de semana	38,63***	,127	,059	,272	,787	,661	,937

*** $p<,001$; ** $p<,01$; $p<,05$

Los adolescentes que manifiestan tener mucha información sobre la cocaína, sus efectos y consecuencias, presentan un riesgo mayor de consumir, que aquellos adolescentes que dicen tener poca información (OR 2,627 I.C. 95% 1,348-5,117 y RR 1,654 I.C.95% 1,425-1,919). Sentirse informado sobre la cocaína, es un factor de riesgo para el consumo de la misma.

Los adolescentes que tienen la percepción, que la cocaína es una droga fácil de conseguir y que está disponible, tienen un riesgo del 16% de consumir cocaína, que aquellos adolescentes que piensan que es muy difícil de conseguir, ya que la OR 4,828 (I.C. 95% 2,126-10,968) y un RR 1,654 (I.C. 95% 1,425-1,919).

Una percepción de riesgo elevada por parte de los adolescentes en relación al consumo esporádico, habitual del cocaína y durante los fines de semana, van a ser factores de protección para el consumo de cocaína, de tal forma que aquellos adolescentes que piensen que consumir cocaína de manera esporádica, habitual o durante los fines de semana, tiene mucho riesgo, tienen menor probabilidad de consumir cocaína, que aquellos adolescentes que tienen una percepción de riesgo baja.

4.3.2. ANALISIS DE LOS FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN EN RELACIÓN LOS TIPOS DE POLICONSUMIDORES

En este apartado se presentan los resultados de análisis de riesgo de los grupos de policonsumidores resultantes del análisis factorial. Grupo 1: policonsumidores de tabaco, alcohol y cannabis; Grupo 2: policonsumidores de anfetaminas y drogas de diseño; y Grupo 3: policonsumidores de cannabis, cocaína y LSD. Como en los apartados anteriores se realiza el cálculo de la O Ratio (O.R.) y el Riesgo Relativo (R.R.), comparando como responden el grupo de adolescentes consumidores de los tres grupos de policonsumidores durante los 30 días previos a la encuesta, y los no consumidores, a las distintas variables o factores personales, interpersonales y sociales.

4.3.2.1. FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN EN POLICONSUMIDORES DE TABACO, ALCOHOL Y CANNABIS

4.3.2.1.1. Factores individuales

A continuación se presentan los resultados de la estimación de riesgo en el consumo del grupo de policonsumidores de tabaco, alcohol y cannabis, en relación a las variables personales teniendo en cuenta, las variables de género, edad, y situación educativa; la satisfacción personal consigo mismo y con el futuro; y las estrategias de afrontamiento.

En la siguiente tabla, se incluye la estimación de riesgo en el grupo 1 de policonsumidores, en relación con las variables independientes: género, edad y situación educativa.

Tabla 160. Estimación de riesgo de policonsumo de tabaco, alcohol y cannabis, en relación a variables independientes

Variables independientes	χ^2	OR	Intervalo confianza 95%		RR	Intervalo confianza 95%	
			Superior	Inferior		Superior	Inferior
Género	3,868*	1,242	1,001	1,541	1,546	1,106	1,001
Edad	86,929***	,318	,249	,407	,462	,386	,552
Situación educativa	58,973***	,283	,202	,396	,851	,812	,891

***p<,001; **p<,01

Como se puede observar en la tabla 160, se ha encontrado una relación significativa entre el Grupo 1 de policonsumidores y el género de los adolescentes, ($\chi^2=3,68$, $p<.05$); la edad ($\chi^2=86,929$, $p<.001$) y la situación educativa ($\chi^2=58,973$, $p<.001$). Los adolescentes varones presentan un riesgo del 15% mayor de consumir cocaína que las mujeres (RR 1,546, I.C.95% 1,106-1,001). Los adolescentes menores de 16 años presentan un riesgo menor de consumir tabaco, alcohol y cannabis, ya que la OR ,318 (I.C.95% ,249-,407) y un R.R ,462 (I.C. 95% ,386-,552), siendo por lo tanto, un factor de protección para el consumo de cannabis ser menor de 16 años. Los adolescentes que cursan 3º y 4º de la ESO y 1º y 2º de Bachillerato tienen un riesgo menor de consumo de cocaína, que aquellos que estudian ciclos formativos y cursos de garantía social, ya que la OR ,283 (I.C. 95% ,202-,396) y un R.R. ,851 (I.C.95% ,812-,891).

A continuación se presentan las relaciones significativas entre el policonsumo de tabaco, alcohol y cannabis y la satisfacción personal, medida a través de las variables satisfacción consigo mismo y con su futuro.

Tabla 161. Estimación de riesgo de policonsumo de tabaco, alcohol y cannabis, en relación a satisfacción personal

Satisfacción personal	χ^2	OR	Intervalo confianza 95%		RR	Intervalo confianza 95%	
			Superior	Inferior		Superior	Inferior
Contigo mismo	4,135*	1,401	1,011	1,940	1,344	1,010	1,788
Futuro	10,889**	1,595	1,207	2,108	1,467	1,168	1,843

** $p<.001$; * $p<.05$

En la tabla 161, se muestran las relaciones significativas entre la satisfacción de los adolescentes “consigo mismo” ($\chi^2=4,135$, $p<.05$) y con el futuro ($\chi^2=10,889$, $p<.01$) y el consumo de tabaco, alcohol y cannabis. Los resultados muestran que una satisfacción baja de los adolescentes consigo mismo, OR 1,401 (I.C. 95% 1,011-1,940) y RR 1,344 (I.C.95% 1,010-1,788) y con su futuro, OR 1,595 (I.C.95% 1,207-2,108) y RR 1,467 (I.C.95% 1,168-1,843); supone un aumento de riesgo policonsumo de tabaco, alcohol y cannabis de hasta el 14,6%.

En la tabla 162 se presentan los resultados significativos en relación con las *estrategias de afrontamiento* y el grupo 1 de policonsumidores.

Tabla 162. Policonsumo de tabaco, alcohol y cannabis, y estrategias de afrontamiento

Estrategias afrontamiento	χ^2	OR	Intervalo confianza 95%		RR	Intervalo confianza 95%	
			Superior	Inferior		Superior	Inferior
Humor	17,575***	1,600	1,284	1,995	1,329	1,165	1,517
Drogas	55,903***	2,921	2,188	3,898	2,416	1,902	3,069
Abandono	5,745*	1,355	1,057	1,738	1,258	1,043	1,517
Centrarse en emociones	5,963*	1,327	1,057	1,665	1,104	1,021	1,193
Negación	4,578*	1,298	1,022	1,649	1,207	1,017	1,434
Reinterpretación +	8,061**	1,439	1,119	1,851	1,095	1,030	1,165
Evadirse	7,190**	1,347	1,083	1,674	1,188	1,049	1,345

***p<,001; **p<,01; *p<,05,

Las estrategias de afrontamiento que muestran una relación significativa con el grupo 1 de policonsumidores son: el “humor” ($\chi^2=17,575$, p<,001); el “consumo de alcohol y drogas” ($\chi^2=55,903$, p<,001); “centrarse en las emociones y desahogarse” ($\chi^2=5,745$ p<,05); “negación” ($\chi^2=4,578$, p<,05); “reinterpretación positiva” ($\chi^2=8,061$, p<,01); y “evadirse” ($\chi^2=7,190$, p<,01). Todas estas estrategias de afrontamiento van a ser factores de riesgo para el policonsumo de tabaco, alcohol y cannabis. La estrategia de afrontamiento “consumo de alcohol y drogas”, como es de esperar y al igual que ocurre con otras sustancias, actúa como el factor de riesgo más importante, dentro del análisis de estrategias de afrontamiento, suponiendo hasta el 24% más de posibilidades de ser policonsumidor del grupo 1, si para enfrentarte a situaciones estresantes, utilizas en consumo de drogas.

4.3.2.1.2. Factores interpersonales

A continuación se presentan los resultados de la estimación de riesgo del policonsumo del grupo 1 (tabaco, alcohol y cannabis), en relación a las variables de: ocio y tiempo libre, satisfacción con la familia, grupo de amigos y la novia/o; y policonsumo de tabaco, alcohol y cannabis por el grupo de amigos.

Tabla 163. Estimación de riesgo del policonsumo de tabaco, alcohol y cannabis y ocio y tiempo libre

Lugar de Ocio	χ^2	OR	Intervalo confianza 95%		RR	Intervalo confianza 95%	
			Superior	Inferior		Superior	Inferior
Bares	122,604***	7,080	4,812	10,417	1,352	1,287	1,421
Discotecas	60,001***	2,834	2,164	3,710	1,289	1,213	1,370
Cine	8,226**	,677	,518	,885	,925	,875	,977
Salir a pasear	24,354***	,385	,261	,569	,921	,888	,955
Hora llegada	89,762***	3,830	2,868	5,115	1,354	1,276	1,436
Frec salidas	16,892***	3,812	1,926	7,544	1,051	1,029	1,074

***p<,001; **p<,01; *p<,05,

Como se puede ver en la tabla 163, se encuentran relaciones significativas entre el policonsumo de tabaco, alcohol y cannabis, y las salidas los fines de semana a bares ($\chi^2=122,604$, $p<,001$); a discotecas ($\chi^2=60,001$, $p<,001$); ir al cine ($\chi^2=8,226$, $p<,01$); y salir a pasear con los amigos ($\chi^2=24,354$, $p<,001$); la hora de regreso a casa cuando salen los fines de semana ($\chi^2=89,762$ $p<,001$); y la frecuencia de salidas ($\chi^2=16,892$, $p<,001$). Salir con mayor frecuencia, regresar a casa tarde, salir a bares y discotecas suponen factores de riesgo para el policonsumo de alcohol, tabaco y cannabis, mientras que salir al cine o a pasear con los amigos, van a ser factores de protección para dicho policonsumo.

Existen relaciones significativas entre el policonsumo del grupo 1 la variable relacionada con el grupo de iguales. Tener amigos que consumen las tres sustancias: tabaco, alcohol y cannabis ($\chi^2=34,916$ y $p<,001$) supone un factor de riesgo para su consumo. Con el resto de variables, que miden la relación con el grupo de iguales, como es la satisfacción con el grupo de amigos y el/la novio/a, no presentan una relación significativa con el policonsumo de tabaco, alcohol y cannabis.

En la tabla 164 se presentan la relación existente entre el policonsumo Grupo 1 la satisfacción con el grupo familiar.

Tabla 164. Estimación de riesgo de policonsumo de tabaco, alcohol y cannabis y satisfacción familiar

Satisfacción con...	χ^2	OR	Intervalo confianza 95%		RR	Intervalo confianza 95%	
			Superior	Inferior		Superior	Inferior
Casa	23,121***	2,334	1,640	3,321	2,133	1,555	2,926
Padre	25,360***	2,062	1,550	2,742	1,820	1,438	2,303
Madre	21,650***	2,236	1,583	3,159	2,046	1,504	2,783

*** $p<,001$

La tabla 164 muestra una relación significativa entre la satisfacción dentro del grupo familiar (casa, padre y madre) y el policonsumo del grupo 1, con una $p<,001$. La OR de las tres variables varían entre 2,06 al 2,33, y el RR, que oscila entre el 1,8 y el 2,1, de tal manera que aquellos adolescentes que presentan una satisfacción baja dentro del grupo familiar van a tener entre un 18 y un 21% más de posibilidades de consumir tabaco, alcohol y cannabis.

A continuación se presentan las variables de satisfacción en el instituto, en clase, con los compañeros, los profesores y con lo que aprenden. Como se puede observar en la siguiente tabla, existe una relación significativa entre el policonsumo de tabaco,

alcohol y cannabis, y la satisfacción con los profesores ($\chi^2= 14,282$, $p<,001$) y con lo que aprenden ($\chi^2=22,598$, $p<,001$). Una satisfacción baja en relación con los profesores y con lo que aprenden, supone un mayor de riesgo para el policonsumo, yendo dicho riesgo relativo desde el 13% en la variable profesores y un 15% en la variable con lo que aprenden.

Tabla 165. Estimación de riesgo de policonsumo de tabaco, alcohol y cannabis y medio educativo

Satisfacción con...	χ^2	OR	Intervalo confianza 95%		RR	Intervalo confianza 95%	
			Superior	Inferior		Superior	Inferior
Profesores	14,282***	1,548	1,233	1,942	1,335	1,150	1,550
Aprender	22,598***	1,808	1,414	2,311	1,552	1,294	1,860

*** $p<,001$; ** $p<,01$; * $p<,05$

4.3.2.1.3. Factores sociales

En este apartado se relacionan el policonsumo en los últimos 30 días del grupo 1 (tabaco, alcohol y cannabis) y las variables: información, disponibilidad percibida de la cocaína y riesgo percibido en el consumo esporádico, durante el fin de semana y a diario de las tres drogas incluidas.

Tabla 166. Estimación de riesgo de policonsumo de tabaco, alcohol y cannabis y variables sociales

	χ^2	OR	Intervalo confianza 95%		RR	Intervalo confianza 95%	
			Superior	Inferior		Superior	Inferior
Información	19,718***	4,409	2,164	8,981	1,056	1,033	1,078
Riesgo fin de semana	18,338***	,588	,460	,750	,871	,815	,930

*** $p<,001$; ** $p<,01$; $p<,05$

Como se puede observar en la tabla166, existe una relación significativa entre el grupo 1 de policonsumidores y la información sobre tabaco, alcohol y cannabis que dicen tener los adolescentes ($\chi^2=19,718$, $p<,001$); así como con el riesgo percibido de consumo durante los fines de semana de las tres sustancias ($\chi^2=19,718$ $p<,001$).

Los adolescentes que manifiestan tener mucha información sobre las tres sustancias incluidas en el grupo 1, sus efectos y consecuencias, presentan un riesgo mayor de consumir, que aquellos adolescentes que dicen tener poca información (OR 4,409 I.C. 95% 2,164-8,981 y RR 1,056 I.C.95% 1,033-1,078). Sentirse informado sobre las sustancias es un factor de riesgo para el consumo de la misma.

Una percepción de riesgo elevada por parte de los adolescentes en relación al consumo durante los fines de semana de tabaco, alcohol y cannabis, va a ser factor de protección para el policonsumo de dichas sustancias, de tal forma que aquellos adolescentes que piensen que tienen un gran riesgo el consumo de tabaco, alcohol y cannabis durante los fines de semana, tienen menor probabilidad de consumir, que aquellos adolescentes que tienen una percepción de riesgo baja.

4.3.2.2. FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN EN POLICONSUMIDORES DE ANFETAMINAS Y DROGAS DE DISEÑO

4.3.2.2.1. Factores individuales

A continuación se presentan los resultados de la estimación de riesgo en el consumo del grupo 2: anfetaminas y drogas de diseño, en relación a las variables personales teniendo en cuenta, las variables de género, edad, y situación educativa; la satisfacción personal consigo mismo y con el futuro; y las estrategias de afrontamiento.

En la siguiente tabla, se incluye la estimación de riesgo en el grupo 2 de policonsumidores, en relación con las variables independientes: género, edad y situación educativa.

Tabla 167. Estimación de riesgo de policonsumo de anfetaminas y drogas de diseño, en relación a variables independientes

Variables independientes	χ^2	OR	Intervalo confianza 95%		RR	Intervalo confianza 95%	
			Superior	Inferior		Superior	Inferior
Género	5,216*	3,907	1,108	13,772	1,545	1,215	1,966
Situación educativa	20,926***	,137	,051	,369	,568	,348	,928

***p<,001; **p<,01

Como se puede observar en la tabla 167, se ha encontrado una relación significativa entre el Grupo 2 de policonsumidores y el género de los adolescentes, ($\chi^2=5,216$, p<.05), así como con la situación educativa de los mismos ($\chi^2=20,926$, p<.001). Los adolescentes varones presentan un riesgo del 15% mayor de consumir anfetaminas y drogas de diseño que las mujeres (RR 1,545, I.C.95% 1,215-1,9661). Por otro lado, los

INVESTIGACIÓN EMPÍRICA: Resultados

adolescentes que cursan 3º y 4º de la ESO y 1º y 2º de Bachillerato tienen un riesgo menor de policonsumo, que aquellos que estudian ciclos formativos y cursos de garantía social, ya que la OR ,137 (I.C. 95% ,051-,369) y un R.R. ,568 (I.C.95% ,348-,928).

No existen relaciones significativas entre el grupo 2 de policonsumidores y la satisfacción personal, medida a través de las variables satisfacción consigo mismo y con su futuro.

En la siguiente tabla se presentan los resultados significativos en relación con las *estrategias de afrontamiento* y el grupo 1 de policonsumidores.

Tabla 168. Estimación de riesgo de policonsumo de anfetaminas y drogas de diseño y estrategias de afrontamiento

Estrategias afrontamiento	χ^2	OR	Intervalo confianza 95%		RR	Intervalo confianza 95%	
			Superior	Inferior		Superior	Inferior
Drogas	4,827*	2,982	1,073	8,285	2,239	1,176	4,260
Crecimiento personal	20,718***	,137	,050	,371	,514	,295	,897
Af Conductual	10,895**	,218	,081	,587	,609	,373	,995

***p<,001; **p<,01; *p<,05,

Las estrategias de afrontamiento que muestran una relación significativa con el grupo 2 de policonsumidores son: el “consumo de alcohol y drogas” ($\chi^2=4,827$, p<,05); “crecimiento personal” ($\chi^2=20,718$ p<,001); y el “afrontamiento conductual” ($\chi^2=10,895$ p<,01). La estrategia de afrontamiento “consumo de alcohol y drogas”, actúa como el factor de riesgo para ser policonsumidor de anfetaminas y drogas de diseño, de tal forma que los adolescentes que utilizan esta estrategia tienen un 22% más de posibilidades de ser policonsumidor del grupo 2. Sin embargo, aquellos que utilizan el afrontamiento conductual y el crecimiento personal, como estrategias para enfrentarse a situaciones difíciles presentan menor riesgo de formar parte del grupo de policonsumidores de anfetaminas y drogas de diseño.

4.3.2.2.2. Factores interpersonales

En relación a las variables de ocio y tiempo libre, grupo de amigos, familia y entorno escolar, debido a que existe una prevalencia baja de consumo no existen resultados estadísticamente significativos.

La única variable que ha manifestado una relación significativa ha sido el consumo de anfetaminas y drogas de diseño por el grupo de amigos ($\chi^2=104,134$, $p<,001$), de tal forma, que aquellos adolescentes que tienen amigos que consumen anfetaminas y drogas de diseño presentan un riesgo superior a aquellos que no consumen R.R. 10,050 (I.C 95%, 7,480-13,503)

4.3.2.2.3. Factores sociales

En este apartado se relacionan el policonsumo en los últimos 30 días del grupo 2 y las variables: información, disponibilidad percibida de la cocaína y riesgo percibido en el consumo esporádico, durante el fin de semana y a diario de anfetaminas y drogas de diseño.

Tabla 169. Estimación de riesgo de policonsumo de anfetaminas y drogas de diseño y variables sociales

	χ^2	OR	Intervalo confianza 95%		RR	Intervalo confianza 95%	
			Superior	Inferior		Superior	Inferior
Disponibilidad	8,813**	4,381	1,513	12,683	2,057	1,466	2,885
Riesgo esporádico	7,910**	,264	,098	,714	,586	,336	,932
Riesgo Fin de semana	10,485*	,119	,026	,555	,890	,739	,971

*** $p<,001$; ** $p<,01$; $p<,05$

Como se puede observar en la tabla 169, existe una relación significativa entre el grupo 2 de policonsumidores y la disponibilidad percibida de anfetaminas y drogas de diseño ($\chi^2=8,813$ $p<,01$); así como con el riesgo percibido de consumo esporádico de anfetaminas y drogas de diseño ($\chi^2=7,910$, $p<,01$); y durante los fines de semana ($\chi^2=10,485$, $p<,05$).

Una percepción de riesgo elevada por parte de los adolescentes en relación al consumo esporádico y el consumo durante los fines de semana de anfetaminas y drogas de diseño van ser factores de protección para el policonsumo de dichas sustancias, de tal forma, que aquellos adolescentes que piensen que tienen un gran riesgo, el consumo esporádico de anfetaminas y drogas de diseño y durante los fines de semana, tienen menor probabilidad de consumir, que aquellos adolescentes que tienen una percepción de riesgo baja.

4.3.2.3. FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN EN LOS POLICONSUMIDORES DE CANNABIS, COCAÍNA Y LSD.

4.3.2.3.1. Factores individuales

A continuación se presentan los resultados de la estimación de riesgo en el consumo del grupo 3: cannabis, cocaína y LSD, en relación a las variables personales teniendo en cuenta, las variables de género, edad, y situación educativa; la satisfacción personal consigo mismo y con el futuro; y las estrategias de afrontamiento.

En la siguiente tabla, se incluye la estimación de riesgo en el grupo 3 de policonsumidores, en relación con las variables independientes: *género*, *edad* y *situación educativa*.

Tabla 170. Policonsumo de cannabis, cocaína y LSD y variables independientes

Variables independientes	χ^2	OR	Intervalo confianza 95%		RR	Intervalo confianza 95%	
			Superior	Inferior		Superior	Inferior
Género	42,346***	3,008	2,134	4,241	1,510	1,366	1,669
Edad	35,963***	,312	,210	,465	,426	,308	,590
Situación educativa	71,371***	,231	,161	,332	,761	,691	,838

***p<,001; **p<,01

Como se puede observar en la tabla 170, se ha encontrado una relación significativa entre el Grupo 3 de policonsumidores y el género de los adolescentes, ($\chi^2=42,346$, $p<.001$); la edad ($\chi^2=35,963$, $p<.001$) y la situación educativa ($\chi^2=71,371$, $p<.001$). Los adolescentes varones presentan un riesgo del 15% mayor de consumir cannabis, cocaína y LSD que las mujeres (RR 1,510, I.C.95% 1,366-1,669). Los adolescentes menores de 16 años presentan un riesgo menor de consumir cannabis, cocaína y LSD, ya que la OR ,312 (I.C.95% ,210-,465) y un R.R ,426 (I.C. 95% ,308-,590), siendo por lo tanto un factor de protección para el policonsumo de dichas sustancias el ser menor de 16 años. Los adolescentes que cursan 3º y 4º de la ESO y 1º y 2º de Bachillerato tienen un riesgo menor de policonsumo, que aquellos que estudian ciclos formativos y cursos de garantía social, ya que la OR ,231 (I.C. 95% ,161-,332) y un R.R. ,761 (I.C.95% ,691-,838).

A continuación se presentan las relaciones significativas entre el policonsumo del grupo 3 y la *satisfacción personal*, medida a través de las variables satisfacción consigo mismo y con su futuro.

Tabla 171. Estimación de riesgo de policonsumo de cannabis, cocaína y LSD y satisfacción personal

Satisfacción personal	χ^2	OR	Intervalo confianza 95%		RR	Intervalo confianza 95%	
			Superior	Inferior		Superior	Inferior
Contigo mismo	11,104**	1,962	1,312	2,933	1,777	1,275	2,478
Futuro	12,626**	1,890	1,325	2,696	1,655	1,265	2,165

**p<,001; *p<,05

En la tabla 171, se muestran las relaciones significativas entre la satisfacción de los adolescentes “consigo mismo” ($\chi^2=11,104$, p<.01) y con el futuro ($\chi^2= 12,626$ p<.01) y el policonsumo de cannabis, cocaína y LSD. Los resultados muestran que una satisfacción baja de los adolescentes consigo mismo, RR 1,777 (I.C.95% 1,275-2,478) y con su futuro, RR 1,655 (I.C.95% 1,265-2,165); supone un aumento de riesgo para ser policonsumidor de cannabis, cocaína y LSD hasta del 17%.

En la tabla se presentan los resultados significativos en relación con las *estrategias de afrontamiento* y el grupo 3 de policonsumidores.

Tabla 172. Estimación de riesgo de policonsumo de cannabis, cocaína y LSD, y estrategias de afrontamiento

Estrategias afrontamiento	χ^2	OR	Intervalo confianza 95%		RR	Intervalo confianza 95%	
			Superior	Inferior		Superior	Inferior
Religión	4,372*	,659	,445	,976	,719	,522	,991
Humor	9,128**	1,598	1,177	2,170	1,310	1,112	1,543
Drogas	44,259***	3,044	2,167	4,275	2,356	1,850	3,000
Concentrar esfuerzos	5,091*	,702	,515	,956	,872	,766	,992
Actividades distractivas	5,777*	,688	,507	,934	,853	,741	,982
Escape conductual	5,759*	,668	,479	,930	,895	,809	,990

***p<,001; **p<,01; *p<,05

Las estrategias de afrontamiento que muestran una relación significativa con el grupo 3 de policonsumidores son: la “religión” ($\chi^2=4,372$, p<,05); el “humor” ($\chi^2=9,128$, p<,01); el “consumo de alcohol y drogas” ($\chi^2=44,259$, p<,001); “concentrar esfuerzos en solucionar el problema” ($\chi^2=5,091$ p<,05); “actividades distractivas” ($\chi^2=5,777$, p<,05); y “escape conductual” ($\chi^2=5,759$, p<,05). Las estrategias de afrontamiento religión, concentrar los esfuerzos de afrontamiento, actividades distractivas y el escape conductual actúan como factores protectores para el policonsumo de cannabis, cocaína y LSD, mientras que el uso de drogas es un factor de riesgo.

4.3.2.3.2. Factores interpersonales

A continuación se presentan los resultados de la estimación de riesgo del policonsumo del grupo 3, en relación a las variables de: ocio y tiempo libre, satisfacción con la familia, grupo de amigos y la novia/o; y consumo de cannabis, cocaína y LSD por los amigos.

En la siguiente tabla se incluyen las variables relacionadas con el ocio y tiempo libre que muestran una relación significativa con el grupo 3 de policonsumidores.

Tabla 173. Estimación de riesgo de policonsumo de cannabis, cocaína y LSD ocio y tiempo libre

Lugar de Ocio	χ^2	OR	Intervalo confianza 95%		RR	Intervalo confianza 95%	
			Superior	Inferior		Superior	Inferior
Bares	41,894***	9,527	4,180	21,714	1,265	1,215	1,317
Discotecas	18,092***	2,428	1,596	3,694	1,207	1,127	1,293
Cine	8,061**	,604	,426	,858	,893	,817	,977
Salir a pasear	11,100**	,468	,297	,738	,923	,869	,980
Hora llegada	41,874***	5,311	3,040	9,279	1,313	1,244	1,385

***p<,001; **p<,01; *p<,05

Como se puede ver en la tabla, se encuentran relaciones significativas entre el grupo 3 de policonsumidores del y las salidas los fines de semana a bares ($\chi^2=41,894$, p<,001); a discotecas ($\chi^2=18,092$, p<,001); ir al cine ($\chi^2=8,061$, p<,01); salir a pasear con los amigos ($\chi^2=11,100$, p<,001); y la hora de regreso a casa cuando salen los fines de semana ($\chi^2=41,874$ p<,001). Regresar a casa tarde, salir a bares y discotecas suponen factores de riesgo para el policonsumo de cannabis, cocaína y LSD; mientras que salir al cine o a pasear con los amigos, van a ser factores de protección para dicho policonsumo.

En la siguiente tabla, se presentan la estimación de riesgo en relación con los amigos, donde se han tenido en cuenta, la variable de si el grupo de amigos consumen en la actualidad cannabis, cocaína y LSD y la satisfacción con los amigos y novio/a.

Tabla 174. Estimación de riesgo de policonsumo grupo 3 y grupo de iguales

Grupo Iguales	χ^2	OR	Intervalo confianza 95%		RR	Intervalo confianza 95%	
			Superior	Inferior		Superior	Inferior
Amigos consumen	172,962***	7,353	5,304	10,195	3,864	3,199	4,668
Satisfacción con Novio/a	4,092*	1,871	1,010	3,463	1,807	1,016	3,214

***p<,001

Como se puede observar en la tabla, existen relaciones significativas entre el grupo 3 de policonsumidores y el consumo de sustancias entre el grupo de iguales. Tener amigos que consumen las tres sustancias (cannabis, cocaína y LSD), supone un factor de riesgo para el policonsumo ($\chi^2=172,962$ y $p<,001$), de tal manera que aquellos adolescentes que tienen amigos que consumen estas sustancias, tienen un riesgo del 38% de consumir. Por otro lado, una satisfacción baja con el novio/a supone un factor de riesgo para el policonsumo, con una $\chi^2=4,092$, $p<,05$ y un RR 1,807 (I.C.95% 1,016-3,214).

En la siguiente tabla se presentan la relación existente entre el policonsumo Grupo 3 la satisfacción con el grupo familiar.

Tabla 175. Estimación de riesgo de policonsumo de cannabis, cocaína y LSD, y satisfacción familiar

Satisfacción con...	χ^2	OR	Intervalo confianza 95%		RR	Intervalo confianza 95%	
			Superior	Inferior		Superior	Inferior
Casa	35,500***	2,334	1,640	3,321	2,133	1,555	2,926
Padre	17,192***	2,095	1,469	2,990	1,800	1,376	2,355
Madre	17,075***	2,318	1,541	3,487	2,066	1,471	2,901

*** $p<,001$

La tabla 175, muestra una relación significativa entre la satisfacción dentro del grupo familiar (casa, padre y madre) y el grupo 3 de policonsumidores, con una $p<,001$. La OR de las tres variables varían entre 2,0 al 2,3, y el RR, que oscila entre el 1,8 y el 2,1, de tal manera que aquellos adolescentes que presentan una satisfacción baja dentro del grupo familiar van a tener entre un 18 y un 21% más de posibilidades de consumir cannabis, cocaína y LSD.

A continuación se presentan las variables de satisfacción en el instituto, en clase, con los compañeros, los profesores y con lo que aprenden. Como se puede observar en la siguiente tabla, existe una relación significativa entre el grupo de policonsumidores de cannabis, cocaína y LSD, y la satisfacción con el instituto en general ($\chi^2=5,940$, $p<,05$), los profesores ($\chi^2= 12,600$, $p<,01$) y con lo que aprenden ($\chi^2=19,94$, $p<,001$). Una satisfacción baja en relación con el instituto, los profesores y con lo que aprenden, supone un mayor de riesgo para el policonsumo, yendo dicho riesgo relativo desde el 13% al 16%.

Tabla 176. Estimación de riesgo de policonsumo de cannabis, cocaína y LSD, y medio educativo

Satisfacción con...	χ^2	OR	Intervalo confianza 95%		RR	Intervalo confianza 95%	
			Superior	Inferior		Superior	Inferior
Instituto	5,940*	1,517	1,083	2,124	1,361	1,071	1,731
Profesores	12,600**	1,743	1,279	2,376	1,416	1,183	1,695
Aprender	19,984***	2,057	1,492	2,834	1,657	1,345	2,042

***p<,001; **p<,01; *p<,05

4.3.2.3.3. Factores sociales

En este apartado se relacionan el policonsumo en los últimos 30 días del grupo 3 de policonsumidores (cannabis, cocaína y LSD) con las variables sociales.

Tabla 177. Estimación de riesgo de policonsumo de cannabis, cocaína y LSD, y variables sociales

	χ^2	OR	Intervalo confianza 95%		RR	Intervalo confianza 95%	
			Superior	Inferior		Superior	Inferior
Información	11,757**	1,714	1,256	2,337	1,281	1,127	1,457
Disponibilidad	20,721***	2,110	1,522	2,925	1,339	1,202	1,493
Riesgo esporádico	40,014***	,378	,278	,515	,662	,565	,776
Riesgo fin de semana	39,814***	,218	,131	,364	,891	,841	,944
Riesgo habitual	6,998*	,080	,007	,886	,990	,976	1,005

***p<,001; **p<,01; p<,05

Como se puede observar en la tabla 177, existe una relación significativa entre el grupo 3 de policonsumidores y la información sobre el cannabis, cocaína y LSD que dicen tener los adolescentes ($\chi^2=11,757$, $p<,001$), de tal manera que aquellos que manifiestan tener mucha información sobre los efectos y consecuencias de dichas drogas, tienen un riesgo superior del 12%, que aquellos adolescentes que dicen tener poca información (OR 1,714 I.C. 95% 1,256-2,337 y RR 1,281 (I.C.95% 1,127-1,457). Sentirse informado sobre las sustancias es un factor de riesgo para el consumo de la misma.

Una percepción de riesgo elevada de consumo esporádico, durante los fines de semana y habitual de cannabis, cocaína y LSD son factores de protección para el policonsumo de dichas sustancias, de tal forma que aquellos adolescentes que piensen que tienen un riesgo elevado el consumo esporádico, durante los fines de semana y habitual de cannabis, cocaína y LSD, tienen menores probabilidades de consumir que aquellos adolescentes que tienen una percepción de riesgo baja.

4.3.3. RESUMEN DE LOS RESULTADOS DE LOS FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN EN RELACION AL CONSUMO DE LAS DISTINTAS DROGAS Y GRUPOS DE POLICONSUMIDORES

En este apartado, se presentan los principales resultados que dan respuesta a los objetivos relacionados con identificar los factores de riesgo personales, interpersonales y sociales, en relación al consumo de las drogas por los adolescentes..

- **Factores de riesgo y protección en el consumo del tabaco.** Los principales factores de riesgo y de protección personales, interpersonales y sociales relacionados con el consumo de tabaco se resumen en la siguiente tabla.

Tabla 178. Resumen de los factores de riesgo y protección en el consumo de tabaco

VARIABLES		Factores de riesgo	Factores de Protección
Personales	Edad	> de 16 años	< de 16 años
	Situación educativa	Ciclos formativos y garantía social	Estudiantes de 3º y 4º de la ESO y 1º y 2º de Bachillerato
	Satisfacción personal	Baja	Alta
	Estrategias de afrontamiento	Humor, consumo de drogas, centrarse en emociones, negación y evadirse	
Interpersonales	Lugares de salida	Bares y discotecas	Ir a pasear y cine
	Frecuencia de salida	Habitual	Esporádica
	Hora regreso	Después de las 12h	Antes de las 12h
	Amigos	Consumidores	No consumidores
	Satisfacción familiar, escolar y grupo de amigos	Baja	Alta
Sociales	Información	Mucha	Poca

- Los aspectos o **variables personales** que van a actuar como factores de riesgo para el consumo de tabaco son: adolescentes mayores de 16 años; aquellos que presentan una satisfacción baja con ellos mismos y con su futuro; y los que utilizan como estrategias de afrontamiento para enfrentarse a situaciones difíciles el humor, el consumo de drogas, centrarse en las emociones, la negación y evadirse.
- Las **variables interpersonales** que van a actuar como factores de riesgo para el consumo de tabaco en los adolescentes del este estudio son: aquellos que acuden a bares y discotecas los fines de semana; los que salen con una frecuencia habitual los fines de semana; los que regresan después de las 12

INVESTIGACIÓN EMPÍRICA: Resultados

horas cuando salen; aquellos que tienen amigos consumidores de tabaco dentro de su grupo de referencia; y aquellos que manifiestan tener una satisfacción baja con el entorno familiar, escolar y ocio y tiempo libre.

- En cuanto a las **variables sociales**, tan solo poseer información sobre los efectos y consecuencias del tabaco supone un factor de riesgo para el consumo de tabaco.
- **Factores de riesgo y protección en el consumo del alcohol.** En la siguiente tabla se presentan los principales factores de riesgo y protección personales, interpersonales y sociales que influyen en el consumo de bebidas alcohólicas.

Tabla 179. Resumen de los factores de riesgo y protección en el consumo de alcohol.

VARIABLES		Factores de riesgo	Factores de Protección
Personales	Edad	> de 16 años	< de 16 años
	Satisfacción personal consigo mismo y el futuro	Baja	Alta
	Estrategias de afrontamiento	Humor, Consumo de drogas, Abandono, Centrarse en emociones, Negación, Reinterpretación+, Evadirse, Escape conductual y cognitivo	Concentrarse en solucionar problema
Interpersonales	Lugares de salida	Bares y discotecas	Ir a pasear
	Frecuencia de salida	Habitual	Esporádica
	Hora regreso	Después de las 12h	Antes de las 12h
	Amigos	Consumidores	No consumidores
	Satisfacción familiar, escolar y grupo de amigos	Baja satisfacción familiar, con los profesores y con lo que aprenden	Alta satisfacción familiar, con los profesores y con lo que aprenden
Sociales	Información	Mucha	Poca
	Riesgo percibido	Fines de semana	

- Los aspectos o **variables personales** que van a actuar como factores de riesgo para el consumo de alcohol son: adolescentes mayores de 16 años; aquellos que presentan una satisfacción baja con ellos mismos; y los que utilizan como estrategias de afrontamiento para enfrentarse a situaciones difíciles el humor, consumo de drogas, abandono, centrarse en emociones, negación, reinterpretación+, evadirse, escape conductual y cognitivo, la negación y evadirse.

INVESTIGACIÓN EMPÍRICA: Resultados

- Las **variables interpersonales** que van a actuar como factores de riesgo para el consumo de alcohol en los adolescentes del este estudio son: aquellos que acuden a bares y discotecas los fines de semana; los que salen con una frecuencia habitual los fines de semana; los que regresan después de las 12 horas cuando salen; aquellos que tienen amigos consumidores de alcohol dentro de su grupo de referencia; y aquellos que manifiestan tener una satisfacción baja con el entorno familiar, con los profesores y con lo que aprenden
 - En cuanto a las **variables sociales**, poseer información sobre los efectos y consecuencias del consumo de alcohol, así como tener una percepción baja de riesgo en el consumo durante los fines de semana, actúan como factores de riesgos
- **Factores de riesgo y protección en el consumo de cannabis.** En la siguiente tabla se presenta un resumen de los factores de riesgo y protección para el consumo de cannabis.

Tabla 180. Resumen de los factores de riesgo y protección en el consumo de cannabis.

VARIABLES	Factores de riesgo	Factores de Protección	
Personales	Género	Hombre	Mujer
	Edad	> de 16 años	< de 16 años
	Situación educativa	Ciclos formativos y garantía social	ESO y Bachillerato
	Satisfacción personal consigo mismo y el futuro	Baja	Alta
	Estrategias de afrontamiento	Humor, Consumo de drogas, Abandono	Religión
Interpersonales	Lugares de salida	Bares y discotecas	Ir a pasear y cine
	Frecuencia de salida	Habitual	Esporádica
	Hora regreso	Después de las 12h	Antes de las 12h
	Amigos	Consumidores	No consumidores
	Satisfacción familiar, escolar y grupo de amigos	Baja satisfacción familiar y escolar	Alta satisfacción familiar y escolar
Sociales	Información	Mucha	Poca
	Riesgo percibido	Alto riesgo en consumo esporádico, fines de semana y habitual	Bajo riesgo en consumo esporádico, fines de semana y habitual
	Disponibilidad	Fácil de conseguir	Difícil de conseguir

- Los aspectos o **variables personales** que van a actuar como factores de riesgo para el consumo de cannabis son: adolescentes varones, mayores de 16 años y que cursan ciclos formativos y de garantía social. Aquellos que presentan una satisfacción baja con ellos mismos y con su futuro; y los que utilizan como estrategias de afrontamiento para enfrentarse a situaciones difíciles el humor, consumo de drogas y abandono de afrontamiento.
 - Las **variables interpersonales** que van a actuar como factores de riesgo para el consumo de cannabis en los adolescentes del este estudio son: aquellos que acuden a bares y discotecas los fines de semana; los que salen con una frecuencia habitual los fines de semana; los que regresan después de las 12 horas cuando salen; aquellos que tienen amigos consumidores de cannabis dentro de su grupo de referencia; y aquellos que manifiestan tener una satisfacción baja con el entorno familiar, escolar y grupo de amigos.
 - Entre las **variables sociales**, las que van a actuar como factores de riesgo son: poseer información sobre los efectos y consecuencias del consumo de cannabis; tener una percepción baja de riesgo en el consumo esporádico, durante los fines de semana y habitual de cannabis; y tener la percepción de ser una droga disponible
- **Factores de riesgo y protección en el consumo de cocaína.** A continuación se presentan los principales factores de riesgo y protección para el consumo de cocaína entre los adolescentes encuestados.
- Los aspectos o **variables personales** que van a actuar como factores de riesgo para el consumo de cannabis son: adolescentes varones, mayores de 16 años y que cursan ciclos formativos y de garantía social. Aquellos que presentan una satisfacción baja con ellos mismos y con su futuro; y los que utilizan como estrategias de afrontamiento el Humor y el Consumo de drogas.
 - Las **variables interpersonales** que van a actuar como factores de riesgo para el consumo de tabaco en los adolescentes del este estudio son: aquellos que acuden a discotecas los fines de semana; los que salen con una frecuencia habitual los fines de semana; los que regresan después de las 12 horas

INVESTIGACIÓN EMPÍRICA: Resultados

cuando salen; aquellos que tienen amigos consumidores de cocaína dentro de su grupo de referencia; y aquellos que manifiestan tener una satisfacción baja con lo que aprenden y con los profesores.

- Entre las **variables sociales**, las que van a actuar como factores de riesgo son: poseer información sobre los efectos y consecuencias del consumo de cocaína; tener una percepción baja de riesgo en el consumo esporádico, durante los fines de semana y habitual de cocaína; y tener la percepción de ser una droga disponible.

Tabla 181. Resumen de los factores de riesgo y protección en el consumo de cocaína

VARIABLES		Factores de riesgo	Factores de Protección
Personales	Género	Hombre	Mujer
	Edad	> de 16 años	< de 16 años
	Situación educativa	Ciclos formativos y garantía social	ESO y Bachillerato
	Satisfacción personal consigo mismo y el futuro	Baja	Alta
	Estrategias de afrontamiento	Humor y Consumo de drogas,	Crecimiento personal
Interpersonales	Lugares de salida	Discotecas	
	Frecuencia de salida	Habitual	Esporádica
	Hora regreso	Después de las 12h	Antes de las 12h
	Amigos	Consumidores	No consumidores
	Satisfacción familiar, escolar y grupo de amigos	Baja satisfacción con lo que aprenden y profesores	Alta satisfacción con lo que aprenden y profesores
Sociales	Información	Mucha	Poca
	Riesgo percibido	Alto riesgo en consumo esporádico, fines de semana y habitual	Bajo riesgo en consumo esporádico, fines de semana y habitual
	Disponibilidad	Fácil de conseguir	Difícil de conseguir

- **Factores de riesgo y protección en el policonsumo de tabaco, alcohol y cannabis.** A continuación se presentan los principales factores de riesgo y protección para el policonsumo de tabaco, alcohol y cannabis.

INVESTIGACIÓN EMPÍRICA: Resultados

Tabla 182. Resumen de los factores de riesgo y protección en el policonsumo de tabaco, alcohol y cannabis.

VARIABLES		Factores de riesgo	Factores de Protección
Personales	Género	Hombre	Mujer
	Edad	> de 16 años	< de 16 años
	Situación educativa	Ciclos formativos y garantía social	ESO y Bachillerato
	Satisfacción personal consigo mismo y el futuro	Baja	Alta
	Estrategias de afrontamiento	Humor, Consumo de drogas, Emociones, Negación, Reinterpretación+ y Evadirse	
Interpersonales	Lugares de salida	Bares y Discotecas	Ir a pasear y cine
	Frecuencia de salida	Habitual	Esporádica
	Hora regreso	Después de las 12h	Antes de las 12h
	Amigos	Consumidores	No consumidores
	Satisfacción familiar, escolar y grupo de amigos	Baja satisfacción con la familia, lo que aprenden y profesores	Alta satisfacción con la familia, lo que aprenden y profesores
Sociales	Información	Mucha	Poca
	Riesgo percibido	Alto riesgo en consumo durante los fines de semana	Bajo riesgo en consumo durante los fines de semana

- Los aspectos o **variables personales** que van a actuar como factores de riesgo para el policonsumo de tabaco, alcohol y cannabis son: adolescentes varones, mayores de 16 años y que cursan ciclos formativos y de garantía social. Aquellos que presentan una satisfacción baja con ellos mismos y con su futuro; y los que utilizan como estrategias de afrontamiento el Humor, el Consumo de drogas, Centrarse en las emociones y desahogarse, Negación, Reinterpretación + y Evadirse.
- Las **variables interpersonales** que van a actuar como factores de riesgo para el policonsumo de tabaco, alcohol y cannabis en los adolescentes del este estudio son: aquellos que acuden a bares y discotecas los fines de semana; los que salen con una frecuencia habitual los fines de semana; los que regresan después de las 12 horas cuando salen; aquellos que tienen amigos policonsumidores de tabaco, alcohol y cannabis dentro de su grupo de referencia; y aquellos que manifiestan tener una satisfacción baja con lo el grupo familiar, con lo que aprenden y los profesores.
- Entre las **variables sociales**, las que van a actuar como factores de riesgo son: poseer información sobre los efectos y consecuencias del consumo de

INVESTIGACIÓN EMPÍRICA: Resultados

dichas sustancias; tener una percepción baja de riesgo en el policonsumo durante los fines de semana.

- **Factores de riesgo y protección en el policonsumo de anfetaminas y drogas de diseño.** A continuación se presentan los principales factores de riesgo y protección encontrados para el policonsumo de anfetaminas y drogas de diseño entre los adolescentes encuestados.

Tabla 183. Resumen de los factores de riesgo y protección en el policonsumo de anfetaminas y drogas de diseño

VARIABLES		Factores de riesgo	Factores de Protección
Personales	Género	Hombre	Mujer
	Situación educativa	Ciclos formativos y garantía social	ESO y Bachillerato
	Estrategias de afrontamiento	Consumo de drogas	Crecimiento personal y Afront conductual
Interpersonales	Amigos	Consumidores	No consumidores
	Riesgo percibido	Alto riesgo en consumo esporádico y fines de semana	Bajo riesgo en consumo esporádico y fines de semana
	Disponibilidad	Fácil de conseguir	Difícil de conseguir

- Los aspectos o **variables personales** que van a actuar como factores de riesgo para el policonsumo de anfetaminas y drogas de diseño son: adolescentes varones que cursan ciclos formativos y de garantía social; y que utilizan como estrategias de afrontamiento el Consumo de drogas.
 - La única **variable interpersonal** que van a actuar como riesgo es el policonsumo de anfetaminas y drogas de diseño en el grupo de amigos.
 - Entre las **variables sociales**, las que van a actuar como factores de riesgo son: tener una percepción baja de riesgo en el consumo esporádico y durante los fines de semana de anfetaminas y drogas de diseño; y tener la percepción de que son drogas fáciles de conseguir y por lo tanto disponibles.
- **Factores de riesgo y protección en el policonsumo de cannabis, cocaína y LSD.** A continuación se presentan los principales factores de riesgo y protección

INVESTIGACIÓN EMPÍRICA: Resultados

para el policonsumo de cannabis, cocaína y LSD entre los adolescentes encuestados.

Tabla 184. Resumen de los factores de riesgo y protección en el policonsumo de cannabis, cocaína y LSD

VARIABLES		Factores de riesgo	Factores de Protección
Personales	Género	Hombre	Mujer
	Edad	> de 16 años	< de 16 años
	Situación educativa	Ciclos formativos y garantía social	ESO y Bachillerato
	Satisfacción personal consigo mismo y el futuro	Baja	Alta
	Estrategias de afrontamiento	Humor y Consumo de drogas,	Religión, Esfuerzos, Actv distractivas y Escape conductual
Interpersonales	Lugares de salida	Bares y discotecas	Cine e ir a pasear
	Hora regreso	Después de las 12h	Antes de las 12h
	Amigos	Consumidores	No consumidores
	Satisfacción familiar, escolar y grupo de amigos	Baja satisfacción familiar, en el instituto, con lo que aprenden y profesores	Alta satisfacción familiar, en el instituto con lo que aprenden y profesores
	Información	Mucha	Poca
Sociales	Riesgo percibido	Alto riesgo en policonsumo esporádico, fines de semana y habitual	Bajo riesgo en policonsumo esporádico, fines de semana y habitual
	Disponibilidad	Fácil de conseguir	Difícil de conseguir

- Los aspectos o **variables personales** que van a actuar como factores de riesgo para el policonsumo de cannabis, cocaína y LSD son: adolescentes varones, mayores de 16 años y que cursan ciclos formativos y de garantía social. Aquellos que presentan una satisfacción baja con ellos mismos y con su futuro; y los que utilizan como estrategias de afrontamiento el Humor y el Consumo de drogas.
- Las **variables interpersonales** que van a actuar como factores de riesgo para el policonsumo de cannabis, cocaína y LSD en los adolescentes del este estudio son: aquellos que acuden a bares y discotecas los fines de semana; los que regresan después de las 12 horas cuando salen; aquellos que tienen amigos policonsumidores dentro de su grupo de referencia; y aquellos que manifiestan tener una satisfacción baja a nivel familiar, en el instituto, con lo que aprenden y con los profesores.

- Entre las **variables sociales**, las que van a actuar como factores de riesgo son: poseer información sobre los efectos y consecuencias del consumo de cannabis, cocaína y LSD; tener una percepción baja de riesgo en el policonsumo esporádico, durante los fines de semana y habitual; y tener la percepción de que son drogas fáciles de conseguir y disponibles.

4.4. ANALISIS MULTIVARIANTE DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS MÁS PREVALENTES Y DE LOS TIPOS DE POLICONSUMIDORES.

En este apartado se presentan los resultados obtenidos de los distintos análisis de regresión realizados para determinar el valor predictivo de diversas variables psicosociales personales, interpersonales y sociales que influyen, por un lado, en el consumo de las drogas más prevalentes en los adolescentes del presente estudio: tabaco, alcohol, cannabis y cocaína; y por otro lado, las que influyen en los tipos de policonsumidores con un índice de consumo suficiente que permita el análisis de regresión logística, que en este caso son: el Grupo 1: tabaco, alcohol y cannabis; y grupo 3: Cannabis, cocaína y LSD.

Debido al gran número de variables relacionadas con las sustancias de consumo, se optó por realizar para modelos de regresión logística para cada una de las principales sustancias consumidas:

(a) En primer lugar, se ha creado una variable de tipo dicotómico en la que se ha confrontado el consumidor de las distintas sustancias, en los últimos treinta días (valor 1) frente al no consumidor de cada droga (valor 2). La relación de los factores y esta variable se ha analizado a través de técnicas de regresión logística, donde la magnitud de la asociación entre variables viene determinada por la Exp B u Odds Ratio (OR), de forma que valores superiores a '1' serían expresión de un efecto de incremento del valor de la variable resultado respecto al factor en examen y valores inferiores a '1' informarían de una reducción de tal efecto. De forma general, entenderemos que valores superiores a uno (>1) definirán un 'factor de riesgo', mientras que valores inferiores a uno (<1) serán indicativos de un 'factor de protección'.

(b) Previo al desarrollo de estos modelos predictores se han analizado las correlaciones entre potenciales factores de riesgo y protección con cada uno de los consumos. Posteriormente, se ha llevado a cabo un análisis de regresión hacia atrás (Condición), de tal manera que se procede a la inclusión de todas las variables que han mostrado una relación significativa con la variable a estudio y se han seleccionado o eliminado variables por pasos hacia atrás. El contraste para la eliminación se basa en la probabilidad del estadístico de la razón de verosimilitud, el cual se basa a su vez en las estimaciones condicionales de los parámetros.

En el intento de facilitar la exposición de la gran cantidad de datos resultantes, fueron seleccionados los modelos obtenidos que resultaron ser estadísticamente significativos y que explicaban un mayor porcentaje de la varianza. Para ello, se consideraron los siguientes índices: el coeficiente de determinación (R^2) que explica la proporción de la variabilidad del criterio (consumo de drogas) explicada por las variables pronosticadoras; y el coeficiente ajustado de determinación (R^2 ajustado), que corrige las sobrestimaciones del ajuste a los modelos producto de la inclusión de nuevas variables, incrementándose sólo en el caso de que éstas supongan un mejor ajuste de los datos; el coeficiente β y, finalmente, la significación obtenida por cada modelo que informa del grado en que éste se ajusta a los datos utilizados.

Por lo tanto, en el análisis final se incluyeron conjuntamente, para cada tipo de droga, las variables personales, interpersonales y sociales seleccionadas.

4.4.1. ANALISIS MULTIVARIANTE EN EL CONSUMO DE LAS DROGAS MAS PREVALENTES: TABACO, ALCOHOL Y CANNABIS

En esta sección se presentan modelos multivariantes en los que, por medio de la regresión logística, se predice la probabilidad de ser o no consumidor de cada una de las sustancias de alta prevalencia: tabaco, alcohol y cannabis. Para las restantes drogas no se han establecido modelos de regresión debido a la baja prevalencia de consumidores, ya que hay que tener en cuenta que para cada variable introducida en el modelo de regresión, requiere la presencia de 10 sujetos de estudio.

A partir de las correlaciones encontradas, se seleccionaron aquellas que eran significativas para el consumo habitual de cada una de las sustancias analizadas (consumo en los últimos 30 días), en un intento de obtener un modelo predictivo de dicho consumo. Para ello se utilizó la técnica de regresión logística binaria, utilizando un procedimiento de análisis hacia atrás, y obteniéndose ecuaciones independientes para cada una de las variables. Como variable dependiente se consideró el consumo durante los últimos 30 días "Consumir una droga o no consumir".

4.4.1.1. PREDICCIÓN CONSUMO DE TABACO

Se presentan a continuación los resultados finales de los modelos ajustados para el consumo de tabaco en los últimos 30 días.

INVESTIGACIÓN EMPÍRICA: Resultados

Para la predicción del consumo de tabaco se obtuvo un modelo con las siguientes variables:

- **Variables personales:** Género, las estrategias de afrontamiento: el consumo de alcohol y drogas, el humor, centrarse en las emociones y desahogarse, aceptación, actividades distractivas y evasión. Consumir alcohol, borracheras y cannabis.
- **Variables interpersonales:** Ocio y tiempo libre: frecuencia de salidas, hora de llegadas, lugares de salida (bares, ir a pasear y a parques). Dentro del grupo de iguales, destaca el consumo de tabaco por los amigos y dejarse influenciar por la presión grupal para consumir tabaco.
- **Variables sociales:** Información sobre tabaco.

Los predictores obtenidos con el modelo se pueden observar en la tabla de clasificación, en la que se observa que únicamente se obtiene un porcentaje de 80,4% de clasificaciones correctas.

Tabla 185. Tabla de clasificación consumo tabaco

Observado	Pronosticado			
	Consumo tabaco mes		Porcentaje correcto	
	SI	NO		
Consumo tabaco mes	SI	376	156	70,7
	NO	101	675	87,0
Porcentaje global				80,4

Como se puede observar en la siguiente tabla, el estadístico de Cox Snell proporciona un valor de ,427 que revela un valor predictivo bajo.

Tabla 186. R² de Cox Snell para el consumo del tabaco

-2 log de la verosimilitud	R cuadrado de Cox y Snell	R cuadrado de Nagelkerke
1039,991(a)	,427	,576

INVESTIGACIÓN EMPÍRICA: Resultados

Como se puede observar en la tabla 187, de las 34 variables introducidas, 18 han evidenciado una asociación estadísticamente significativa con el consumo de tabaco en los últimos treinta días ($p < .001$, $p < .01$ y $p < .05$). Entre las variables exploradas encontramos 9 factores protectores (valores < 1) y 9 factores de riesgo (valores > 1). Entre los **factores protectores** con un efecto importante se hallan los siguientes:

- Ser mujer
- Utilizar como Estrategias de afrontamiento para enfrentarse a situaciones difíciles la aceptación, distracción y evadirse
- Frecuencia de salidas: aquellos adolescentes que no salen o salen ocasionalmente tienen menor probabilidad de consumir tabaco, que aquellos que salen semanalmente
- Hora de llegada: llegar antes de las 12 horas es un factor de protección frente al consumo de tabaco
- Lugares de salida: Aquellos adolescentes que salen con el grupo de iguales a parques y van a pasear tienen un menor riesgo.
- Ante el supuesto “si un amigo me ofreciera un cigarro, yo aceptaría”, los adolescentes que no se dejaron influir por los amigos, tendrían menor riesgo de consumir tabaco.

Como **factores de riesgo** para el consumo de tabaco se encuentran:

- Ser hombre
- Utilizar como estrategias de afrontamiento el consumo de alcohol y drogas, el humor y centrarse en las emociones.
- Consumir alcohol, cannabis y haberse emborrachado en el último mes.
- Lugares de salida: salir con los amigos a bares
- Llegar después de las 12 horas y salir frecuentemente por las noches
- Tener amigos que consuman tabaco.
- Poseer bastante o mucha información sobre los efectos y consecuencias del consumo de tabaco

INVESTIGACIÓN EMPÍRICA: Resultados

Tabla 187. Variables predictoras del consumo de tabaco

		B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)	I.C. 95,0% para EXP(B)	
								Inf	Sup
VARIABLES PERSONALES									
Genero (Mujer vs hombre)		-,643	,161	15,986	1	,000	,526	,383	,720
Estrategias de Afrontamiento (SI vs NO)	Humor	,280	,120	5,448	1	,020	1,323	1,046	1,673
	Drogas	,983	,154	40,979	1	,000	2,672	1,978	3,610
	Emoción	,324	,125	6,719	1	,010	1,383	1,082	1,767
	Aceptación	-,323	,136	5,653	1	,017	,724	,555	,945
	Distracción	-,212	,121	3,062	1	,080	,809	,638	1,026
	Evadirse	-,716	,305	5,510	1	,019	,489	,269	,889
Consumo otras drogas (SI vs NO)	Alcohol	1,188	,296	16,140	1	,000	3,279	1,837	5,853
	Borracheras	,546	,173	9,931	1	,002	1,727	1,229	2,425
	Cannabis	1,460	,183	63,406	1	,000	4,304	3,005	6,164
VARIABLES INTERPERSONALES									
Hora de llegada (Antes 12h Vs Después 12h)		-,223	,068	10,835	1	,001	,800	,700	,914
Frecuencias de salida (- a +)		-,196	,096	4,112	1	,043	,822	,681	,993
Ir a bares (+ a -)		1,008	,265	14,508	1	,000	2,740	1,631	4,602
Ir a Parques (+ a -)		-,734	,411	3,195	1	,034	,480	,215	,831
Ir a Pasear (+ a -)		-,633	,265	5,704	1	,017	,531	,316	,893
Consumo tabaco amigos (SI vs. NO)		2,304	,547	17,727	1	,000	10,014	3,426	29,26
Fumarias si tus amigos te lo piden (- a +)		-1,354	,155	75,809	1	,000	,258	,190	,350
VARIABLES SONCIALES									
Información sobre tabaco (Mucha vs Poca)		,471	,277	2,887	1	,039	1,601	1,330	2,756
Constante		-,877	1,177	,555	1	,456	,416		

4.4.1.2. PREDICCIÓN CONSUMO DE ALCOHOL

En un intento de obtener un modelo predictivo del consumo de alcohol por los adolescentes de 14 a 18 años en Guadalajara, se seleccionaron aquellas variables, que tras un análisis de correlación univariado dieron significativas para el consumo de alcohol en los últimos treinta días. Posteriormente, se utilizó la técnica de análisis de regresión logística binaria, utilizando un procedimiento de análisis hacia atrás (condicional), y obteniéndose ecuaciones independientes para cada una de las variables. Como variable dependiente se consideró el consumo de alcohol durante los últimos 30 días “Consumir alcohol” y “no consumir alcohol”.

Para la predicción del consumo de alcohol se obtuvo un modelo con las siguientes variables:

INVESTIGACIÓN EMPÍRICA: Resultados

- **Variables personales:** Edad, situación educativa, satisfacción consigo mismo y como estrategias de afrontamiento: el consumo de alcohol y drogas, el humor, refrenar afrontamiento y centrar los esfuerzos en solucionar el problema. Consumir tabaco, cannabis y resto de drogas ilegales.
- **Variables interpersonales:** A nivel familiar: grado de satisfacción en casa y con la madre. Ocio y tiempo libre: frecuencia de salidas, hora de llegadas, lugares de salida y dinero disponible para gastos personales. Dentro del grupo de iguales, destaca el consumo de alcohol por los amigos y dejarse influenciar por la presión grupal para consumir alcohol.
- **Variables sociales:** Riesgo percibido de consumo de alcohol durante los fines de semana.

Los predictores obtenidos con el modelo se pueden observar en la tabla de clasificación, en la que se observa que únicamente se obtiene un porcentaje de 84,5 de clasificaciones correctas.

Tabla 188. Tabla de clasificación consumo de alcohol

Observado	Pronosticado			Porcentaje correcto
	Alcohol último mes			
	SI	NO		
Alcohol último mes	SI	1004	69	93,6
	NO	144	160	52,6
Porcentaje global				84,5

Como se puede observar en la siguiente tabla, el estadístico de Cox Snell proporciona un valor de ,372, el cual revela un valor predictivo muy bajo.

Tabla 189. R² de Cox Snell para el consumo de alcohol

-2 log de la verosimilitud	R cuadrado de Cox y Snell	R cuadrado de Nagelkerke
933,869(a)	,372	,482

INVESTIGACIÓN EMPÍRICA: Resultados

Como se puede observar en la tabla 190, de las 38 variables incluidas en el análisis de regresión logística, 22 han evidenciado una asociación estadísticamente significativa con el consumo de alcohol en los últimos treinta. Entre las variables exploradas, 6 actúan como factores protectores (valores <1) y 18 como factores de riesgo (valores >1). Entre los **factores protectores** con un efecto importante se hallan los siguientes:

- Ser menor de 16 años
- Cursar estudios de 3º y 4º de ESO y 1º y 2º de Bachillerato
- Elevada satisfacción consigo mismo
- Utilizar como estrategia de afrontamiento el centrar los esfuerzos en solucionar el problema
- Salir ocasionalmente y llegar antes de las 12 horas a casa
- Lugares de salida: ir a pasear con los amigos
- No dejarse influenciar por los amigos para el consumo del alcohol

Como se puede observar en la tabla 190, factores de riesgo para el consumo de alcohol son:

- Ser mayor de 16 años.
- Cursar ciclos formativos y cursos de garantía social.
- Tener una baja satisfacción contigo mismo, en casa y con la madre.
- Utilizar como estrategias de afrontamiento el humor, el consumo de alcohol y drogas y refrenar el afrontamiento.
- Salir con frecuencia con los amigos y llegar a casa después de las 12 horas.
- Ir a bares, discotecas y a parques con los amigos los fines de semana.
- Tener amigos que consuman alcohol.
- Acceder a la presión del grupo cuando ofrecen consumir alcohol.
- Tener una percepción de riesgo baja en el consumo de alcohol durante los fines de semana.

En la siguiente tabla se presentan los coeficientes de las variables predictoras y sus niveles de significación.

INVESTIGACIÓN EMPÍRICA: Resultados

Tabla 190. Variables predictivas del consumo de alcohol

	B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)	I.C. 95,0% para EXP(B)		
							Inf	Sup	
VARIABLES PERSONALES									
Edad (<16 vs > 16)	-,378	,085	19,665	1	,000	,685	,580	,810	
Situación educativa (ESO/Bach vs Ciclos)	,862	,334	6,656	1	,010	2,368	1,230	4,558	
Satisfacción consigo mismo (Baja vs Alta)	,519	,307	2,854	1	,041	1,681	1,098	3,071	
Estrategias de Afront (SI vs NO)	Humor	,477	,147	10,572	1	,001	1,612	1,209	2,149
	Drogas	1,428	,272	27,622	1	,000	4,169	2,448	7,099
	Refrenar	,355	,138	6,643	1	,010	1,426	1,089	1,868
	Solucionar problema	-,314	,143	4,805	1	,028	,731	,552	,967
Consumo de otras drogas (SI vs NO)	Tabaco	1,166	,254	21,113	1	,000	3,208	1,951	5,273
	Cannabis	2,210	,626	12,472	1	,000	9,117	2,674	31,085
	Drogas ilegales	,623	,232	7,200	1	,007	1,864	1,183	2,937
VARIABLES INTERPERSONALES									
Satisfacción familiar (- a +)	Casa	,989	,375	6,975	1	,008	2,689	1,291	5,603
	Madre	,995	,383	6,745	1	,009	2,704	1,276	5,728
Frecuencia salida (- a +)	-,511	,093	29,961	1	,000	,600	,500	,720	
Hora de llegada (Antes 12h Vs Después 12h)	-,306	,093	10,806	1	,001	,737	,614	,884	
Bares (+ a -)	,431	,196	4,824	1	,028	1,539	1,048	2,261	
Discotecas (+ a -)	,687	,182	14,164	1	,000	1,987	1,390	2,842	
Ir al parque (+ a -)	,184	,065	7,938	1	,005	1,201	1,057	1,365	
Ir de paseo (+ a -)	-,111	,066	2,788	1	,045	,895	,786	,978	
Dinero (+ a -)	,018	,010	3,236	1	,042	1,118	1,028	1,239	
Amigos consumidores alcohol (SI vs NO)	2,003	,423	22,411	1	,000	7,413	3,234	16,99	
Bebería si mis amigos lo pidieran (NO vs SI)	-,253	,110	5,293	1	,021	,776	,626	,963	
VARIABLES SOCIALES									
Riesgo percibido consumo Fin de semana (Bajo vs Alto)	,388	,113	11,751	1	,001	1,474	1,181	1,840	
Constante	2,598	1,689	2,367	1	,124	13,443			

4.4.1.3. PREDICCIÓN CONSUMO DE CANNABIS

En un intento de obtener un modelo predictivo del consumo de cannabis por los adolescentes de 14 a 18 años en Guadalajara, se seleccionaron aquellas variables, que tras un análisis de correlación dieron significativas para el consumo de alcohol. Posteriormente, se utilizó la técnica de análisis de regresión logística binaria, utilizando un procedimiento de análisis hacia atrás (condicional), y obteniéndose ecuaciones

INVESTIGACIÓN EMPÍRICA: Resultados

independientes para cada una de las variables. Como variable dependiente se consideró el consumo de cannabis durante los últimos 30 días “Consumir cannabis” y “no consumir cannabis”.

Para la predicción del consumo de cannabis se obtuvo un modelo con las siguientes variables:

- **Variables personales:** género, situación educativa, las estrategias de afrontamiento humor, consumo de alcohol y drogas, centrarse en las emociones, actividades distractivas y la religión; y consumo de tabaco, alcohol y cocaína.
- **Variables Interpersonales:** grado de satisfacción familiar, tener hora de llegada a casa los fines de semana, salir a bares y discotecas y tener amigos que consumen cannabis.
- **Variables sociales:** Riesgo percibido de consumo esporádico de cannabis y durante los fines de semana.

Los predictores obtenidos con el modelo se pueden observar en la tabla de clasificación, en la que se observa que únicamente se obtiene un porcentaje de 83,8 de clasificaciones correctas.

Tabla 191. Tabla de clasificación consumo de cannabis

Observado	Pronosticado			Porcentaje correcto
	Consumo porros mes			
	SI	NO		
Consumo porros mes	SI	212	119	64,0
	NO	90	871	90,6
Porcentaje global				83,8

Como se puede observar en la siguiente tabla, el estadístico de Cox Snell proporciona un valor de ,434 que revela un valor predictivo bajo.

Tabla 192. R² de Cox Snell para el consumo de cannabis

-2 log de la verosimilitud	R cuadrado de Cox y Snell	R cuadrado de Nagelkerke
944,640(a)	,434	,492

INVESTIGACIÓN EMPÍRICA: Resultados

En la siguiente tabla se presentan los coeficientes de las variables predictoras del consumo de cannabis y sus niveles de significación.

Tabla 193. Variables predictivas del consumo de cannabis

		B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)	I.C. 95,0% para EXP(B)	
VARIABLES PERSONALES									
Género									
(Mujer vs hombre)		-,514	,176	8,496	1	,004	,673	,484	,783
Situación educativa		,436	,253	2,973	1	,045	1,547	1,042	2,540
Estrategias de Afront. (SI vs NO)	Religión	-,401	,159	6,369	1	,012	,670	,491	,914
	Humor	,345	,134	6,569	1	,010	1,411	1,084	1,837
	Drogas	1,190	,158	56,839	1	,000	3,289	2,413	4,482
	Emociones	-,234	,104	5,082	1	,024	,792	,646	,970
	Refrenar	,259	,128	4,121	1	,042	1,295	1,009	1,663
	Aceptación	-,345	,149	5,331	1	,021	,708	,529	,949
	Distracción	-,278	,133	4,346	1	,037	,757	,583	,984
Consumo de drogas (SI vs NO)	Tabaco	1,716	,176	95,560	1	,000	5,563	3,943	7,848
	Alcohol	2,197	,604	13,251	1	,000	9,002	2,757	29,389
	Cocaína	1,539	,465	10,959	1	,001	4,662	1,874	11,597
VARIABLES INTERPERSONALES									
Satisfacción familiar (Baja vs Alta)		,293	,074	15,661	1	,000	1,340	1,159	1,549
Hora de llegada (Antes 12h Vs Después 12h)		-,310	,183	2,865	1	,091	,733	,512	1,050
Bares y discotecas (+ a -)		,405	,213	3,629	1	,047	1,500	1,098	2,276
Amigos consumen cannabis (SI vs NO)		1,581	,261	36,565	1	,000	4,860	2,911	8,114
VARIABLES SOCIALES									
Riesgo percibido (Baja Vs Alta)	Esporádico	,299	,109	7,490	1	,006	1,349	1,089	1,672
	Fin de semana	,400	,124	10,417	1	,001	1,491	1,170	1,901
Constante		-12,973	1,330	95,156	1	,000	,000		

De las 32 variables incluidas en el análisis de regresión logística, 18 han evidenciado una asociación estadísticamente significativa con el consumo de cannabis en los últimos treinta días. Entre las variables exploradas, 5 actúan como factores protectores (valores <1) y 13 como factores de riesgo (valores >1). Entre los **factores protectores** con un efecto importante se hallan los siguientes:

- Ser mujer
- Cursar estudios de 3º y 4º de ESO y 1º y 2º de Bachillerato
- Utilizar como estrategias de afrontamiento la religión, centrarse en las emociones y desahogarse y llevar a cabo actividades distractivas.

- Llegar antes de las 12 horas cuando se sale por la noche

Como se puede observar en la tabla 193 factores de riesgo para el consumo de alcohol son:

- Ser hombre
- Cursar ciclos formativos y cursos de garantía social.
- Utilizar como estrategias de afrontamiento el humor, el consumo de alcohol y drogas y refrenar el afrontamiento.
- Tener una satisfacción baja a nivel familiar
- Llegar a casa después de las 12 horas.
- Ir a bares y discotecas.
- Tener amigos que consuman cannabis
- Tener una percepción de riesgo baja en el consumo esporádico y durante los fines de semana de cannabis.

4.4.2. ANALISIS MULTIVARIANTE DE LOS GRUPOS DE POLICONSUMIDORES

En este apartado, se incluyen los resultados correspondientes al análisis multivariante de regresión logística binaria de los grupos de policonsumidores 1 (consumidores de tabaco, alcohol y cannabis) y policonsumidores 3 (consumidores de cannabis, cocaína y LSD). Para el grupo 2 de policonsumidores (consumidores de anfetaminas y drogas de diseño) no se realiza el análisis multivariante de regresión logística debido a la baja prevalencia de policonsumidores de estas drogas, teniendo en cuenta que cada variable introducida en el modelo de regresión, requiere la presencia de 10 sujetos de estudio.

A partir de las correlaciones encontradas, se seleccionaron aquellas que eran significativas para el consumo habitual de cada grupo de policonsumidores. Para obtener un modelo predictivo de cada policonsumo analizado, se utilizó la técnica de regresión logística binaria, utilizando un procedimiento de análisis hacia atrás, y obteniéndose ecuaciones independientes para cada una de las variables.

4.4.2.1. PREDICCIÓN DE POLICONSUMIDORES GRUPO 1: TABACO, ALCOHOL Y CANNABIS

A continuación, se presentan los resultados finales de los modelos ajustados para el grupo de policonsumidores de tabaco, alcohol y cannabis en los últimos 30 días.

Para la predicción del consumo de cannabis se obtuvo un modelo con las siguientes variables:

- **Variables personales:** género, edad, las estrategias de afrontamiento humor, consumo de alcohol y drogas, centrarse en las emociones y desahogarse, actividades distractivas, aceptación, reinterpretación positiva y escape cognitivo; y consumo de cocaína y borracheras en el último mes.
- **Variables Interpersonales:** grado de satisfacción con la madre y el ocio, tener hora de llegada a casa los fines de semana, salir a pasear, a casa de un amigo o a bares; tener amigos que consumen tabaco y cannabis; y acceder a la presión grupal para consumir.
- **Variables sociales:** Información percibida sobre los efectos y consecuencias sobre el tabaco, alcohol y cannabis; y el riesgo percibido de consumo esporádico de cannabis y durante los fines de semana.

Los predictores obtenidos con el modelo se pueden observar en la tabla de clasificación, en la que se observa que únicamente se obtiene un porcentaje de 79,7 de clasificaciones correctas.

Tabla 194. Tabla de clasificación Policonsumo de tabaco, alcohol y cannabis

Observado		Pronosticado		
		Tabaco, alcohol y cannabis		Porcentaje correcto
		SI	NO	
Tabaco, alcohol y cannabis	SI	398	149	72,8
	NO	127	687	84,4
Porcentaje global				79,7

Como se puede observar en la siguiente tabla, el estadístico de Cox Snell proporciona un valor de ,442 que revela un valor predictivo bajo.

INVESTIGACIÓN EMPÍRICA: Resultados

Tabla 195. R² de Cox Snell para el Policonsumo de tabaco, alcohol y cannabis

-2 log de la verosimilitud	R ² de Cox y Snell	R cuadrado Nagelkerke
1186,373	,442	,512

En la siguiente tabla se presentan los coeficientes de las variables predictoras del consumo de cannabis y sus niveles de significación.

Tabla 196. Variables predictivas del Policonsumo de tabaco, alcohol y cannabis

		B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)	I.C. 95,0% para EXP(B)	
								Inferior	Superior
VARIABLES PERSONALES									
Género (Mujer vs hombre)		-,281	,151	3,482	1	,042	,755	,562	,974
Edad (<16 vs > 16)		-,302	,173	3,047	1	,031	,739	,527	,845
Estrategias de Afrnot (SI vs NO)	Humor	,313	,124	6,423	1	,011	1,368	1,074	1,743
	Drogas	1,026	,156	43,058	1	,000	2,790	2,054	3,791
	Emoción	,246	,129	3,610	1	,037	1,279	1,092	1,648
	Aceptación	-,494	,141	12,310	1	,000	,610	,463	,804
	Positivo	-,276	,144	3,661	1	,046	,759	,572	,997
	Distracción	-,213	,125	2,910	1	,041	,808	,632	,992
	Evadirse	,259	,138	3,543	1	,045	1,296	1,039	1,697
Consumo de drogas (SI vs NO)	Cocaína	1,445	,619	5,455	1	,020	4,243	1,262	14,272
	Borrachera	1,289	,153	71,357	1	,000	3,628	2,691	4,893
VARIABLES INTERPERSONALES									
Satisfacción (Baja vs Alta)	Madre	,421	,232	3,296	1	,039	1,523	1,067	2,399
	Ocio	,628	,326	3,717	1	,044	1,873	1,019	3,546
Frecuencias salidas (- a +)		-,162	,090	3,216	1	,043	,851	,713	,915
Hora llegada (Antes 12h Vs Después 12h)		-,444	,157	7,979	1	,005	,641	,471	,873
Bares (+ a -)		-,134	,052	6,628	1	,010	,874	,789	,968
Pasear(+ a -)		,122	,047	6,712	1	,010	1,130	1,030	1,240
Casa amigo (+ a -)		-,110	,056	3,902	1	,048	,895	,802	,999
Consumo tabaco amigos (SI vs NO)		1,789	,493	13,182	1	,000	5,985	2,278	15,723
Consumo cannabis (SI vs NO)		,660	,179	13,545	1	,000	1,934	1,361	2,749
Si me ofrecen consumir, lo haría (SI vs NO)		2,509	,342	53,930	1	,000	12,295	6,294	24,020
VARIABLES SOCIALES									
Información tabaco, alcohol y cannabis		,355	,113	9,843	1	,002	1,426	1,142	1,780
Riesgo percibido (Baja Vs Alta)	Esporádico	,191	,096	3,943	1	,047	1,210	1,002	1,461
	Fin de semana	,226	,111	4,171	1	,041	1,254	1,009	1,558
Constante		-13,178	1,810	53,038	1	,000	,000		

INVESTIGACIÓN EMPÍRICA: Resultados

De las 37 variables incluidas en el análisis de regresión logística, 25 han evidenciado una asociación estadísticamente significativa con el policonsumo de tabaco, alcohol y cannabis en los últimos treinta. Entre las variables exploradas, 9 actúan como factores protectores, ya que presentan valores de $\text{Exp}(B) < 1$, y 16 como factores de riesgo, con valores de $\text{Exp}(B) > 1$. Entre los **factores protectores** con un efecto importante se hallan los siguientes:

- Ser mujer
- Tener menos de 16 años
- Utilizar como estrategias de afrontamiento, la aceptación, actividades distractivas y la reinterpretación positiva.
- Salir ocasionalmente y tener hora de llegada a casa
- Lugares de salida: ir a casa de algún amigo
- No dejarse influenciar por los amigos para el consumo del alcohol

Como se puede observar en la tabla 196, factores de riesgo para el policonsumo de tabaco, alcohol y cannabis son:

- Ser varón, mayor de 16 años.
- Tener una baja satisfacción con la madre y con el ocio y tiempo libre.
- Utilizar como estrategias de afrontamiento el humor, el consumo de alcohol y drogas, centrarse en las emociones y desahogarse, y refrenar el afrontamiento, evadirse y el escape cognitivo
- Salir con frecuencia con los amigos y no tener hora de llegada impuesta por los padres
- Ir a bares y a pasear con los amigos.
- Tener amigos que consuman tabaco y cannabis
- Acceder a la presión del grupo cuando ofrecen consumir tabaco.
- Información percibida alta en relación a los efectos y consecuencias del consumo de tabaco, alcohol y cannabis.
- Tener una percepción de riesgo baja en el consumo esporádico de cannabis y en el consumo de cannabis durante los fines de semana.

4.4.2.2. PREDICCIÓN DE POLICONSUMIDORES GRUPO 3:
CANNABIS, COCAÍNA Y LSD

A continuación, se presentan los resultados finales de los modelos ajustados para el grupo de policonsumidores de cannabis, cocaína y LSD en los últimos 30 días.

Para la predicción del consumo de cannabis se obtuvo un modelo con las siguientes variables:

- **Variables personales:** género, edad, las estrategias de afrontamiento humor, consumo de alcohol y drogas, centrarse en las emociones y desahogarse, actividades distractivas, aceptación, reinterpretación positiva y escape cognitivo; y consumo de cocaína y borracheras en el último mes.
- **Variables Interpersonales:** grado de satisfacción con las madres y el ocio, tener hora de llegada a casa los fines de semana, salir a pasear, a casa de un amigo o a bares; tener amigos que consumen tabaco y cannabis; y acceder a la presión grupal para consumir.
- **Variables sociales:** Información percibida sobre los efectos y consecuencias sobre el tabaco, alcohol y cannabis; y el riesgo percibido de consumo esporádico de cannabis y durante los fines de semana.

Los predictores obtenidos con el modelo se pueden observar en la tabla de clasificación, en la que se observa que únicamente se obtiene un porcentaje de 88,4% de clasificaciones correctas.

Tabla 197. Tabla de clasificación Policonsumo de Cannabis, cocaína y LSD.

Observado	Pronosticado			Porcentaje correcto
	Cannabis, cocaína y LSD		Porcentaje correcto	
	SI	NO		
Cannabis, cocaína y LSD	SI	52	123	29,7
	NO	28	1103	97,5
Porcentaje global				88,4

Como se puede observar en la siguiente tabla, el estadístico de Cox Snell proporciona un valor de ,287 que revela un valor predictivo muy bajo.

INVESTIGACIÓN EMPÍRICA: Resultados

Tabla 198. R² de Cox Snell para el Policonsumo de cannabis, cocaína y LSD

-2 log de la verosimilitud	R cuadrado de Cox y Snell	R cuadrado de Nagelkerke
754,481(a)	,287	,348

En la siguiente tabla se presentan los coeficientes de las variables predictoras del consumo de cannabis y sus niveles de significación.

Tabla 199. Variables predictivas del Policonsumo de cannabis, cocaína y LSD

		B	E.T.	Wald	gl	Sig.	Exp(B)	I.C. 95,0% para EXP(B)	
								Sup	Inf
VARIABLES PERSONALES									
Género (Mujer vs hombre)		-,900	,208	18,711	1	,000	,360	,236	,698
Edad (<16 vs > 16)		-,948	,214	19,678	1	,000	,388	,255	,589
Situación educativa		-1,211	,196	38,071	1	,000	,298	,203	,438
Satisfacción contigo mismo (Baja vs Alta)		,137	,071	3,679	1	,045	1,147	1,017	1,319
Estrategias de Afront. (SI vs NO)	Drogas	1,227	,187	43,020	1	,000	3,409	2,363	4,919
	Solucionar	-,517	,175	8,762	1	,003	,596	,423	,840
	Positivo	-,374	,202	6,427	1	,044	,803	,778	,998
	Distracción	-,460	,173	7,034	1	,008	,631	,450	,887
VARIABLES INTERPERSONALES									
Satisfacción familiar (Baja vs Alta)		,326	,077	17,687	1	,000	1,385	1,190	1,612
Frecuencia salidas (- a +)		-,447	,127	12,467	1	,000	,640	,499	,820
Hora llegada (Antes 12h Vs Después 12h)		-,308	,081	14,453	1	,000	,735	,627	,861
Salir a bares (+ a -)		1,313	,448	8,584	1	,003	3,716	1,544	8,942
Consumo en grupo amigos (SI vs NO)		1,098	,207	28,254	1	,000	2,998	2,000	4,495
VARIABLES SOCIALES									
Riesgo percibido	Esporádico	-,447	,198	5,087	1	,024	,640	,434	,943
	Fin de semana	-,863	,343	6,332	1	,012	,422	,215	,826
Constante		-1,394	1,083	1,658	1	,198	,248		

De las 26 variables incluidas en el análisis de regresión logística, 15 han evidenciado una asociación estadísticamente significativa con el policonsumo de cannabis, cocaína y LSD en los últimos treinta. Entre las variables exploradas, 8 actúan como factores protectores, ya que presentan valores de $Exp(B) < 1$, y 6 como factores de riesgo, con valores de $Exp(B) > 1$. Entre los **factores protectores** con un efecto importante se hallan los siguientes:

- Ser mujer
- Tener menos de 16 años.
- Cursar 3º y 4º de la ESO y 1º y 2º de Bachillerato
- Utilizar como estrategias de afrontamiento: concentrarse en solucionar el problema, actividades distractivas y la reinterpretación positiva.
- Salir ocasionalmente y llegar a casa antes de las 12 horas de la mañana.

Como se puede observar en la tabla 225, factores de riesgo para el policonsumo de cannabis, cocaína y LSD son:

- Ser varón mayor de 16 años.
- Tener una baja satisfacción consigo mismo y a nivel familiar.
- Utilizar como estrategias de afrontamiento el consumo de alcohol y drogas para enfrentarse a situaciones difíciles.
- Salir con frecuencia con los amigos y llegar después de las 12 am.
- Ir a bares.
- Tener amigos que consuman cannabis, cocaína y LSD
- Tener una percepción de riesgo baja en el consumo esporádico y durante los fines de semana de cannabis, cocaína y LSD.

4.4.3. RESUMEN DE LOS RESULTADOS DEL ANÁLISIS MULTIVARIANTE DE LAS SUTANCIAS Y GRUPOS DE POLICONSUMIDORES MÁS PREVALENTES

En esta sección se presentan un resumen de los resultados de los modelos multivariantes en los que, por medio de la regresión logística, se predice la probabilidad de ser o no consumidor de un tipo de sustancias como función de diversos factores de riesgo-protección, considerados simultáneamente. Se ha obtenido un modelo predictivo para el consumo de cada una de las sustancias de alta prevalencia: tabaco, alcohol y cannabis, así como de policonsumidores: tabaco, alcohol y cannabis; y cannabis, cocaína y LSD.

- **Predicción del consumo de tabaco.** Entre los factores protectores del consumo de tabaco encontrados en el análisis multivariante de regresión logística, se hallan los siguientes:
 - Ser mujer.
 - Utilizar como Estrategias de afrontamiento para enfrentarse a situaciones difíciles la aceptación, distracción y evadirse.
 - Frecuencia de salidas: aquellos adolescentes que no salen o salen ocasionalmente tienen menor probabilidad de consumir tabaco, que aquellos que salen semanalmente.
 - Hora de llegada: llegar antes de las 12 horas es un factor de protección frente al consumo de tabaco.
 - Lugares de salida: Aquellos adolescentes que salen con el grupo de iguales a parques y van a pasear tienen un menor riesgo.
 - Ante el supuesto “si un amigo me ofreciera un cigarro, yo aceptaría”, los adolescentes que no se dejaron influir por los amigos, tendrían menor riesgo de consumir tabaco.

Como factores de riesgo para el consumo de tabaco se encuentran:

- Ser hombre.

INVESTIGACIÓN EMPÍRICA: Resultados

- Utilizar como estrategias de afrontamiento el consumo de alcohol y drogas, el humor y centrarse en las emociones.
 - Consumir alcohol, cannabis y haberse emborrachado en el último mes.
 - Lugares de salida: salir con los amigos a bares.
 - Llegar después de las 12 horas y salir frecuentemente por las noches
 - Tener amigos que consuman tabaco.
 - Poseer bastante o mucha información sobre los efectos y consecuencias del consumo de tabaco.
- **Predicción del consumo de alcohol.** Entre los factores protectores para el consumo de alcohol se hallan los siguientes:
- Ser menor de 16 años
 - Cursar estudios de 3º y 4º de ESO y 1º y 2º de Bachillerato
 - Elevada satisfacción consigo mismo
 - Utilizar como estrategia de afrontamiento el centrar los esfuerzos en solucionar el problema
 - Salir ocasionalmente y llegar antes de las 12 horas a casa
 - Lugares de salida: ir a pasear con los amigos
 - No dejarse influenciar por los amigos para el consumo del alcohol

Los factores de riesgo para el consumo de alcohol son:

- Ser mayor de 16 años.
- Cursar ciclos formativos y cursos de garantía social.
- Tener una baja satisfacción contigo mismo, en casa y con la madre.
- Utilizar como estrategias de afrontamiento el humor, el consumo de alcohol y drogas y refrenar el afrontamiento.
- Salir con frecuencia con los amigos y llegar a casa después de las 12 horas.
- Ir a bares, discotecas y a parques con los amigos los fines de semana.
- Tener amigos que consuman alcohol.
- Acceder a la presión del grupo cuando ofrecen consumir alcohol.
- Tener una percepción de riesgo baja en el consumo de alcohol durante los fines de semana.

- **Predicción del consumo de cannabis.** Los factores protectores encontrados para el consumo de cannabis son los siguientes:
 - Ser mujer
 - Cursar estudios de 3º y 4º de ESO y 1º y 2º de Bachillerato
 - Utilizar como estrategias de afrontamiento la religión, centrarse en las emociones y desahogarse y llevar a cabo actividades distractivas.
 - Llegar antes de las 12 horas cuando se sale por la noche

Los factores de riesgo para el consumo de alcohol son:

- Ser hombre
 - Cursar ciclos formativos y cursos de garantía social.
 - Utilizar como estrategias de afrontamiento el humor, el consumo de alcohol y drogas y refrenar el afrontamiento.
 - Tener una satisfacción baja a nivel familiar
 - Llegar a casa después de las 12 horas.
 - Ir a bares y discotecas.
 - Tener amigos que consuman cannabis
 - Tener una percepción de riesgo baja en el consumo esporádico y durante los fines de semana de cannabis.
- **Predicción del policonsumo de tabaco, alcohol y cannabis.** Los factores protectores con un efecto importante para el policonsumo de tabaco, alcohol y cannabis son los siguientes:
 - Ser mujer
 - Tener menos de 16 años
 - Utilizar como estrategias de afrontamiento, la aceptación, actividades distractivas y la reinterpretación positiva.
 - Salir ocasionalmente y tener hora de llegada a casa
 - Lugares de salida: ir a casa de algún amigo
 - No dejarse influenciar por los amigos para el consumo del alcohol

Los factores de riesgo para el policonsumo de tabaco, alcohol y cannabis son:

- Ser varón, mayor de 16 años.

- Tener una baja satisfacción con la madre y con el ocio y tiempo libre.
- Utilizar como estrategias de afrontamiento el humor, el consumo de alcohol y drogas, centrarse en las emociones y desahogarse, y refrenar el afrontamiento, evadirse y el escape cognitivo
- Salir con frecuencia con los amigos y no tener hora de llegada impuesta por los padres
- Ir a bares y a pasear con los amigos.
- Tener amigos que consuman tabaco y cannabis
- Acceder a la presión del grupo cuando ofrecen consumir tabaco.
- Información percibida alta en relación a los efectos y consecuencias del consumo de tabaco, alcohol y cannabis.
- Tener una percepción de riesgo baja en el consumo esporádico de cannabis y en el consumo de cannabis durante los fines de semana.

- **Predicción del policonsumo de cannabis, cocaína y LSD**

Entre los factores protectores con un efecto importante para el policonsumo de cannabis, cocaína y LSD se hallan los siguientes:

- Ser mujer
- Tener menos de 16 años.
- Cursar 3º y 4º de la ESO y 1º y 2º de Bachillerato
- Utilizar como estrategias de afrontamiento: concentrarse en solucionar el problema, actividades distractivas y la reinterpretación positiva.
- Salir ocasionalmente y llegar a casa antes de las 12 horas de la mañana.

Los factores de riesgo para el policonsumo de cannabis, cocaína y LSD son:

- Ser varón mayor de 16 años.
- Tener una baja satisfacción consigo mismo y a nivel familiar.
- Utilizar como estrategias de afrontamiento el consumo de alcohol y drogas para enfrentarse a situaciones difíciles.
- Salir con frecuencia con los amigos y llegar después de las 12 am.
- Ir a bares.
- Tener amigos que consuman cannabis, cocaína y LSD
- Tener una percepción de riesgo baja en el consumo esporádico y durante los fines de semana de cannabis, cocaína y LSD.

**DISCUSIÓN
Y
CONCLUSIONES**

5. DISCUSION Y CONCLUSIONES

Con esta investigación se ha pretendido conocer la situación del consumo de drogas en la población adolescente en Guadalajara, analizando los factores psicosociales que pueden influir en dicho consumo, y que pueden actuar como factores de riesgo y/o protección. Para ello, se han analizado, por un lado la prevalencia de consumo de las sustancias, que según la bibliografía son las más prevalentes en la población, y por otro lado, una serie de variables personales, interpersonales y sociales, que han sido identificadas y definidas por diferentes autores e investigaciones en el campo de las drogodependencias como factores de riesgo y protección para el consumo de sustancias por los adolescentes.

Para poder lograr el objetivo planteado, el estudio se ha estructurado en tres partes bien diferenciadas. La primera parte de esta investigación, describe y analiza el consumo de drogas (tabaco, alcohol, cannabis, cocaína, heroína, anfetaminas, LSD, drogas de diseño, pegamento y psicofármacos) entre la población escolar, distinguiendo entre las siguientes categorías de consumo: “alguna vez en la vida”, en “los últimos 6 meses”, “en los últimos 30 días” y en la “última semana”, analizando dichos consumos en función del género, edad y situación educativa de los adolescentes, con el objetivo de conocer la prevalencia de consumo de las distintas sustancias por los adolescentes de 14 a 18 años de la población de Guadalajara. Además se ha realizado un análisis del policonsumo entre los adolescentes que afirmaron consumir más de un tipo de sustancia.

La segunda parte de la presente investigación, tiene como objetivo “analizar los factores personales, interpersonales y sociales, que pueden favorecer y/o proteger del consumo de sustancias en los adolescentes del presente estudio”. Para ello se ha realizado un análisis de las siguientes variables: a) satisfacción personal de los adolescentes consigo mismos, con su futuro, y con los distintos entornos donde desarrollan su vida: familia, escuela y grupo de amigos; b) estrategias de afrontamiento que los adolescentes utilizan para enfrentarse a situaciones difíciles; c) como los adolescentes emplean el ocio y tiempo libre, donde acuden los fines de semana, hora de regreso a casa y dinero disponible; d) consumo de las diferentes drogas analizadas en el grupo de amigos; e) disponibilidad percibida de las distintas sustancias; f) riesgo percibido en el consumo esporádico, habitual y durante los fines de semana; y g) información sobre los efectos y consecuencias de las diferentes drogas. Este análisis

ha permitido conocer cuáles actuaban como factores de riesgo y cuáles como factores de protección.

Para finalizar esta investigación, se ha realizado un análisis multivariante con el objetivo de conocer aquellos factores que actúan como predictores, por un lado para el consumo de las drogas más prevalentes (tabaco, alcohol y cannabis); y por otro lado, en el policonsumo de tabaco, alcohol y cannabis; y en el de cannabis, cocaína y LSD.

A partir del estudio realizado sobre los factores personales, interpersonales y sociales que incrementan o reducen la probabilidad de consumir drogas en los adolescentes de 14-18 años en Guadalajara, se pueden extraer las siguientes conclusiones.

5.1. SOBRE LA PREVALENCIA DE CONSUMO DE SUSTANCIAS EN LOS ADOLESCENTES

Los principales resultados obtenidos en relación al consumo de las diferentes sustancias por los adolescentes, están en consonancia y son similares a los aportados por otros estudios similares realizados a nivel nacional (PNSD, 2008, 2006, 2004; Fernández-Hermida y Secades, 2008; Peñafiel, 2009; Gómez-Fraguela y otros, 2006; Laespada y otros, 2004) y a nivel internacional (Beynon, 2009; Hurst, 2009; Bellis, y otros, 2009; Bellis y otros, 2007 EMCDDA, 2007)

5.1.1. CONSUMO DE SUSTANCIAS

Al igual que los resultados obtenidos en diferentes estudios sobre prevalencia de consumo de drogas en la población adolescente (Fernández-Hermida y Secades, 2008; García y otros, 2003; Laespada y otros, 2004; Peñafiel, 2009; PNSD, 2008, 2006, 2004; Rodríguez y otros, 2004) las drogas más consumidas por los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años en la población de Guadalajara han sido el alcohol, el tabaco, el cannabis y los tranquilizantes o pastillas para dormir. El consumo del resto de sustancias (cocaína, éxtasis, alucinógenos, anfetaminas, inhalables volátiles y heroína) es mucho más minoritario, situándose entre el 0,6% y el 8,2% la proporción de estudiantes que las han probado alguna vez y entre el 0,2% y el 3,0% la proporción de consumidores actuales.

Si se comparan los datos de este estudio con los encontrados en la última Encuesta Escolar realizada por el PNSD en 2008, se puede observar que la prevalencia de consumo habitual (en los últimos 30 días) de tabaco, bebidas alcohólicas y cannabis es ligeramente superior en esta investigación, mientras que en el resto de sustancias, la proporción de consumidores es superior en la encuesta PNSD, (2008).

De las drogas ilegales, el cannabis es la droga ilegal más consumida por los adolescentes, presentando prevalencias de consumo que se acercan a las prevalencias obtenidas por las drogas legales (Fernández-Hermida y Secades, 2008; Peñafiel, 2009; PNSD, 1996-2008; Laespada, 2004; Rodríguez y otros, 2004; Varela y otros, 2006). Sin embargo, la heroína es la droga menos consumida por los adolescentes. Tan solo un 0,1% de los adolescentes afirman haber consumido esta droga en los últimos 30 días (un 0,5% en la encuesta ESTUDES-PNSD, 2008)

En cuanto a la relación entre el consumo de sustancias y el género de los adolescentes los resultados de esta investigación coinciden con otras investigaciones similares. Así, tal y como plantea Fernández-Hermida y Secades (2008), Laespada (2004), Peñafiel (2009), el PNSD (2008), Rodríguez y otros, (2004) y la extensión y la frecuencia de consumo habitual de alcohol, borracheras, cannabis, cocaína, drogas de diseño, LSD, anfetaminas, heroína e inhalantes es mayor en los chicos que en las chicas. Sin embargo, el consumo de psicofármacos es mayor en las chicas que en los chicos. En cuanto al consumo de tabaco, mientras que los estudios muestran una prevalencia superior en las chicas, en esta investigación, la proporción de chicos consumidores de tabaco alguna vez en la vida, en los últimos 6 meses, en los últimos 30 días es mayor que en las chicas. Sin embargo las chicas consumen más que los chicos durante los fines de semana. Fernández-Hermida y Secada (2008) y el PNSD (2008), afirman que aunque existen diferencias de género en el consumo de drogas, están se están son cada año menores.

Los estudiantes de Enseñanzas Secundarias de 14 a 18 años en Guadalajara comienzan a consumir drogas a una edad temprana durante el inicio de la adolescencia. Al igual que en la encuesta ESTUDES (PNSD, 2008) y otros estudios (Fernández-Hermida y Secades, 2008; García, 2003; Laespada, 2004; Martínez y otros, 2003; Muñoz-Rivas y otros, 2007; Peñafiel, 2009; PNSD, 1996-2008; Varela y otros, 2006), las sustancias que comienzan a consumir más tempranamente son el tabaco, el alcohol, y los inhalables volátiles (en este caso por una minoría), cuyas

edades medias de inicio se situaron entre los 12,55 y los 13,78 años. Le siguen el resto de sustancias situándose en una edad media entre los 15 y 16 años.

El consumo de drogas tiene una relación directa con la edad de los adolescentes, de tal forma que consumo aumenta con la edad de los mismos, siendo el grupo de jóvenes de 17 años los que presentan una proporción de consumidores superior con respecto a los grupos de menor edad, situándolos en una situación de mayor vulnerabilidad (Peñafiel, 2009; PNSD, 1996-2008;).

Las edades de comienzo en el consumo del alcohol, tabaco y cannabis, en esta ocasión, son muy similares a las encontradas por el PSND en el 2008, mientras que las edades de comienzo de consumo de cocaína, heroína, drogas de síntesis, LSD, y psicofármacos, son ligeramente inferiores en el PNSD (2008). Si analizamos la evolución en la edad media de inicio en el consumo de las diferentes drogas desde 1994 hasta 2008 (PNSD, 2008), se puede observar que no han existido grandes cambios. Dado que una de las metas principales de los planes de prevención es elevar esa edad de inicio en el consumo, cabe pensar que no se está consiguiendo ese objetivo.

Las altas prevalencias de consumo habitual y durante los fines de semana de, tabaco, alcohol, cannabis y consumo excesivo de alcohol (borracheras) unido al consumo de otras sustancias ilegales, y a que los principales motivos que llevan a los adolescentes a consumir drogas es la búsqueda de diversión, pasarlo bien, probar, por los amigos y porque les gusta, hace que sea un consumo caracterizado y ligado al contexto de la noche, a la diversión y al grupo de iguales. Estos datos coinciden con los resultados aportados por numerosos estudios realizados en la población adolescente (Calafat, 2000; Calafat y otros, 2007). Fernández-Hermida y Secades, 2008; Laespada, 2004; Navarro, 2003; Peñafiel, 2009; PNSD, 1996-2008; Seoane, 2004; Varela y otros, 2006).

Al igual que en los estudios sobre consumo de drogas, realizados por Laespada y otros, (2004), Peñafiel (2009) y el PNSD (2008) se ha encontrado una gran continuidad para el consumo de tabaco, alcohol, cannabis, cocaína, drogas de diseño y LSD, de tal manera que los que comienzan con un consumo esporádico, tienen altas probabilidades de pasar a un consumo habitual de las mismas. De ahí, que las estrategias y programas de prevención de drogodependencias, tengan como objetivo disminuir la edad media de inicio en el consumo de sustancias

Los resultados analizados apoyan la hipótesis general relacionada con la prevalencia de consumo de sustancias, ya que se han encontrado diferencias en los consumos de sustancias en relación a las variables de género, de modo que el consumo de las mujeres es mayor en el consumo de psicofármacos y consumo de tabaco durante los fines de semana, mientras que los hombres presentan un consumo mayor en el resto de las sustancias; la edad, ya que a medida que aumenta la edad, aumenta el consumo de drogas; y de la situación educativa, donde los adolescentes que estudian ESO y Bachillerato presentan prevalencia de consumo de drogas menor que los que estudian ciclos formativos y cursos de garantía social (Seoane, 2004).

A continuación se presentan algunos resultados específicos de cada droga analizada:

- **Tabaco**

Al igual que en otros estudios (Fernández-Hermida y Secades, 2008; Laespada, 2004; Peñafiel, 2009; PNSD 2008) el consumo de tabaco está muy extendido entre los estudiantes de 14-18 años, siendo la segunda sustancia, después del alcohol, más consumida entre ellos. Un 67% de los adolescentes afirman haber consumido tabaco alguna vez en su vida; un 48% lo ha hecho en los últimos 6 meses; un 40,2% en los últimos 30 días y durante la última semana, un 29,9% ha fumado alguna vez entre semana y un 38,3% durante el fin de semana. Si comparamos los resultados con los del PNSD (2008) se aprecia que los adolescentes de Guadalajara presentan prevalencias ligeramente superiores.

En cuanto a la relación entre consumo de tabaco y género, existe una prevalencia de consumo mayor en los chicos que en las chicas en todas las variables a excepción del consumo de tabaco durante el fin de semana donde el consumo de tabaco es mayor en las chicas que en los chicos, aunque estas diferencias no son estadísticamente significativas. Sin embargo existe diferencias con la encuesta a la población de Secundaria, realizada por el PNSD, (2008), ya que la prevalencia de consumo es mayor en la chicas en todas las categorías de consumo.

Existe una relación significativa entre el consumo de tabaco y la edad, en todas las variables de frecuencia (alguna vez, los últimos 6 meses, los últimos 30 días y en la última semana). El consumo de tabaco aumenta con la edad (coincidiendo con los resultados aportados por PNSD, 2008; Peñafiel, 2009; Fernández-Hermida y Secades,

2008; Laespada, 2004), y es mayor en los adolescentes que cursan los ciclos formativos sobre los que cursan ESO y Bachillerato.

La edad media de inicio de consumo de tabaco, es la más temprana de todas las drogas consideradas (13,2 años) siendo similar a la edad media de la encuesta estatal sobre el uso de drogas en enseñanzas secundarias del 2008, que se sitúa en 13,3 años (PNSD, 2008). Según PNSD, (2008) la edad media de inicio en el consumo de tabaco está más o menos estabilizadas desde hace 10 años. La edad media de inicio en el consumo es ligeramente menor en los hombres que en las mujeres, siendo 13,1 años y 13,4 años respectivamente.

- **Bebidas alcohólicas**

El alcohol es la sustancia cuyo consumo está más extendido entre los estudiantes de 14 y 18 años. El 80,6% lo han probado alguna vez, el 76,0% lo han consumido en los últimos 6 meses, 67,9% manifiestan haberlo consumido en los últimos 30 días y el 61,8% afirman haber bebido alcohol en la última semana. El consumo de alcohol se concentra en el fin de semana. De los estudiantes que han consumido bebidas alcohólicas en la última semana, un 61,8% afirman haber consumido durante el fin de semana, mientras que un 19% lo hace entre semana. Estos resultados obtenidos son apoyados por otras investigaciones (Fernández-Hermida y Secades, 2008; Gómez-Fraguela y otros, 2006; Laespada y otros, 2004; Navarro, 2003; Peñafiel, 2009; PNSD, 2008; Rodríguez y otros, 2004). De todas las bebidas analizadas, el consumo de combinados es el más extendido entre los adolescentes, en todas las variables de frecuencia (alguna vez en la vida, en los últimos 6 meses, en los últimos 30 días y en la última semana). Al igual que muestra la encuesta del PNSD (2008), globalmente la bebida consumida por mayor número de estudiantes son los combinados / cubatas, si bien en días laborables la bebida predominante es la cerveza

El consumo de alcohol se concentra en el fin de semana. De los estudiantes que han consumido bebidas alcohólicas en los últimos 30 días, un 61,8% afirman haber consumido durante el fin de semana, mientras que un 19% lo hace entre semana.

En cuanto a la relación entre el consumo de bebidas alcohólicas y el género de los adolescentes, los resultados coinciden con los aportados por otros estudios (Fernández-Hermida y Secades, 2008; Laespada, 2004; Peñafiel, 2009; PNSD, 2008),

de tal manera que el consumo de bebidas alcohólicas es mayor en los chicos que en las chicas, siendo esta diferencia estadísticamente significativa para el consumo de vino y de cerveza.

Coincidiendo con el PNSD, (2008), a medida que avanza la edad el porcentaje de estudiantes que bebe aumenta, alcanzando la proporción de mayor consumo a los 17 años en todas las variables de frecuencia analizadas.

En cuanto a la relación entre la situación educativa y el consumo de bebidas alcohólicas, existe una relación estadísticamente significativa, de tal forma que los adolescentes que cursan secundaria y bachillerato, consumen menos veces vino, cerveza y combinados, en relación con los que cursan los ciclos formativos de formación profesional.

La edad media de inicio de consumo de bebidas alcohólicas, por los adolescentes encuestados es la misma que la aportada por el PNSD (2008) situándose en los 13,78 años, siendo la edad de inicio más temprana la del consumo de vino y cerveza, con una 13,58 y 13,59 años respectivamente. Los adolescentes comienzan a beber combinados a la edad media de 13,89 años. Los chicos comienzan a beber cerveza y vino a los 13,4 años mientras que las chicas comienzan a los 13,7 años. Sin embargo las chicas comienzan a beber combinados antes que los chicos, con una edad media de 13,8 y 13,9 respectivamente.

- Consumo excesivo de alcohol –Borracheras-

En cuanto al consumo excesivo de alcohol medido a través de las borracheras, un 73,2% de los adolescentes encuestados afirman haberse emborrachado alguna vez en la vida; un 61,4% lo ha hecho en los últimos 6 meses; un 47,4% en los últimos 30 días y un 40,9% se ha emborrachado en la última semana

Al igual que ocurre con el consumo de bebidas alcohólicas, las borracheras es una práctica ligada fundamentalmente a los fines de semana, de tal forma que un 5,0% de los adolescentes se han emborrachado entre semana, mientras que un 40,9% lo ha hecho durante el fin de semana.

El consumo de bebidas alcohólicas es mayor en los chicos que en las chicas, aumenta con la edad y es más frecuente entre los adolescentes que estudian los ciclos formativos

En relación a las borracheras de los adolescentes, la edad media de la primera borrachera es a los 14,08 años, situándose en los 13,9 años para los chicos y 14,1 años para las chicas.

- **Cannabis**

El cannabis es la droga ilegal más consumida por los adolescentes, presentando prevalencias de consumo que se acercan a las prevalencias obtenidas por las drogas legales (Fernández-Hermida y Secades, 2008; Laespada, 2004; Peñafiel, 2009; PNSD, 1996-2008; Rodríguez y otros, 2004; Varela y otros, 2006). En esta investigación, un 45,9% de los estudiantes manifiestan haber probado alguna vez en la vida los porros; un 34,3% dicen haberlos consumido en los últimos seis meses; un 25,8% lo ha hecho en los últimos 30 días y un 23,3% ha fumado porros durante la última semana.

Coincidiendo con los datos aportados por el PNSD (2008), la extensión y la frecuencia de consumo de cannabis son mayores en los chicos que en las chicas y aumenta de los 14 a los 17 años, situándose en esta edad la prevalencia máxima de consumo

El cannabis es también la droga ilegal que se empieza a consumir a una edad más temprana. La edad media de inicio en el consumo de los estudiantes de este estudio se sitúa en los 14,5 años, siendo similar en ambos sexos (14,4 años para chicos y 14,65 para chicas).

- **Cocaína**

Coincidiendo con Fernández-Hermida y Secades, (2008), Laespada, (2004), Peñafiel, (2009), y el PNSD, (1996-2008), la cocaína es después del cannabis, es la droga ilegal, cuyo consumo está más extendido entre los adolescentes de 14 a 18 años. Un 8,2% de los adolescentes afirman haber consumido cocaína alguna vez en su vida; un

5,6% ha consumido en los últimos 6 meses; un 3,0% en los últimos 30 días; y un 2,1% en la última semana.

La extensión y la frecuencia de consumo de la cocaína en esta investigación, coinciden con los resultados aportados por otros estudios (Fernández-Hermida y Secades, 2008; García, 2003; Laespada, 2004; Peñafiel, 2009; PNSD, 1996-2008; Rodríguez y otros, 2004; Varela y otros, 2006) siendo mayor en los chicos que en las chicas y aumentando con la edad. La edad media de inicio en el consumo de cocaína se sitúa en los 15,7 años, siendo la edad media de inicio en los hombres un poco anterior (15,9 años) que en las mujeres (15,0 años).

- Heroína

Coincidiendo con Fernández-Hermida y Secades, (2008), Laespada, (2004), Peñafiel, (2009), y el PNSD, (1996-2008), la heroína es la droga menos consumida por los adolescentes. Tan solo un 0,1% de los adolescentes afirman haber consumido esta droga en los últimos 30 días (un 0,5% en la encuesta del PNSD, 2008).

Es importante señalar que las encuestas escolares no son un buen método para estudiar el consumo de esta droga, y generalmente se considera que lo subestiman.

- Drogas de diseño

Al igual que muestran otras investigaciones, (Fernández-Hermida y Secades, 2008; Laespada, 2004; Peñafiel, 2009; PNSD, 1996-2008), la frecuencia de consumo de drogas de diseño disminuye con respecto a las otras drogas ilegales analizadas, la cocaína y el cannabis. De los estudiantes encuestados un 3,1% afirman haber consumido drogas de diseño alguna vez en la vida, un 1,6% lo ha hecho en los últimos seis meses; un 0,9 refiere haber consumido drogas de diseño en los últimos 30 días y un 0,2 lo ha hecho en la última semana.

Coincidiendo con numerosos estudios, (Fernández-Hermida y Secades, 2008; García, 2003; Laespada, 2004; Peñafiel, 2009; PNSD, 1996-2008; Rodríguez y otros, 2004; Varela y otros, 2006), la extensión y la frecuencia de consumo de las drogas de diseño, es mayor en los chicos que en las chicas y aumenta con la edad.

La edad media de inicio en el consumo se situó en los 16,2 años, con diferencias en función del género. Las chicas comienzan a consumir antes las drogas de diseño que los chicos, siendo la edad de inicio de consumo en las chicas 15,1 años, frente a los 16,5 años en los chicos.

- LSD o tripis

Al igual que ocurre con las drogas de diseño, la frecuencia de consumo de LSD disminuye con respecto a la cocaína y el cannabis. De los estudiantes encuestados un 4,5% afirman haber consumido LSD alguna vez en la vida; un 2,7% lo ha hecho en los últimos seis meses; un 1,3% ha consumido LSD en los últimos 30 días y un 0,8% lo ha hecho en la última semana.

Como ocurre con el resto de sustancias ilegales, la extensión y la frecuencia de consumo de las drogas de diseño, es mayor en los chicos que en las chicas y aumenta con la edad (Fernández-Hermida y Secades, 2008; García. 2003; Laespada, 2004; Peñafiel, 2009; PNSD, 1996-2008; Rodríguez y otros, 2004; Varela y otros, 2006). La edad de inicio de consumo de LSD es de 16,05 años, siendo ligeramente inferior en hombres 15,9 años que en mujeres 16,2 años, pero no siendo una diferencia estadísticamente significativa.

- Anfetaminas

Un 0,8% de los encuestados afirman haber consumido anfetaminas alguna vez en su vida, un 0,7% refieren haber consumido en los últimos 6 meses, un 0,6% en el último mes con una frecuencia de una o dos veces al mes; y un 0,2% dicen haber consumido un día en el fin de semana.

El consumo está más extendido en los hombres que en las mujeres e incrementa con la edad. La mayor extensión del consumo se produjo entre los 17 a los 18 años, al igual que ocurre en los datos aportados por el PNSD (2008).

La edad de inicio de consumo se situó en los 16,3 años, sin muchas diferencias entre los chicos (16,3 años) y las chicas (16,5 años). En comparación con la encuesta del PNSD (2008), existen diferencias entre las edades de inicio, siendo menores (15,6 años) que en el presente estudio.

- Inhalantes volátiles

Al igual que los datos aportados por el PNSD (2008), el consumo de pegamento es reducido. Un 0,6% afirman haber consumido alguna vez pegamento, un 0,2% lo han hecho en los últimos seis meses, un 0,2% han consumido en los últimos treinta días y un 0,2% en la última semana.

- Psicofármacos

Un 5,1% de los adolescentes afirman haber consumido alguna vez en la vida algún tipo de psicofármacos; un 3,7% dicen haberlo hecho en los últimos 6 meses; un 3,0% ha tomado algún psicofármaco en los últimos 30 días y un 1,7% ha consumido en la última semana.

En cuanto a la relación entre el consumo de psicofármacos y el género, y coincidiendo con Fernández-Hermida y Secades, (2008), Laespada, (2004), Peñafiel, (2009), y el PNSD, (2008), se puede decir, que a diferencia del resto de drogas analizadas, la prevalencia de consumo es mayor en las chicas que en los chicos, siendo esta relación estadísticamente significativa.

La edad de inicio de consumo de psicofármacos es de 14,9 años, siendo ligeramente superior al PNSD (2008), la cual se sitúa en 14,3. Las chicas comienzan a consumir antes que los chicos (14,74 años las chicas, frente al 15,38 años los chicos).

5.1.2. POLICONSUMO

Para clarificar el patrón de policonsumo más habitual a través del cual los más jóvenes hacen uso de las sustancias adictivas, se ha realizado un análisis factorial obteniéndose tres agrupaciones bien diferenciadas. Los resultados coinciden con las observaciones ya señaladas por otros autores (Fernández-Hermida y Secades, 2008; Laespada, 2004; Peñafiel, 2009; PNSD, 1996-2008; Rodríguez y otros, 2004; Navarro, 2003; Seoane, 2004; Varela y otros, 2006) los cuales plantean que nos encontramos ante una situación en la que el monoconsumo es prácticamente inexistente y lo que prevalece es una pauta general mucho más cercana al uso de varias sustancias de forma conjunta que, por la naturaleza de las mismas, bien podría ser reflejo de la

involucración de los adolescentes en diferentes etapas de consumo. Así pues, en primer lugar, en el primero de los grupos extraídos (Drogas legales) aparecen asociados el alcohol, el tabaco y el cannabis, lo que pone de manifiesto nuevamente el hecho constatado de la existencia de una fuerte relación entre el consumo de drogas convencionales y el uso habitual de cannabis. (Elzo y otros, 1992; Fernández-Hermida y Secades, 2008; Gili y otros, 1989; Laespada y otros, 2004; Navarro, 2003; Peñafiel, 2009; PNSD, 1996-2008; Seoane, 2004; Rodríguez y otros, 2004; Varela y otros, 2006). Este último aspecto también ha sido corroborado de forma sistemática por diferentes estudios desde comienzos de la década de los 90 (Comas, 1990; Elzo y otros, 1992; Itza, 1992; Luengo y otros, 1992) y, con anterioridad, fue ya incluido por otros autores en modelos teóricos explicativos del consumo de drogas (Kandel, 1975; Kandel y Logan, 1984), en los que el uso de drogas legales era interpretado como una importante condición previa del consumo de cannabis.

En segundo lugar, también se constata la importante relación existente entre el consumo de las distintas drogas ilegales, aunque a diferencia de otros estudios, se diferencian dos tipos de policonsumidores de drogas ilegales. Por un lado, está el grupo que consumen anfetaminas y drogas de diseño, y por otro, el grupo de adolescentes que consumen cannabis, cocaína y LSD.

Kandel y otros, (1992) describieron un modelo de escalada en el consumo de las drogas que está actualmente en discusión. Este modelo se basa en una progresión en el consumo, empezando por las drogas legales, como el tabaco y el alcohol, las cuales facilitarían el consumo de marihuana, que se comportaría como la puerta de entrada al consumo de otras drogas ilegales y de fármacos psicoactivos. En la revisión sistemática realizada por Guxens y otros (2006), apuntan que el consumo de alcohol y de tabaco, aparecen como factores asociados a consumir cannabis, lo cual podría confirmar el modelo de escalada, al menos en lo que se refiere al mayor riesgo de consumo de cannabis entre los consumidores de drogas legales. La asociación puede deberse a la forma de consumo en el caso del tabaco, y a la búsqueda de los efectos inmediatos en el caso del alcohol, además de otros mecanismos comunes, como el carácter simbólico de trasgresión y los efectos socializadores del consumo.

En cuanto a la relación entre los tres grupos de policonsumidores, el género y edad de los adolescentes, los resultados son los esperados en función de las drogas consumidas. La relación entre policonsumo y el género, los resultados muestran que los chicos presentan porcentajes de consumo superiores a las chicas. Un 42,2% de los

policonsumidores de tabaco, alcohol y cannabis son hombres, mientras que el 37,0% son mujeres; un 19,6% de los consumidores de cannabis, cocaína y LSD son hombres, frente al 7,5% que son mujeres. En relación al consumo de anfetaminas y drogas de diseño un 1,8% son hombres y un 0,5% mujeres.

La frecuencia de policonsumo en los tres grupos, aumenta con la edad, de tal manera que los adolescentes de menor edad presentan una prevalencia de policonsumo menor que los más mayores, siendo la prevalencia de policonsumo máxima en el grupo de adolescentes de 18 años. Por otro lado, la edad media para el policonsumo de tabaco, alcohol y cannabis es ligeramente inferior al resto situándose en los 16,5 años. A continuación los adolescentes que consumen cannabis, cocaína y LSD presentan una edad media del 16,67 y los del que consumen anfetaminas y drogas de diseño, la edad media se sitúa en los 16,7 años.

No obstante, los resultados obtenidos sobre el modo en que se relacionan el uso de las diferentes sustancias psicoactivas consideradas, pone de manifiesto el hecho de que, al igual que ocurre en población adulta (Itza, 1992), en los adolescentes es posible hablar también de un consumo múltiple de sustancias que incrementa la gravedad del fenómeno, especialmente de cara a la prevención, puesto que se trata de una situación en la que el efecto negativo de las mismas se combina incrementando su toxicidad, dificultando las intervenciones en este campo y, cómo no, empeorando las consecuencias a largo plazo tanto sociales como personales y de salud (García, 2003).

5.2. SOBRE LOS FACTORES PERSONALES, INTERPERSONALES Y SOCIALES QUE PUEDEN INFLUIR EN EL CONSUMO DE SUSTANCIAS

5.2.1. FACTORES PERSONALES

En este grupo de variables, se han encontrado diferencias significativas en la influencia que ejerce las variables individuales relacionadas con el género, la edad y la situación educativa, así como el grado de satisfacción de los adolescentes y las estrategias de afrontamiento que utilizan para enfrentarse a situaciones difíciles.

- **Género, edad y situación educativa**

En referencia a las variables socio-demográficas incluidas en el análisis de esta investigación (género, edad y la situación educativa), tienen importancia a la hora de explicar el consumo. En el caso del género, aunque la proporción de consumidores es mayor que la de consumidoras, tan sólo en el caso de consumo de cannabis, cocaína y policonsumo va actuar como factor significativo, de tal manera que los chicos presentan un riesgo superior que las chicas. Fernández-Hermida y Secades (2008) y PNSD (2008), afirman que este aspecto comienza a ser menos relevante debido a que en estudios longitudinales se aprecia un importante acercamiento en las prevalencias consumos.

Por otro lado, la edad y la situación educativa, van a actuar como factores de riesgo para la mayoría de los consumos: tabaco, alcohol, cannabis, cocaína y en el policonsumo de sustancias, de tal manera que existe un mayor consumo de sustancias a medida que aumenta la edad de los adolescentes (Fernández-Hermida y Secades, 2008; García y otros, 2003; Gómez-Fraguela y otros, 2008; Laespada, 2004; Navarro, 2003; Peñafiel, 2009; PNSD, 2004,2006,2008; Seoane, 2004). Los adolescentes que cursan ciclos de formación profesional y cursos de garantía social presentan un consumo mayor que los que cursan, ESO y Bachillerato, resultados que son confirmados por otros estudios (Gómez-Fraguela, 2008; Seoane, 2004).

- **Satisfacción de los adolescentes**

Los adolescentes participantes en esta investigación presentan un grado de satisfacción en todos los contextos y relaciones por encima de la media teórica, lo que significa que los jóvenes, valoran su vida en general como bastante satisfactoria, lo que desmitifica la relación conflictiva y turbulenta con el entorno más próximo (Seoane, 2004).

Los aspectos que obtienen puntuaciones más altas son: satisfacción con el grupo de amigos (6,5); ocio y tiempo libre (6,2); con la pareja (6,1); con su madre (6,1); y en casa (6,0). Estos resultados, se confirman con otros estudios que valoran la satisfacción del adolescente (Díaz-Aguado y otros 2001; Rodríguez y otros, 2004; Seoane, 2004), los cuales revelan la importancia que en la adolescencia tienen el

grupo de amigos, el ocio y tiempo libre dedicados al grupo de iguales y a la búsqueda de diversión e independencia del mundo adulto y a la madre (Seoane, 2004),

Las variables que obtienen una media de satisfacción más baja son los relacionados con el entorno educativo: satisfacción con los profesores/as (4,8), con lo que aprenden (5,0) y en instituto (5,2). Estos resultados son similares a los encontrados por otros investigadores (Díaz-Aguado y otros; 2000; Rodríguez y otros 2004; Seoane, 2004). Se puede decir, por tanto que en los últimos 10 años, la satisfacción de los adolescentes no ha variado mucho, por lo que se tendría que seguir investigando en esta línea para analizar, si esta valoración subjetiva baja que el adolescente tiene del entorno educativo viene determinada por la propia situación evolutiva (adolescencia), o por una necesidad de cambio del sistema educativo, donde se incorporen innovaciones que permitan mejorar esta relación entre los adolescentes y el entorno escolar.

En cuanto a las diferencias de género y la satisfacción personal, las chicas presentan una mayor satisfacción que los chicos en relación al ámbito escolar en todas las variables: en el instituto, en clase, con los profesores y con lo que aprenden. Sin embargo los chicos muestran una mayor satisfacción que las chicas en relación al ocio y tiempo libre y consigo mismos.

La relación entre satisfacción personal de los adolescentes y su relación con el consumo de sustancias, los resultados muestran, que en general, los adolescentes que presentan una satisfacción personal baja tienen un mayor riesgo en el consumo de tabaco, alcohol, cannabis, cocaína y policonsumo, mientras que aquellos adolescentes que presentan una satisfacción elevada, tienen un menor riesgo para dicho consumo. Los entornos que presentan una relación significativa con el consumo de drogas van a ser: familia, escuela y personal, mientras que los que no muestran ninguna relación van a ser: satisfacción con los amigos y el ocio y tiempo libre.

Los resultados de la presente investigación, muestran que: a) una satisfacción baja personal, medidas a través de las variables “satisfacción consigo mismos” y “con su futuro”, suponen, por una lado, ser factores de riesgo para el consumo de tabaco, alcohol y cannabis; y por otro, para el policonsumo de tabaco, alcohol y cannabis; y policonsumo de cannabis, cocaína y LSD. b) una satisfacción baja a nivel familiar, medidas a través de las variables, “padre”, “madre” y “casa”, van a ser factores de riesgo para el consumo tabaco, alcohol y cannabis; y para el policonsumo de tabaco,

alcohol y cannabis; y policonsumo de cannabis, cocaína y LSD; c) una satisfacción baja a nivel escolar, medidas a través de las variables, “profesores”, “con lo que aprendes”, “instituto”, “clase” y “compañeros”, de las cuales, tan sólo han resultado significativas las variables satisfacción “con los profesores” y con lo “que aprenden” y por lo tanto son las que actúan como factores de riesgo para el consumo de tabaco, alcohol y cocaína, y policonsumo de tabaco, alcohol y cannabis; y policonsumo de cannabis, cocaína y LSD.

- Estrategias de afrontamiento

Los resultados obtenidos respecto a la utilización de las diversas estrategias de afrontamiento son muy semejantes a los aportados por los autores del cuestionario, con universitarios americanos, (Carver y otros, 1989) y en una muestra española (Crespo y Cruzado, 1997). En general, los participantes del estudio utilizan más las estrategias teóricamente adaptativas (planificación y afrontamiento activo, búsqueda de apoyo social, concentrar los esfuerzos en resolver la situación, reinterpretación positiva y crecimiento personal). Entre, las estrategias de afrontamiento consideradas a prior desadaptativas a largo plazo, cabe destacar la frecuente utilización de la estrategia “centrarse en las emociones y desahogarse”. Entre las menos utilizadas se encuentran las teóricamente más desadaptativas, como negación, abandono de esfuerzos de solución, y especialmente, el uso de alcohol y drogas. Ésta última es la estrategia menos utilizada tanto en la presente investigación como en la realizada por Carver (1989) y Crespo y Cruzado, (1997). En cuanto a las escalas de segundo orden, los más utilizados fueron los modos de afrontamiento conductual del problema y de las emociones, siendo menos frecuentes las diversas formas de escape, especialmente el consumo de alcohol y drogas, lo cual era esperable (según Crespo y Cruzado, 1997), si se tiene en cuenta que ésta última escala hace referencia a un comportamiento muy concreto y restringido, mientras que las demás describen modos generales de afrontamiento que pueden concretarse en comportamientos muy diversos.

De acuerdo con los resultados obtenidos en la presente investigación, los datos indican que existen diferencias significativas entre hombres y mujeres en relación a la utilización de estrategias de afrontamiento. Los chicos utilizan con más frecuencia dos tipos de afrontamiento diferentes: por un lado, utilizan un afrontamiento cognitivo, mediante el uso de estrategias como la planificación y concentrar los esfuerzos en solucionar la situación; y por otro lado, un afrontamiento de evitación mediante el uso

del consumo de alcohol y drogas y el humor. Las chicas utilizan con mayor frecuencia, y de manera significativa estrategias dirigidas en buscar apoyo en otros, en centrarse en las emociones, el crecimiento personal. Estos resultados son similares a los encontrados por Carver, (1989) y Crespo y Cruzado, (1997)

Las mujeres tienden a compartir sus problemas, a buscar más apoyo en la resolución de los mismos, a preocuparse y a centrarse en los sentimientos y emociones más que los chicos. Buscar soporte en personas e instituciones cuando se experimentan situaciones de tensión se ha considerado por diferentes autores (Carver y otros, 1989; Crespo y Cruzado, 1997; Frydemberg, 1997; Gómez-Fraguela, 2006; Lazarus 2000), un forma positiva y adaptativa de afrontar problemas, puesto que esto implica el manejo directo del problema a través de la orientación que otros puedan proveer, y el control de las emociones negativas generadas por él (Cohen y Wills, 1985). En general, se puede considerar que el apoyo social está relacionado con la salud y el bienestar del individuo, porque disminuye la tendencia a huir o evitar el problema. Estos resultados son consistentes con lo que plantean Cohen y otros (1986) y Lazarus, Folkman y otros (1986).

Los autores (Gómez-Fraguela, 2006; Fantín y otros, 2005; González y otros, 2002; Seoane, 2004; Frydemberg y Lewis, 1997) afirman que los hombres se caracterizan por usar más frecuentemente que las mujeres, las estrategias de afrontamiento ignorar el problema y distracción física, que estarían consideradas como afrontamiento negativo de distracción; lo que no concuerda totalmente con los resultados obtenidos en esta investigación. La escala COPE, utilizada en esta investigación no evalúa de manera específica la actividad física e ignorar el problema, pero si considera el escape conductual y cognitivo donde se incluirían las estrategias “Actividades distractoras de la situación” y “Evadirse”, que no son utilizadas por los chicos de manera significativa. La estrategia de consumo de alcohol y drogas si puede ser considerada dentro del afrontamiento improductivo y es utilizada de manera significativa por los chicos.

Los resultados de las estrategias de afrontamiento en relación a la edad de los adolescentes, se confirman en un estudio realizado por Martín (1997), y revelan que los adolescentes de mayor edad tienen a utilizar estrategias adaptativas como la planificación y afrontamiento activo y modos de afrontamiento conductual y cognitivo. Por otro lado la estrategia desadaptativa que presenta una relación significativa con la edad es la de abandono de los esfuerzos de afrontamiento, y es utilizada fundamentalmente por los adolescentes de menor edad. El consumo de alcohol y

drogas aumenta en función de la edad, siendo el grupo de adolescentes de 14 años los que menos la utilizan, lo que tiene sentido ya que es éste grupo de adolescentes, los que presentan prevalencias de consumo más bajas debido que es a esa edad cuando se empiezan a tener los primeros contactos con las sustancias.

La estrategia de afrontamiento del humor, muestra una relación significativa en relación a la edad del adolescente, de tal manera que su uso aumenta a medida que aumenta la edad del adolescente. Por otro lado, la estrategia reinterpretación positiva, aunque no existe una relación significativa, el análisis de medias muestra que es ligeramente superior en los adolescentes mayores de 16 años. Estos resultados no son congruentes con la propuesta de Frydenberg (1997) según la cual, al inicio de la adolescencia, los importantes cambios que se producen en el ámbito académico y social son percibidos como retos y oportunidades en general, se afrontan con optimismo y esperanza. Pero a medida que se avanza en la adolescencia, muchas expectativas iniciales se ven frustradas y el optimismo inicial, se va sustituyendo por una visión más pesimista (Gómez-Fraguela, 2006; Frydenberg, 1997).

En cuanto a la relación entre la situación educativa y las estrategias de afrontamiento, cabe destacar que los estudiantes que cursan ciclos formativos y garantía social utilizan más la estrategia del consumo de alcohol y drogas en relación a los estudiantes secundaria (ESO y Bachillerato), los cuales utilizan estrategias de afrontamiento diversas: religión, búsqueda de apoyo social, humor, centrarse en las emociones y desahogarse, refrenar afrontamiento y crecimiento personal.

Arellanez-Hernández (2004), sostienen que el uso de drogas se puede entender como una conducta inadaptable de afrontamiento dirigida a aliviar el estrés, aunque el consumo con este fin contribuya, por el contrario, a exacerbarlo (González, 1992, Piko, 2001). Asimismo, se ha encontrado que adolescentes no consumidores de drogas tienen un repertorio más amplio de respuestas de afrontamiento en comparación con los consumidores.

Por lo que respecta a las estrategias de afrontamiento utilizadas para hacer frente al estrés y a conflictos interpersonales recientes, los resultados de este estudio apuntan a que los estilos y estrategias de afrontamiento pueden tener un papel importante como factores de riesgo o protección del consumo de drogas en la adolescencia. Algunas estrategias como, la religión, concentrar esfuerzos en solucionar la situación, la reinterpretación positiva y el crecimiento personal, parecen tener ciertos efectos

protectores, en el consumo de sustancias, de tal manera, que las estrategias de afrontamiento, reinterpretación positiva y concentrarse en solucionar el problema actúan como factores de protección en el consumo de alcohol; la religión lo es del cannabis y el crecimiento personal del consumo de cocaína. Por el contrario, estrategias de afrontamiento relacionadas con la evitación del problema como son: el abandono de afrontamiento, el humor, el consumo de alcohol y drogas, centrarse en las emociones, la negación y evadirse, actúan como factores de riesgo para el consumo de drogas. Estos resultados coinciden con los encontrados en otros trabajos sobre la relación entre afrontamiento y conductas de riesgo (Compás, 2001; Díaz-Aguado y otros, 2003; Gómez-Fraguela, 2006; Llorens y otros, 2004; Seoane, 2004; Wills y otros, 1996; Wills y otros 2000; Wills y otros 2003; Wills y otros 2005) que destacan el papel de un afrontamiento inadecuado no adaptativo como una condición que aumenta la probabilidad de comportamientos que comprometan el desarrollo del adolescente y que aumente la probabilidad de consumo de sustancias en esta etapa.

Wills (2001) afirma que existen estudios que confirman que estrategias de afrontamiento centradas en la solución del problema, actúan como factores de protección, ya que según la teoría (Arellanez-Hernández y otros, 2004; González, 1992; Lazarus, 2000;), se vinculan con una mayor capacidad de ajuste, y tienen, de acuerdo con lo esperado, a disminuir su frecuencia conforme aumenta el uso de drogas. Por otro lado, las estrategias que se consideran de evitación van a actuar como factores de riesgo para el consumo de sustancias por los adolescentes. En cuanto a los resultados en relación a las estrategias centradas en las emociones o distractivas, son contradictorios.

Esto adquiere relevancia si se considera que el impacto del estrés sobre el uso de drogas se puede moderar por la disponibilidad de estrategias de afrontamiento efectivas, mientras que también se ha señalado que el consumo puede contribuir al empobrecimiento de los recursos de ajuste (Arellanez-Hernández y otros, 2004).

5.2.2. FACTORES INTERPERSONALES

- Ocio y tiempo libre

Una de las características del consumo de sustancias por los adolescentes es uso recreativo de las mismas, durante el ocio y tiempo libre. (Calafat et al, 2000). Varias

circunstancias confluyen para propiciar este hecho, por un lado, al llegar a la adolescencia disminuyen el control conductual de los padres y las madres sobre sus hijos e hijas adolescentes (Parra y Oliva, 2006), y por otro lado, a estas edades se produce un cambio importante en la ecología del tiempo libre. Así los adolescentes pasan más tiempo con el grupo de iguales y menos con la familia o solos y, además, los lugares a los que acceden se diversifican y amplían y, con ellos, las posibilidades de iniciarse en el consumo de sustancias (Sánchez Queija et al, 2007).

Los resultados, al igual que numerosos estudios realizados sobre la relación entre ocio y consumo de drogas en los adolescentes, muestran que la vida recreativa nocturna es un factor de riesgo para el consumo de alcohol y otras drogas por parte de los jóvenes, (Calafat, 2006), y también para otras conductas de riesgo. (Calafat y otros, 2008). En investigaciones recientes se muestra la relación entre las salidas nocturnas y el consumo de sustancias y la relación de las horas de llegada a casa con el consumo de sustancias.

Los resultados de esta investigación ponen de manifiesto la importancia que los adolescentes dan a salir los fines de semana, ya que un 95,3% de los adolescentes afirma haber salido alguna vez en los últimos 12 meses. De éstos, 45,5% de los encuestados declararon salir por las noches todos los fines de semana; un 22,6% manifiestan salir al menos una noche a la semana, un 25,20% salen de 1 a 3 noches al mes, y un 2,02%, casi todos los días, en los 12 meses previos a la encuesta. Un 4,7% de los jóvenes dicen no haber salido nunca por la noche.

Como era de esperar, existe relación entre salida nocturna, género y edad de los adolescentes. Los resultados muestran que los chicos salen con mayor frecuencia que las chicas en las categorías de todos los días y todos los fines de semana, mientras que las chicas presentan una mayor frecuencia en las categorías de ocasionalmente y una noche a la semana. Por otro lado, las salidas nocturnas aumentan con la edad, de tal manera que, en el indicador de nunca y ocasionalmente, la mayor frecuencia se encuentra en los 15 años. Sin embargo la frecuencia mayor en al menos una noche a la semana se encuentra en los 16, en todos los fines de semana se encuentra en los 17 años y casi todos los días en los 18 años.

También existe una relación significativa entre la hora de regreso y el género y edad de los adolescentes. Las chicas adolescentes llegan antes a casa que los chicos después de salir los fines de semana, de tal manera que presentan un porcentaje

mayor en los indicadores de “antes de las 12 de la noche” y “entre las 12 y las 2”, mientras que los chicos presentan un porcentaje mayor en los indicadores de “entre las 2-4 de la madrugada”, “después de las 4 de la madrugada” y “hasta el día siguiente”. Por regla general, a excepción del grupo de estudiantes de 18 años, cada grupo de edad que afirma haber vuelto a casa entre las dos y las cuatro de la madrugada y después de las 4 de la madrugada, lo ha hecho en mayor medida que el grupo de edad anterior, con una prevalencia máxima en los jóvenes de 17 años.

Los resultados muestran por un lado, una relación significativa entre el consumo de tabaco, alcohol y cannabis, y policonsumo de éstas tres drogas, y la frecuencia de salida y hora de llegada; y por otro, una relación significativa entre el consumo de cocaína y policonsumo de cannabis, cocaína y LSD; y de anfetaminas y drogas de diseño, con la variable hora de regreso a casa. La dirección de estas relaciones señala que a medida que aumenta la frecuencia de salidas nocturnas y su durabilidad, aumenta el consumo de sustancias. Así los adolescentes que no consumen, o lo hacen esporádicamente, suelen salir menos y llegan a casa antes de las 12 horas o de las 2 de la mañana, mientras que los que consumen habitualmente, salen con mayor frecuencia y llegan después de las 2 de la mañana. Estas mismas relaciones han sido constatadas en la investigación llevada a cabo por Laespada y otros en el País Vasco (2004) en relación al consumo de alcohol y por Fernández-Hermida y Secades en Asturias (2008)

Los lugares elegidos por los adolescentes para salir por las noches varían en función de si es entre semana o durante el fin de semana. Mientras que el análisis de medias muestra que los lugares de elección por orden decreciente, de los adolescentes para salir por la noche son: salir a pasear con amigos; ir a plazas y parques; ir a casa de amigos; ir a bares con una media de 3,33; ir a discotecas; y por último ir al cine. Los lugares a los que acuden los fines de semana son: los bares y pubs, discotecas, estar en la calle, ir a casa de algún amigo, ir al cine e ir a una plaza o un parque. Estos datos coinciden con los aportados por numerosas investigaciones que hablan de la dualización del ocio en la adolescencia. (Calafat y otros, 2007; Calafat y otros, 2000; Elzo, 1999, 2006; Fernández-Hermida y Secades, 2008; Laespada, 2004; Laespada, 2000; Laespada y Salazar, 1999; Moral, 2004; Peñafiel, 2009; Rodríguez y otros, 2002; Rodríguez y otros, 2004; Sánchez y otros, 2007).

La frecuencia de salidas a bares y discotecas aumenta con la edad de los adolescentes hasta los 17 años. Los adolescentes de 14 años son el grupo que presentan un porcentaje mayor de salidas al cine y a pasear con los amigos. Por otro

lado, los adolescentes que cursan ciclos formativos acuden con mayor frecuencia a los bares y discotecas, mientras que los que estudian ESO y Bachillerato salen más a pasear.

Al igual que en otros estudios (Calafat y otros, 2007a; Calafat y otros, 2007b; Fernández-Hermida y Secades, 2008; Laespada y otros, 2004; Peñafiel, 2009; Rodríguez y otros, 2004), los adolescentes que acuden a bares y discotecas presentan un mayor consumo de tabaco, alcohol, cannabis, cocaína y para el policonsumo de tabaco, alcohol y cannabis; anfetaminas y drogas de diseño; y cannabis, cocaína y LSD, actuando por lo tanto, como un factor de riesgo importante y predictor para dichos consumos. Mientras que ir al cine y salir a pasear con los amigos muestran una relación significativa con el consumo de tabaco, alcohol cannabis y policonsumo de tabaco, alcohol y cannabis; y de cannabis, cocaína y LSD, actuando como factor protector para dichos consumos

Los adolescentes de esta investigación disponen de una media de 15,5 euros semanales para sus gastos personales, y son los chicos, los que disponen de mayor cantidad de dinero a la semana (16,32 euros), frente a las chicas que disponen de 14,58 euros. La disponibilidad de dinero aumenta con la edad desde los 14 años (9,03 euros) hasta los 18 (24,55 euros). Al igual que se ha demostrado en otros estudios (Calafat, 2007; Fernández-Hermida y Secades, 2008; Laespada y otros, 2004; Peñafiel, 2009; Rodríguez y otros, 2004), los resultados de la presente investigación muestran que existe una relación (aunque no significativa en todas las sustancias) entre la disponibilidad económica y el consumo de sustancias, de tal manera que a mayor disponibilidad económica mayor prevalencia de consumo de drogas.

Según Calafat, (2000) el ocio está definido y considerado como un espacio donde el individuo se libera de las obligaciones impuestas por las responsabilidades laborales o escolares y la rutina. Diversos estudios (Sánchez et al 2007; Elzo, 1999, 2006; Laespada, 2004; Moral, 2004 Laespada, 2000; Calafat y otros, 2000; Laespada y Salazar, 1999), señalan que para los adolescentes el tiempo libre y el tiempo de ocio es un espacio donde pueden practicar libremente actividades diferentes a las realizadas el resto de la semana, las cuales se caracterizan por ser actividades obligatorias, estructuradas por horarios y normas. Así, mientras que durante el día se ejercen la mayoría de actividades relacionadas con la reproducción social, como el trabajo, la vida familiar, el estudio, los viajes, etc. la noche es el periodo de tiempo dedicado al descanso, al ocio y a la diversión. En la actualidad, el consumo de alcohol

y drogas por parte de los jóvenes se realiza, prioritariamente, durante el tiempo libre, en el espacio compartido con amigos y compañeros (Laespada y otros, 2004).

Calafat (2007), llega a la conclusión que diversos indicadores de la vida recreativa nocturna de fin de semana (grado de implicación en salir, consumo de drogas como motivación específica para salir, preferencia por contextos recreativos determinados, disponibilidad económica...) tienen capacidad para discriminar entre consumidores y no consumidores (o consumidores moderados) de drogas, y afirma que su capacidad predictiva es similar al grupo de variables relacionadas con el grupo de amigos.

- **Grupo de amigos**

Los resultados de esta investigación coinciden con numerosos estudios (Escario y otros, 2007; Fernández-Hermida y Secades, 2008; García y otros, 2003; Laespada y otros, 2004; Peñafiel, 2009; Pons y cols., 1996), los cuales plantean que, entre las variables relacionadas con el grupo de iguales, la que aparece preferentemente como indicador relevante de un mayor riesgo de consumir drogas, es el uso de sustancias por parte de los amigos que rodean al adolescente. En esta investigación, el consumo de sustancias dentro del grupo de amigos va acorde con la prevalencia de consumo en la población adolescente (PNSD, 2008), de tal forma que el consumo de tabaco, alcohol y cannabis por el grupo de iguales está muy extendido, yendo desde un 66% hasta un 98%, mientras que en el resto de drogas, el consumo es mucho más bajo, situándose entre un 5% y un 17%. Sin embargo, un aspecto importante de los resultados, es que, el consumo de drogas por el grupo de amigos ha sido identificado como factor de riesgo para el consumo de tabaco, alcohol, cannabis y cocaína; y policonsumo de tabaco, alcohol y cannabis; de anfetaminas y drogas de diseño; y de cannabis, cocaína y LSD

Una posible explicación, según García y otros (2003) es que las relaciones de intimidad entre los compañeros del grupo, hacen que éste, se configure como un potente pronosticador de la implicación del joven en una primera etapa de consumo centrada en el uso de alcohol y tabaco, pero, una vez establecida, tal y como propusieron Kandel y Andrews (1987), sería la imitación de la conducta de los iguales la forma dominante de influencia social favoreciendo la selección de compañías que refuerzan este tipo de conductas (amigos consumidores). En la misma línea Moral (2005), explica que tanto la necesidad de integración como las dificultades derivadas de ella, reales o supuestas, que se ponen en juego en los procesos interactivos con el

grupo de iguales y la búsqueda de identificación con ellos, lo que hace que actúe el grupo de iguales, como una de las variables explicativas de la experimentación juvenil con sustancias psicoactivas, de modo que representa uno de los factores de riesgo implicados en la iniciación y mantenimiento del consumo.

- **Entorno familiar**

El sistema familiar juega un papel fundamental para explicar la aparición de numerosas conductas desadaptativas en los hijos, entre las que se encuentra el uso de sustancias. Esta relación, ha sido demostrada en muchos estudios (Carballo y cols, 2004; Espada, 2008; Fernández-Hermida y Secades, 2003; González y cols 2004; Jessor y otros, 2006; González, y otros, 2006; Muñoz-Rivas y Graña, 2001; Pons y Borjano, 1999), donde se han identificado una serie de aspectos familiares, que van a actuar como factores de riesgo en el consumo de sustancias en adolescentes, que tienen que ver con la estructura y composición familiar; situaciones de riesgo familiares; las actitudes y conductas familiares hacia el consumo de drogas; las relaciones afectivas y comunicación entre padres e hijos; y las prácticas educativas ejercidas por las figuras parentales y la disciplina familiar.

En esta investigación no se ha profundizado en el estudio de las múltiples variables familiares que se han identificado como factores que pueden influir, positiva o negativamente, en la conducta de consumo de sustancias por los adolescentes. El único aspecto valorado, ha sido la satisfacción de los adolescentes en el entorno familiar, mediante las variables: satisfacción en casa, con la madre y con el padre. Los resultados muestran una relación significativa entre una baja satisfacción familiar y un mayor consumo de tabaco, alcohol y cannabis; y policonsumo de tabaco, alcohol y cannabis; y de cannabis, cocaína y LSD. Por lo tanto una baja satisfacción familiar va a actuar como factor de riesgo para el consumo de dichas sustancias. No se ha encontrado ningún estudio en el que se relacione de manera específica el consumo de drogas y la satisfacción familiar.

- **Entorno escolar**

En la fundamentación teórica, se ha planteado el entorno escolar como uno de los aspectos fundamentales que van influir en el consumo de drogas en los adolescentes, y que por lo tanto, se debe tener en cuenta a la hora de planificar los programas de

prevención, ya que es precisamente en la escuela donde actualmente se están desarrollando la mayoría de intervenciones de prevención.

En esta investigación no se ha profundizado en el estudio de las numerosas variables escolares que se han identificado como posibles factores de riesgo. Numerosos estudios revelan que el entorno escolar resulta tener un impacto relevante en el consumo puesto que, el absentismo escolar (entro otros múltiples factores) se consolida como un importante predictor de una mayor implicación del joven en el consumo de cualquiera de las sustancias consideradas (Herrero, 2004; Luengo y otros, 1999; Laespada y otros, 2004). La única variable que se ha medido, ha sido el grado de satisfacción de los adolescentes en relación al entorno escolar, valorando su satisfacción en el instituto, con los profesores, con los compañeros, la clase y con lo que aprenden.

El autoconcepto académico y la satisfacción que el adolescente manifiesta en relación a la escuela, presenta una relación significativa con el consumo de drogas aunque no con el fracaso escolar (Peñafiel, 2009), de tal forma que los adolescentes que presentan una baja satisfacción a nivel académico, una baja autovaloración de los resultados y esfuerzo y una baja motivación, presentan un mayor riesgo de consumir drogas. Cuando, por uno u otros motivos, el sujeto no puede alcanzar el mismo nivel de logro que sus compañeros, aumentará la probabilidad de que presente conductas problemáticas, con lo cual se creará un círculo vicioso del que difícilmente podrá salir, ni en el ámbito escolar, ni fuera de él. Cuando el adolescente no encuentra satisfacción en el marco escolar, ni alcanza los logros que de él se esperan, buscará aumentar su satisfacción y su nivel de logro en otros ambientes como puede ser el del consumo de sustancias dentro del grupo de iguales (Barca et al. 1986).

Los resultados, como se ha apuntado anteriormente, muestran una relación significativa entre una baja satisfacción de los adolescentes con el entorno escolar con un aumento del consumo de sustancias. En concreto, existe una relación significativa entre la baja satisfacción en relación a los profesores y con lo que aprenden, y un mayor consumo de tabaco, alcohol, cocaína y policonsumo de tabaco, alcohol y cannabis, por un lado, y de cannabis, cocaína y LSD, por otro. De cualquier forma, siguiendo la propuesta de Elliot y sus colaboradores (1985), el estar satisfecho de la educación que se recibe, puede ser un pronosticador fiable de la menor implicación del joven en el consumo de tóxicos, puesto que éste es un aspecto que se repite como factor protector tanto para las drogas legales como para las ilegales.

5.2.3. FACTORES SOCIALES

- **Riesgo percibido**

Según el PNSD (2008), el riesgo percibido de los adolescentes sobre las distintas conductas de consumo de drogas puede ser un indicador indirecto de la evolución presente o futura de la prevalencia de consumo. Para ello se analizó la proporción de estudiantes que percibe alto riesgo ante determinadas conductas de consumo (% que piensa que una conducta dada puede provocar bastantes o muchos problemas), valorando el consumo esporádico, durante los fines de semana y habitual. El PNSD (2008), asume que conforme aumenta el riesgo percibido ante el consumo de una droga, tiende a disminuir la extensión o la intensidad del consumo.

Al igual que los resultados obtenidos por varios estudios (Fernández-Hermida y Secades, 2008; Laespada, 2004; Peñafiel, 2009; PNSD, 2008), las conductas de consumo de drogas que los estudiantes de Enseñanzas Secundarias asocian a un menor riesgo, son el consumo esporádico y durante los fines de semana de tabaco, alcohol y cannabis. Por el contrario las conductas asociadas a un mayor riesgo son: el consumo esporádico del resto de sustancias ilegales, así como el consumo de fin de semana y habitual. Con respecto a las diferencias en función del género, se aprecia que el riesgo percibido por las mujeres es superior al percibido por los hombres, tanto en el consumo esporádico como habitual.

Por otro lado, los resultados muestran que va a ser factor de riesgo: a) una percepción baja de riesgo en el consumo y policonsumo esporádico de las drogas ilegales; b) una percepción baja de riesgo en el consumo durante los fines de semana de todas las sustancias a excepción de la heroína, cocaína y psicofármacos, y el policonsumo de las tres tipologías analizadas; y c) una percepción baja de riesgo en el consumo y policonsumo habitual de las drogas ilegales.

- **Disponibilidad percibida**

Según el PNSD (2008), para que se pueda producir el consumo tiene que estar presente la sustancia, poder estar disponible y acceder a ella. La forma, el tamaño, la presentación, el modo de obtenerla, así como el precio, son variables importantes para el consumo. El grado de facilidad o dificultad para conseguir u obtener las distintas

drogas percibido por los encuestados (disponibilidad percibida) puede influir en la probabilidad de consumo de dichas drogas o de que esas drogas generen problemas (PNSD, 2008). El indicador utilizado para valorarla es la proporción de estudiantes que piensan que obtener cada droga considerada es relativamente fácil o muy fácil.

Los resultados de la presente investigación coinciden con otros estudios (Fernández-Hermida y Secades, 2008; Laespada, 2004; Peñafiel, 2009; PNSD 2008), que muestran que las drogas percibidas por los estudiantes como las más disponibles o accesibles son el tabaco, alcohol y el cannabis, mientras que el resto de drogas ilegales se consideran más difíciles de adquirir y por lo tanto menos accesibles. Por otro lado, los resultados muestran una relación significativa entre la disponibilidad de la droga con el consumo y policonsumo de drogas ilegales, de tal manera, que aquellos adolescentes que perciben las drogas ilegales como disponibles presentan mayor consumo, actuando así, como factor de riesgo y predictor de dicho consumo. Sin embargo, no existe ninguna relación entre el consumo de tabaco y alcohol y la disponibilidad de las mismas, que puede ser explicado, ya que en nuestro país el carácter de droga legal convierte al alcohol y el tabaco en un producto disponible de fácil acceso, por múltiples establecimientos donde se puede adquirir, los amplios horarios de venta, el precio asequible de las bebidas y el escaso control de la venta a menores.

La relación que cada joven establezca en el fenómeno de las drogas vendrá determinado por múltiples factores y, la disponibilidad de las mismas para los potenciales sujetos consumidores es un factor que para algunos autores, (Laespada, 2004) correlaciona claramente con el consumo. Otros autores afirman que a pesar de que teóricamente parece que la disponibilidad de drogas es un factor esencial para el consumo, los estudios muestran que no siempre la disponibilidad aparece como un factor claramente relacionado con el consumo de drogas (Becoña, 2002).

- **Información sobre las drogas**

La percepción sobre la información que los adolescentes tengan de cada una de las sustancias puede influir en la conducta del adolescente frente al consumo. Los resultados de esta investigación muestran que las medias más bajas sobre el grado de información que los adolescentes tienen sobre los efectos y consecuencias del consumo, se encuentran en las drogas legales y el cannabis, lo que significa que los adolescentes manifiestan sentirse más informados sobre dichas sustancias, mientras

que manifiestan tener poca o ninguna información sobre el resto de drogas ilegales. No existen diferencias significativas entre la información sobre cada una de las sustancias y el género, la edad y la situación educativa de los adolescentes.

Como resultado significativo de este estudio en relación con la información que los adolescentes perciben que tienen sobre los efectos y consecuencias que el consumo de sustancias conlleva, preocupa el hecho de que aquellos adolescentes que presentan un alto grado de información tienen un riesgo mayor para consumir tabaco, alcohol, cannabis y cocaína, así como para el policonsumo de sustancias. Sería útil proporcionar información real basada en la evidencia científica y de manera que llame la atención de los adolescentes, sobre los riesgos y problemas que conlleva el uso de drogas, para que no incurran en conductas de riesgo, antes de que se vean implicados en su uso, ya que de esta forma podremos además, aumentar el nivel de percepción de riesgos asociados al consumo de drogas.

5.3. SOBRE LA PREDICION DEL CONSUMO DE TABACO, ALCOHOL Y CANNABIS, Y POLICONSUMO DE SUSTANCIAS

En general, los resultados hallados para la predicción de consumo de las diferentes sustancias coinciden con los encontrados en otros estudios (Laespada, 2004; Martínez y otros, 2004; Muñoz-Rivas, 2007) donde destacan como factores de protección para el consumo de sustancias el género (ser mujer); la edad (los de menor edad); una alta satisfacción personal, con la familia y la escuela (Martínez y otros, 2004); uso de estrategias de afrontamiento centradas en el problema y adaptativas (Gómez-Fraguela, 2006; Wills y otros, 2003; Wills y otros, 2001; Windle y otros, 1996); salir ocasionalmente, llegar antes de las 12 horas y e ir a pasear y al cine (Laespada, 2004; Martínez, 2004; Muñoz-Rivas, 2007) tener una percepción alta de riesgo en el consumo de sustancias. Como factores de riesgo generales, se encuentran: ser hombre; mayores de 16 años; baja satisfacción personal, con la familia y escuela; uso de estrategias centradas en emociones y de evasión (Gómez-Fraguela, 2006; Wills y otros, 2003; Wills y otros, 2001; Windle y otros, 1996); salir con frecuencia, llegar tarde a casa e ir a bares y discotecas (Laespada, 2004; Martínez, 2004; Muñoz-Rivas, 2007); tener una baja percepción de riesgo y una alta disponibilidad de las sustancias (Fernández-Hermida y Secades, 2008; Laespada y otros, 2004; Martínez y otros, 2004; Muñoz-Rivas y otros, 2007).

- **Predicción del consumo de tabaco**

Entre los factores protectores del consumo de tabaco encontrados en el análisis multivariante de regresión logística, se hallan los siguientes: a) ser mujer; b) utilizar como estrategias de afrontamiento para enfrentarse a situaciones difíciles la aceptación, distracción y evadirse; c) no salir o hacerlo ocasionalmente; d) llegar antes de las 12 horas; e) salir a parques y a pasear; y f) no dejarse influenciar por los amigos ante la oferta de fumar.

Como factores de riesgo para el consumo de tabaco se encuentran: a) ser hombre; b) utilizar como estrategias de afrontamiento el consumo de alcohol y drogas, el humor y centrarse en las emociones; c) consumir alcohol, cannabis y haberse emborrachado en el último mes; d) salir a bares; e) llegar después de las 12 horas y salir frecuentemente por las noches; f) tener amigos que consuman tabaco; y g) poseer bastante o mucha información sobre los efectos y consecuencias del consumo de tabaco.

- **Predicción del consumo de alcohol**

Entre los factores protectores para el consumo de alcohol se hallan los siguientes: a) ser menor de 16 años; b) cursar estudios de 3º y 4º de ESO y 1º y 2º de Bachillerato; c) elevada satisfacción consigo mismo; d) utilizar como estrategia de afrontamiento el centrar los esfuerzos en solucionar el problema; e) salir ocasionalmente y llegar antes de las 12 horas a casa; f) ir a pasear con los amigos; y g) no dejarse influenciar por los amigos para el consumo del alcohol

Los factores de riesgo para el consumo de alcohol son: a) ser mayor de 16 años; b) cursar ciclos formativos y cursos de garantía social; c) tener una baja satisfacción contigo mismo, en casa y con la madre; d) utilizar como estrategias de afrontamiento el humor, el consumo de alcohol y drogas y refrenar el afrontamiento; e) salir con frecuencia con los amigos y llegar a casa después de las 12 horas; f) ir a bares, discotecas y a parques con los amigos los fines de semana; g) tener amigos que consuman alcohol; h) acceder a la presión del grupo cuando ofrecen consumir alcohol y i) tener una percepción de riesgo baja en el consumo de alcohol durante los fines de semana.

- **Predicción del consumo de cannabis**

Los factores protectores encontrados para el consumo de cannabis son los siguientes: a) ser mujer; b) cursar estudios de 3º y 4º de ESO y 1º y 2º de Bachillerato; c) utilizar como estrategias de afrontamiento la religión, centrarse en las emociones y desahogarse y llevar a cabo actividades distractivas; y d) llegar antes de las 12 horas cuando se sale por la noche

Los factores de riesgo para el consumo de alcohol son: a) ser hombre; b) cursar ciclos formativos y cursos de garantía social; c) utilizar como estrategias de afrontamiento el humor, el consumo de alcohol y drogas y refrenar el afrontamiento; d) tener una satisfacción baja a nivel familiar; e) llegar a casa después de las 12 horas; f) ir a bares y discotecas; g) tener amigos que consuman cannabis; y h) tener una percepción de riesgo baja en el consumo esporádico y durante los fines de semana de cannabis.

- **Predicción del policonsumo de tabaco, alcohol y cannabis**

Los factores protectores con un efecto importante para el policonsumo de tabaco, alcohol y cannabis son los siguientes: a) ser mujer; b) tener menos de 16 años; c) utilizar como estrategias de afrontamiento, la aceptación, actividades distractivas y la reinterpretación positiva; d) salir ocasionalmente y tener hora de llegada a casa; e) ir a casa de algún amigo; f) no dejarse influenciar por los amigos para el consumo del alcohol

Los factores de riesgo para el policonsumo de tabaco, alcohol y cannabis son: a) ser varón; b) mayor de 16 años; c) tener una baja satisfacción con la madre y con el ocio y tiempo libre; d) utilizar como estrategias de afrontamiento el humor, el consumo de alcohol y drogas, centrarse en las emociones y desahogarse, y refrenar el afrontamiento, evadirse y el escape cognitivo; e) salir con frecuencia con los amigos y no tener hora de llegada impuesta por los padres; f) Ir a bares y a pasear con los amigos; g) tener amigos que consuman tabaco y cannabis; g) acceder a la presión del grupo cuando ofrecen consumir tabaco; h) información percibida alta en relación a los efectos y consecuencias del consumo de tabaco, alcohol y cannabis; y tener una percepción de riesgo baja en el consumo esporádico de cannabis y en el consumo de cannabis durante los fines de semana.

- **Predicción del policonsumo de cannabis, cocaína y LSD**

Entre los factores protectores con un efecto importante para el policonsumo de cannabis, cocaína y LSD se hallan los siguientes: a) ser mujer; b) tener menos de 16 años; c) cursar 3º y 4º de la ESO y 1º y 2º de Bachillerato; d) utilizar como estrategias de afrontamiento: concentrarse en solucionar el problema, actividades distractivas y la reinterpretación positiva, e) salir ocasionalmente y llegar a casa antes de las 12 horas de la mañana.

Los factores de riesgo para el policonsumo de cannabis, cocaína y LSD son: a) ser varón; b) mayor de 16 años; c) tener una baja satisfacción consigo mismo y a nivel familiar; d) utilizar como estrategias de afrontamiento el consumo de alcohol y drogas para enfrentarse a situaciones difíciles; e) salir con frecuencia con los amigos y llegar después de las 12 am; f) ir a bares; g) tener amigos que consuman cannabis, cocaína y LSD; i) tener una percepción de riesgo baja en el consumo esporádico y durante los fines de semana de cannabis, cocaína y LSD.

5.4. APORTACIONES Y LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Es necesario tener en cuenta algunas limitaciones del estudio. Dada la naturaleza transversal de la presente investigación, no puede evaluarse la dirección de las relaciones encontradas entre los factores identificados y el consumo. Asimismo, limita la capacidad predictiva de las variables en relación a las drogas analizadas. Por ello, sería necesario completar este estudio con otros estudios con un diseño longitudinal, que permitan demostrar que los factores analizados predicen el consumo de drogas.

Por otro lado, cabría también señalar que en este trabajo nos hemos centrado, fundamentalmente, en variables personales y sociales, y de manera general en variables interpersonales y, aunque importantes, se considera que sería conveniente incluir también en futuras investigaciones, variables relativas a las relaciones familiares, escolares y con el grupo de amigos, para así poder evaluar en profundidad los factores de riesgo y protección.

Por último, el método de autoinforme elegido para la recogida de los datos, el cual, aunque permite acceder a información exclusiva que proviene directamente de la propia persona, presenta ciertas limitaciones, ya que asume la validez que implica que

el individuo responde de manera sincera y no está sometido a ninguna distorsión, lo que en muchas ocasiones no es posible. Por otro lado, debido a que muchas de las variables analizadas están relacionadas con aspectos de percepción y satisfacción de los adolescentes, se considera importante para el futuro, triangular los datos obtenidos en esta investigación, con otro tipo de metodología de tipo cualitativo, que permita por un lado, comprobar los resultados obtenidos, y por otro, profundizar en el mundo de las percepciones y emociones de los jóvenes en relación al consumo de sustancias.

A pesar de estas limitaciones, y teniéndolas en cuenta, los resultados presentados en el estudio realiza algunas aportaciones interesantes que permiten explorar las interrelaciones entre el consumo de drogas y algunos factores de riesgo y protección individuales, interpersonales y sociales, teórica y empíricamente relevantes, poniendo un énfasis especial en la satisfacción personal, las estrategias de afrontamiento, el ocio y tiempo libre, el consumo en el grupo de amigos, el riesgo percibido de consumo y la disponibilidad de sustancias.

Una de las novedades de este estudio, es que los análisis multivariantes realizados se han realizado sobre el consumo habitual, medido a través de la variable “consumo durante los últimos 30 días”, mientras que otros estudios revisados, el análisis se realiza sobre el consumo durante el último año o últimos seis meses (Fernández-Hermida y Secades, 2008; García, 2003; Laespada, 2004). Los análisis multivariantes concluyen como: a) una baja satisfacción personal, en relación con el entorno escolar y familiar; b) el uso de estrategias de afrontamiento centradas en las emociones o de evasión; c) tener amigos que consumen drogas; d) salir con frecuencia a bares y discotecas y llegar tarde a casa; e) tener una percepción de riesgo baja; f) tener facilidad para conseguir drogas; y g) tener mucha información sobre los efectos y consecuencias de las sustancias; aumentan la probabilidad de consumo de sustancias en los adolescentes de Guadalajara. Sin embargo, aquellos jóvenes que: a) presentan una satisfacción alta a nivel personal, escolar y familiar; b) utilizan estrategias de afrontamiento centradas en el problema; c) no tienen amigos que consumen; d) salen ocasionalmente, llegan pronto a casa y van a pasear o cine; e) tienen una percepción de riesgo elevada; f) tienen dificultad para conseguir las sustancias; y g) tienen poca información sobre los efectos y consecuencias de las sustancias; presentan una menor probabilidad de consumir sustancias.

Como se ha indicado en el capítulo sobre objetivos y metodología, la muestra de estudio ha sido seleccionada mediante un muestreo aleatorio por conglomerados

polietápico en dos etapas, con el objetivo de ser representativa de los adolescentes y jóvenes de 14 a 18 años residentes en la provincia de Guadalajara. Los resultados y conclusiones, derivados de la encuesta realizada a 1389 adolescentes, se pueden, por tanto, generalizar al conjunto de adolescentes y jóvenes que componen el universo poblacional en estos segmentos de edad. El análisis de los consumos de las distintas drogas, así como las estrategias de afrontamiento y los distintos variables de riesgo y protección incluidas en el estudio, han sido obtenidos con un número suficiente de casos para que los cruces bivariantes y los análisis multivariantes sean significativos (entre $P < .05$ y $P < .0000$) de forma mayoritaria.

5.5. PARA EL FUTURO DE LA PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS EN ADOLESCENTES.

Para que las actuaciones educativas y preventivas en el consumo de drogas sean lo suficientemente relevantes para conseguir resultados preventivos eficaces, deben basarse en un estudio sistemático de los factores de riesgo y protección del consumo de las distintas sustancias en los entornos de aplicación, algo que muchas veces no ocurre. Los hallazgos encontrados, son sugerentes y resultan orientadores a la hora de diseñar programas de prevención al inicio de la adolescencia. A la vista de los datos de este estudio proponemos:

- a) Se debe avanzar hacia una prevención con un soporte científico y empírico importante, de tal forma que las políticas y las intervenciones preventivas que se hagan en este ámbito, debe tener en cuenta la experiencia y las evaluaciones, los éxitos y los fracasos, de otras experiencias preventivas que se hayan efectuado con anterioridad.
- b) Profundizar en el estudio de los factores de protección en relación al diseño de intervenciones de prevención, podría ser una línea de actuación que sintoniza con las modernas corrientes de la Psicología positiva (Seligman 2000), que actualmente ejercen una amplia influencia en el campo de la Psicología de la salud. Según Gómez-Fraguela (2006), más que intentar corregir deficiencia o debilidades, el objetivo que se propone desde esta orientación en el campo de la prevención es promover recursos y competencia que faciliten el bienestar y la resistencia ante situaciones de riesgo. En esta línea se encuentran los programas centrados en el entrenamiento en habilidades de vida, del que el programa

Construyendo Salud es un buen ejemplo en España y que ha sido llevado a cabo en Castilla la Mancha (Luengo y otros, 2002).

- c) Incorporar en los programas de prevención, el aprendizaje de estrategias de afrontamiento generales y específicas, teniendo en cuenta tanto las variables individuales y contextuales de los sujetos, como también el tipo de sustancia.
- d) De acuerdo con Becoña (2006), los programas preventivos universales para los individuos o los más específicos para las familias, deberían incluir la resiliencia como una importante vía para mejorar el comportamiento y los procesos internos de los individuos para que éstos puedan afrontar mejor todo tipo de situaciones relacionadas con el consumo de drogas de modo resiliente, potenciando los factores protectores y los identificados por Ferguson y Horwood (2003), como: inteligencia y habilidad de solución de problemas; género, mejor en mujeres; intereses externos y afiliaciones; apego y vinculación parental; temperamento y conducta temprana, y factores de los iguales. incidir efectivamente sobre este aspecto.
- e) Dada la estrecha relación existente entre el consumo de sustancias con el ocio y tiempo libre de los adolescentes y teniendo en cuenta la evaluación de determinados programas de prevención, como el programa Alcazul, desarrollado en Castilla la Mancha, es necesario el planteamiento de ocio alternativo saludable en la prevención de consumo de sustancias. Sin embargo, no es suficiente, ya que este tipo de ocio alternativo y de programas llega a adolescentes de bajo riesgo, por lo que sería importante incluir estrategias dirigidas a contextos recreativos donde se tengan en cuenta el grupo de variables que tienen que ver con la gestión de la vida recreativa nocturna, motivaciones para salir, etc., de los propios jóvenes (Calafat, 2007; Fernández-Hermida y Secades, 2008). Siguiendo con una visión de prevención desde la Psicología positiva, y de acuerdo con la proposición de Calafat (2000), el espacio recreativo, el ocio y la diversión, deben ser valorados e incorporados a las intervenciones en positivo y no caer en el error de desacreditarlos por el hecho de que también en esos espacios se consumen drogas. Los jóvenes participan de la diversión buscando distintos objetivos, incluso muchos de ellos no son consumidores. Si se desprestigia el espacio recreativo probablemente se refuerce el vínculo positivo entre consumo de drogas y diversión

**REFERENCIAS
BIBLIOGRÁFICAS**

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Al-Halabi, S., Erraste, J.M., Fernández, J.R., Secades, R. y García, O. (2009). El colegio y los factores de riesgo familiar en la asistencia a programas de prevención familiar del consumo de drogas. *Adicciones*, 21(1), 39-48.
- Alonso, C. (1998). "Alcazul. Programa de prevención del consumo de drogas en población juvenil". Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha, Toledo.
- Alonso, C. (2006). Programa de prevención de drogodependencia: "Alcazul". Jóvenes y educación no formal. *Revista de estudios de juventud*. Septiembre 06, 74, 169-182.
- Alonso, C. y del Barrio, V. (1996). Consumo de drogas legales y factores asociados al ambiente escolar. *Psicología Educativa*, 2 (1), 91-112.
- Alonso, C. y del Barrio, V. (1996): Autoestima, asertividad, lugar de control y consumo de drogas legales. *Revista de Psicología de la Educación*, 19, 5-20.
- Arellanez-Hernández, J. L., Díaz, D. B., Wagner-Echegaray, F. y Pérez, V. (2004). Factores psicosociales asociados con el abuso y la dependencia de drogas entre adolescentes: Análisis bivariados de un estudio de casos y controles. *Salud Mental*, 27, 54-64.
- Arthur, M.W., Hawkins, J.D., Pollard, J.A., y Catalano, R.F. (2002). Measuring risk and protective factors for substance use, delinquency, and other adolescent problem behaviours. *The Communities That Care Youth Survey*. *Eval Rev* 26, 575.
- Arvex, C., Mora, C. y Moreno, G. (2002). Guía de intervención: menores y consumo de drogas. Madrid. ADES.
- Arza, J. y Zubillaga, A. (2000). Redes para el tiempo libre: otra forma de moverte. *Revistas de estudios de juventud* (50). INJUVE. Madrid.
- Bandura, A. (1984). *Teoría del aprendizaje social*. Madrid, Espasa-Calpe.
- Bandura, A. (1991). Social cognitive theory of self-regulation. *Organizational behavior and human decision process*, 50, 248-287

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Barry, C.T., Grafeman, S.J., Adler, K.K. y Pickard, J.D. (2007). The relations among narcissism, self-esteem, and delinquency in a sample of at-risk adolescents. *Journal of Adolescence*, 30, 933- 942.
- Becoña, E. (1999). Bases Teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas. Madrid: PNSD.
- Becoña, E. (2002). Bases científicas de la prevención de las drogodependencias. Madrid: PNSD.
- Becoña, E. (2006^a). Resiliencia: definición, características y utilidad del concepto. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 11(3), 125-146
- Becoña, E., Miguez, M.C., López, A., Vázquez, M.J., y Lorenzo, M.C. (2006). Resiliencia y consumo de alcohol en jóvenes. *Salud y drogas*, 6(1), 89-111
- Bellis, M.A., Hughes, K., Morleo, M., Tocque, K., Hughes, S., Allen, T., Harrison, D. y Fe-Rodriguez, E. (2007). Predictors of risky alcohol consumption in school children and their implications for preventing alcohol-related harm. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 2:15. Consultado el 23/01/2010. Disponible en: <http://www.substanceabusepolicy.com/content/2/1/15>.
- Bellis, M.A., Phillips-Howard, P.A., Hughes, K., Hughes, S., Cook, P.A., Morleo, M., Hannon, K., Smallthweite, L., y Jones, L. (2009). Teenage drinking, alcohol availability and pricing: a cross-sectional study of risk and protective factors for alcohol-related harms in school children *BMC Public Health*, 9:380. Consultado el 23/1/2010. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/9/380>.
- Ben-Zur, H. y Reshef-Kfir, Y. (2003). Risk taking and coping strategies among Israeli adolescents. *Journal of Adolescence*, 26, 255–265
- Beynon (2009). When is a drug related death not a drug related death...? When it is a drug associated death! Network: A national newsletter on substance misuse management in primary care. www.smmgp.org.uk/download/newsletters/network027.pdf
- Bobes, J. y Saiz, P. A. (eds.) (2003). Monografía Drogas Recreativas. Adicciones, 15, 2.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Boekaerts, M. (2002). Intensity of emotions, emotional regulation, and goal framing: How are they related to adolescents'. *Anxiety, Stress and Coping*, 15(4), 401-412.
- Bortree, D. (2008). Exploring adolescent-organization relationships: A study of effective maintenance strategies with adolescent volunteers. Paper presented at the annual meeting of the Association for Education in Journalism and Mass Communication, Marriott Downtown, Chicago, IL. Consultado el día: 23/05/2009. Disponible en: http://www.allacademic.com/meta/p272810_index.html
- Botvin, G.J. (1995). Entrenamiento en habilidades para la vida y prevención del consumo de drogas en adolescentes: Consideraciones teóricas y hallazgos empíricos. *Psicología Conductual*, 3(3), 333-356.
- Botvin, G.J. (2000). Preventing Drug Abuse in Schools: Social and Competence Enhancement Approaches Targeting Individual-Level Etiologic Factors. *Addictive Behaviors*, 25, 887-897.
- Botvin, G.J. y Botvin, E.M. (1992). Adolescent tobacco, alcohol and drug abuse: Prevention strategies, empirical findings, and assessment issues. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 13, 290-301.
- 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.
- Calafat, A. (2007). El abuso de alcohol de los jóvenes en España. Editorial *Adicciones*, 19(3), 217-224 217.
- Calafat, A. y Amengual, M. (1999). Educación sobre el alcohol. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Calafat, A., Adrover, D., Juan, M., y Blay, N.T. (2008). Relación del consumo de alcohol y drogas de los jóvenes españoles con la siniestralidad vial durante la vida recreativa nocturna en tres comunidades autónomas en *Rev Esp Salud Pública*, 82(3), 323-331.
- Calafat, A., Amengual, M., Guimerans, C., Rodríguez- Martos, A. y Ruíz, R. (1995). "Tú decides": 10 años de un programa de prevención escolar. *Adicciones*, 7, 509-526.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Calafat, A., Amengual, M., Mejías, G., Borrás, M. y Palmer, A. (1989). Evaluación del programa de prevención escolar "Tú decides". *Adicciones*, 1, 96-111.
- Calafat, A., Fernández, C., Juan, M. y Becoña, E. (2005). Gestión de la vida recreativa: ¿Un factor de riesgo determinante en el uso reciente de drogas? *Adicciones*, 17(4), 337-47.
- Calafat, A., Fernández, C., Juan, M. y Becoña, E. (2007). Recreational nightlife: Risk and protective factors for drug misuse among young Europeans in recreational environments. *Drugs: education, prevention and policy* (En prensa).
- Calafat, A., Fernández, C., Juan, M. y Becoña, E. (2007). Vida recreativa nocturna de los jóvenes españoles como factor de riesgo frente a otros más tradicionales. *Adicciones*, 19(2), 125-132.
- 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(3), 193-202.
- Calafat, A., Montserrat, J., Becoña, E., Fernández, C., Gil, E., Palmer, A., y otros. (2000). Salir de marcha y consumo de drogas. Plan Nacional sobre Drogas. Recuperado el 6/06/2008, de: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/salir.pdf>.
- Calleja, N. y Aguilar, J. (2008). Por qué fuman las adolescentes: Un modelo estructural de la intención de fumar. *Adicciones*, 20, 387-394.
- Calvete, E. (2008). Justification of violence and grandiosity schemas as predictors of antisocial behavior in adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 37, 1081-1095.
- Calvete, E. y Cardeñoso, O. (2001). Creencias, resolución de problemas sociales y correlatos psicológicos, *Psicothema*, 13, 95-100.
- Calvete, E. y Esevez, 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.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Carballo, J.L., García, O., Secades, R., Fernández, J.R., García, E., Errasti, J.M. y Al-Halabi, S. (2004). Construcción y validación de un cuestionario de factores de riesgo interpersonales para el consumo de drogas en la adolescencia. *Psicothema*, 16(4), 674-679.
- Cardozo, G. (2008). *Habilidades para la vida. Una propuesta educativa en promoción de la salud*. Córdoba: Edit. Universidad Nacional de Córdoba.
- Cardozo, G. y Aldarete, A.M. (2009). Adolescentes en riesgo psicosocial y resiliencia. *Psicología desde el Caribe. Universidad del Norte*, 23, 148-182.
- Cardozo, G. y Dubini, P. (2006). Promoción de salud y resiliencia en adolescentes desde el ámbito escolar. *Psicología Positiva. Psicología, Cultura y Sociedad*. Universidad de Palermo. Buenos Aires. Facultad de Ciencias Sociales, 7, 21- 39
- Carver, C.S. y Scheier, M.F. (1981). *Attention and Self-Regulation: A Control-Theory Approach to Human Behaviour*. Nueva York: Springer-Verlag.
- Carver, C.S. y Scheier, M.F. (1985). Situational coping and coping dispositions in a stressful transaction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66, 184-195.
- Carver, C.S., Scheier, M.F. y Weintraub, J.K. (1989). Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 267-283.
- Catalano, R.F., Kosterman, R., Hawkins, J.D., Newcomb, M.D. y Abbott, R.D. (1996). Modeling the Etiology of Adolescent Substance Use: A Test of the Social Development Model. *J Drug Issues*, 26(2), 429-455.
- Cava, M.J., Murgui, S. y Musitu, G. (2008). Diferencias en factores de protección del consumo de sustancias en la adolescencia temprana y media. *Psichotema*, 20(3), 389-395.
- Chico, E. (2000). Búsqueda de sensaciones. *Psicothema*, 12 (2), 229-235.
- Comas, D. (2001). "La representación social del fin de semana de los jóvenes." *Revista de Estudios de Juventud: La Noche: un conflicto de poder* (54). Madrid: INJUVE y FAD.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Comas, D. (2001). La evaluación de los programas de ocio alternativo de fin de semana. Madrid: Instituto de la Juventud. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Comunidad de Madrid. Catálogo de Programas de Prevención de Drogodependencias. Conserjería de Sanidad. Agencia Antidroga.
- Conde, F. (2007). Los estilos educativos de las familias españolas y el consumo de drogas en la adolescencia. Informe de la Confederación Española de Asociaciones de Padres y Madres de Alumnos. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Conde, F. (2009). Los ejes del cambio: el tiempo de ocio. Presentado en el Congreso hablen de drogas: Familias y jóvenes, juntos por la prevención. Mesa redonda V: Los ejes del cambio. Claves de la socialización adolescente. CosmoCaixa. Junio, Barcelona.
- Consumo problemático de Cannabis en estudiantes Españoles de 14-18 años: Validación de escalas. (2009). Informes, estudios e investigación en drogodependencias, Ministerio de Sanidad y Política Social.
- Cortés, M. (2008). Fracaso escolar. En: Revista Alfedel, 6, 8-9. España. [Consulta: enero 2009]. Disponible en: <http://www.alfedel.com/portadas/pdf16.pdf>
- Costa, F.M., Jessor, R., Turbin, M., Dong, Q., Zhang, H., y Wang, C. (2005). Protection and risk in the social contexts of adolescent life: A cross-national study of problem behavior in China and the U.S. *Applied Developmental Science*, 9, 67–85.
- Costa, F.M.; Jessor, R.; y Turbin, M.S. (2007) College student involvement in cigarette smoking: The role of psychosocial and behavioral protection and risk. *Nicotine & Tobacco Research*, 9(2), 213–224.
- Crespo, M. y Cruzado, J.A. (1997). La evaluación del afrontamiento: adaptación española del cuestionario COPE con una muestra de estudiantes universitarios. *Análisis y Modificación de Conducta*, 23(92), 797-830.
- de Gracia, M., Marcó, M., y Trujado, P. (2007). Factores asociados a la conducta alimentaria en preadolescentes. *Psicothema*, 19, 646-653.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- de Pedro, C. y Magariños, N. (2007). La edad en los consumos de drogas. Diferencias entre jóvenes y adultos en Castilla-La Mancha, Observatorio de Drogodependencias de Castilla-La Mancha.
- Díaz- Aguado, M.J., Martínez, R., y Martín, G. (2004). Prevención de la violencia y lucha contra la exclusión desde la adolescencia. La violencia entre iguales en la escuela y en el ocio. Injuve. Madrid: Ministerio de Trabajo y asuntos sociales.
- Díaz-Aguado, M.J (Dir). (2004). Prevenir en Madrid. Programa Municipal de Prevención de Drogodependencias en Contextos Educativos. Ayuntamiento de Madrid.
- Díaz-Aguado, M.J. (1997). ¿Por qué y para qué consumen los jóvenes?. Prevención de conductas de riesgo en adolescentes. Revista Asociación Proyecto Hombre. 24, (25).
- Elzo, J. (2004). "La educación del futuro y los valores". En: Debates de educación (2004: Barcelona) [artículo en línea]. Fundación Jaume Bofill; UOC. [Consultado: 17/09/2009]. <<http://www.uoc.edu/dt/esp/elzo0704.pdf>
- Elzo, J. et al., 1999. Jóvenes españoles 99. Madrid: Fundación Santa María.
- Elzo, J. Permanencia y evolución de valores en España 1981-2008. (2009). Presentado en el Congreso hablemos de drogas: Familias y jóvenes, juntos por la prevención. Mesa redonda I: Estado de la cuestión: nuevo contexto social. CosmoCaixa. Junio, Barcelona.
- Errasti, J.M., Vallejo, G., Fernández-Hermida, J.R., y Secades, R. (2001). Guía de Referencia para la Evaluación de Programas de Prevención Familiares. Consultado el 24/1/2009. Disponible en: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/GuiaEvaluacionProgPrevFamiliar.pdf>
- Escario, J.J., Duarte, R., y Molina, J.A. (2007). Los amigos en las conductas de riesgo de los adolescentes aragoneses Fundación Economía Aragonesa FUNDEAR. Documento de Trabajo nº38/07 <http://www.fundear.es>

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Escribà-Agüir, V. y Bernabé-Muñoz, Y. (2002). Estrategias de afrontamiento ante el estrés y fuentes de recompensa profesional en médicos especialistas de la comunidad valenciana. Un estudio con entrevistas semiestructuradas. *Revista Española de Salud Pública*, 76, 595-604.
- Espada, J.P. y Méndez, F.X. (2003 b). Factores familiares, comportamientos perturbadores y drogas en la adolescencia. En. Fernández-Hermida, J. R y Secades (Coords.), R. Intervención familiar en la prevención de las drogodependencias (pp. 25-50). Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- Espada, J.P. y Méndez, F.X. (2003a). Intervención familiar en la prevención del abuso de drogas. En Fernández-Hermida, J.R. y. Secades, R (Coords.), Intervención familiar en la prevención de las drogodependencias (pp. 201-227). Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- Espada, J.P., Antón, F.A. y Torregrosa, M.S. (2008). Autoconcepto y búsqueda de sensaciones como predictores de las conductas sexuales bajo los efectos de las drogas en universitarios. *Salud y Drogas*, 8(2), 137-155.
- Espada, J.P., Méndez, F.X. e Hidalgo, M.D. (2000). Consumo de alcohol en escolares: Descenso de la edad de inicio y cambios en los patrones de ingesta. *Adicciones*, 12(1), 57-63.
- Espada, J.P., Méndez, X., Gilbert, G.J., Griffin, K.W., Orgilés, M. y Rosa, A.I. (2002). ¿Éxito o fracaso de la prevención del abuso de drogas en el contexto escolar?. Un meta-análisis de los programas de España. *Psicología Conductual*, 10, 581-602.
- Espada, J.P., Méndez, X., Griffin, K.W. y Botvin, G.J. (2003). Adolescencia: Consumo de Alcohol y otras drogas. *Papeles del Psicólogo*, 84, 9-17.
- Estévez, A. y Calvete, E. (2007). Esquemas cognitivos en personas con conducta de juego patológico y su relación con experiencias de crianza. *Clínica y Salud*, 18, 23- 43.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). (2006). The state of the drugs problem in Europe. Lisboa: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Fernández, J. (2004). Intervención con menores en riesgo desde los Servicios Sociales. En González, A., Fernández-Hermida, J.R. y Secades, R. (Coords.). Guía para la detección e intervención temprana con menores en riesgo (149-177). Gijón: Colegio Oficial de Psicólogos del Principado de Asturias.
- Fernández-Hermida, J.R. y Secades, R. (2008). Prevalencia del consumo de drogas y factores de riesgo y protección en población juvenil de 12 a 18 años de Asturias. Facultad de Psicología - Universidad de Oviedo.
- Fernández-Hermida, J.R. y Secades, R. (Coord.) (2003). Guía de referencia para la evaluación de programas de prevención de ocio alternativo. Gijón: Colegio Oficial de Psicólogos.
- Fierro, A. (1996). Manual de psicología de la personalidad. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Flay, B. R. y Petraitis, J. (1994). The theory of triadic influence: A new theory of health behavior with implications for preventive interventions. *Advances in Medical Sociology*, 4, 19-44.
- Frías-Armenta, M., Eréndida, A. y Díaz-Méndez, S.G. Predictores de la conducta antisocial juvenil: un modelo ecológico. *Estudios de Psicología* 2003, 8(1), 15-24.
- Fromm, E. (1980). ¿Tener o ser?. Fondo de Cultura Económica 5ª Ed, México, 40-41.
- Frydenberg, E. (2004). Coping Competencies: What to Teach and When. *Theory into practice*, 43(1).
- Frydenberg, E., Lewis, R., Bugalski, K., Cotta, A., McCarthy, C., Luscombe-Smith, N. y Poole, C. (2004). Prevention is Better than Cure: Coping skills training for adolescents at school *Educational Psychology in Practice*, 20(2).
- Frydenberg, E., Lewis, R., Kennedy, G., Ardila, R., Frindte, W., y Hannoun, R. (2003). Coping with Concerns: An Exploratory Comparison of Australian, Colombian, German, and Palestinian Adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 32(1), 59–66.
- Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (1996). Programa de prevención del consumo de drogas en el ámbito familiar. Madrid: FAD.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Fundación Vivir sin Drogas (1999). Drogas: Guía para padres y madres. Bilbao: Fundación Vivir sin Drogas, FAD y Secretaría de Drogodependencias del Gobierno Vasco.
- Funes, J. (1996). "Drogas y adolescentes". Fundación de Ayuda contra la drogadicción. Madrid: Santillana.
- Funes, J. (1996). "Prevención y tratamiento. Atender a los que tienen problemas con las drogas cuando son adolescentes. Revista de la Asociación Proyecto Hombre. 17(18), 1-12.
- Funes, J. (1999). "Adolescentes: diversión y uso de drogas". Revista Proyecto (32). Proyecto Hombre. Madrid.
- Funes, J. (2009) .Cuando los adolescentes cambian pero los adultos no. Batallas inútiles y propuestas sensatas para ayudarlos a aprender una relación adecuada con los usos de las drogas. Presentado en el Congreso hablemos de drogas: Familias y jóvenes, juntos por la prevención. Mesa redonda I: Estado de la cuestión: nuevo contexto social. CosmoCaixa. Junio, Barcelona.
- Gala, A. Dinero, mucho dinero. El País semanal (175), 26 de junio 1994, pag 122.
- Galaif, E.R., Sussman, S., Chou, C.P. y Wills, T.A. (2003). Longitudinal Relations Among Depression, Stress, and Coping in High Risk Youth. Journal of Youth and Adolescence, 32(4), 243–258.
- García del Castillo, J.A. y Días, P. (2007). Análisis relacional entre los factores de protección, resiliencia, autorregulación y consumo de drogas. Salud y drogas, 7(2), 309-332.
- García, F. y Segura, M.C. (2005). Estilos educativos y consumo de drogas en adolescentes. Salud y Drogas, 5(1), 35-55.
- García, M.R. (2003). Consumo de drogas en adolescentes: Diseño y desarrollo de un programa de prevención escolar. Universidad Complutense Madrid. Facultad de Psicología. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos (Psicología Clínica). Madrid.
- García-Rodríguez, J. A. (2000). Mi hijo, las drogas y yo. Madrid: Editorial EDAF.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- García-Rodríguez, J.A., López, C., Fernández, S. y Santos, C. (2001). Estudio sobre tabaco, alcohol y otras drogas en El Campello. Alicante: INID.
- Gil Calvo, E. (1996). La complicidad festiva: identidades grupales y cultos de fin de semana. *Revistas de estudios de juventud* (37). INJUVE. Madrid.
- Gil, J. (2008). Consumo de alcohol entre estudiantes de enseñanzas secundarias. Factores de riesgo y de protección. *Revista de educación*, 346, 291-313.
- Gómez-Fraguela, J.A., Fernández, N., Romero, E. y Luengo, A. (2008). El botellón y el consumo de alcohol y otras drogas en la juventud. *Psicothema*, 20(2), 211-217.
- Gómez-Fraguela, J.A., Luengo, A. y Romero, E. (2003). Drug-abuse prevention in the school: Four-year follow-up of a programme. *Psychology in Spain*, 7(1), 29-38.
- Gómez-Fraguela, J.A., Luengo, A., Romero, E., Villar, P. y Sobral, J. (2006). Estrategias de afrontamiento en el inicio de la adolescencia y su relación con el consumo de droga y la conducta problemática. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6(3), 581-597.
- González, A., Fernández-Hermida, J.R. y Secades Villa, R. (2003). El papel de la familia. Factores de Riesgo para el consumo de drogas. *Proyecto Hombre*, 47(46), 27-38.
- González, C. (1992). Estrés y respuestas de afrontamiento. Impacto sobre el estudio emocional en adolescentes. Tesis de maestría no publicada, Universidad Nacional Autónoma de México.
- González, M., Ibáñez, I. y Peñate, W. (1997). Consumo de alcohol, búsqueda de sensaciones y dimensiones básicas de personalidad. *Análisis y Modificación de Conducta*, 23(89), 385-405.
- González, M.P., Sáiz, P.A., Quirós, M. y López, J.L. (2000). Personalidad y uso-abuso de cannabis. *Adicciones*, 12(2), 185-196.
- González, R., Montoya, I., Casullo, M.M. y Bernabéu, J. (2002). Relación entre estilos y estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico en adolescentes. *Psicothema*, 14, 363-368.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- González, R., Montoya, I., y Bernabéu, J. (2002). Relación entre los estilos y estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico en adolescentes. *Psicothema*, 14(2), 363-368.
- Graña, J.L. y García, A. (1994). Teorías explicativas de las drogodependencias. En J.L. Graña (Ed.), *Conductas adictivas. Teoría, evaluación y tratamiento*. Madrid: Debate.
- Graña, J.L. y Muñoz-Rivas, M. (2000). Factores psicológicos de riesgo y de protección para el consumo de drogas en adolescentes. *Psicología Conductual*, 8(2), 249- 269.
- Graña, J.L. y Muñoz-Rivas, M.J. (2000). Factores psicológicos de riesgo y de protección para el consumo de drogas en adolescentes. *Psicología Conductual*, 8(2), 249-269
- Griffin, K., Séller, L., Botvin, G. J. y Díaz, T. (2001). Protective role of personal competence skills in adolescent substance use: Psychological well-being as a mediating factor. *Psychology of Addictive Behaviors*, 15, 194-203.
- Guxens, M., Nebot, M., Ariz, C. y Ochoa, D. (2007). Factores asociados al inicio del consumo de cannabis: una revisión sistemática de estudios de cohortes. *Gaceta Sanitaria*, 19(3), 1-9.
- Hampel, P. y Petermann, F. (2006). Perceived stress, coping, and adjustment in adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 38, 409–415
- Hawkins, D., Kosterman, R., Catalano, R.F., Hill, K.G. y Abbott, R.D. (2005). Promoting positive adult functioning through social development intervention in childhood long-term effects. From the Seattle Social Development Project. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 159, 25-31.
- Hawkins, J., Catalano, R. y Arthur, M. (2002). Promoting science-based prevention in communities. *Addictive Behaviors*, 27, 951-976.
- 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.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Hawkins, J.D., Catalano, R.F., Kosterman, R., Abbott, R. y Hill, K.G. (1999). Preventing adolescent health-risk behaviors by strengthening protection during childhood. *Arch Pediatr Adolesc Med.*, 153, 226-234.
- Hawkins, J.D., Herrenkohl, T.D., Farrington, D.P., Brewer, D., Catalano, R.F., Harachi, T.W. y Cothorn, L. (2000). Predictors of Youth Violence *Juvenile Justice Bulletin*, April, 1-11.
- Heather, N., Wodak, A., Nadelmann, E., y O'Hare, P. (2004). *La cultura de las drogas en la sociedad del riesgo*. Publicaciones Grup Igia. Barcelona.
- Heather, S., Lonczak, H.S., Huang, B., Catalano, R.F., Hawkins, D., Hill, K.G., Abbott, R.D., Ryan, J., y Kosterman, R. (2001). The social predictors of adolescent alcohol misuse: A test of the social development model. *Journal of studies on alcohol*, 62, 179-189.
- Hernán M, Ramos M, y Fernández. (2002). *Salud y Juventud*. Madrid: Consejo de la Juventud de España.
- Hidalgo, M.I. y Redondo, A.M. (2005). Consumo de drogas en la adolescencia. *Pediatric Integral*, 9, 137-155.
- Hurst A (2009). Alcohol, amphetamines, cannabis, cocaine and ecstasy: AACCE substance use in the North West of England: the changing profile of substance users engaged in treatment. *Network: A national newsletter on substance misuse management in primary care*. Consultado el 12/1/2010. Disponible en: www.smmgp.org.uk/download/newsletters/network027.pdf
- Inglés, C., Delgado, B., Bautista, R., Torregrosa, M., Espada, J., García-Fernández, J., Hidalgo, M., y García-López, L. (2007). Factores psicosociales relacionados con el consumo de alcohol y tabaco en adolescentes españoles. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7, 403-420.
- Instituto de Salud Pública. Hábitos de salud en la población juvenil de la Comunidad de Madrid 2005. *Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid*, 11, 3-42.
- Jessor, R. (1987). Problem-behavior theory, psychosocial development, and adolescent problem drinking. *British Journal of Addiction* 82, 331-342.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Jessor, R. (1991). Risk behavior in adolescence: A psychosocial framework for understanding and action. *Journal of Adolescent Health*, 12, 597–605.
- Jessor, R., Turbin, M. S., & Costa, F. M. (1998). Protective factors in adolescent health behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75, 788–800.
- Jiménez, L., Menéndez, S., y Hidalgo, M.V. (2008). Un análisis de los acontecimientos vitales estresantes durante la adolescencia. *Apuntes de Psicología*, 26(3), 427-440.
- Jiménez, T., Musitu, G., y Murgui, S. (2008). Funcionamiento familiar y consumo de sustancias en adolescentes: el rol mediador de la autoestima. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8, 139-151.
- Jiménez-Muro, A., Beamonte, A., Marqueta, A.; Garrallo, P., y el Nerín, I. (2009). Consumo de drogas en estudiantes universitarios de primer curso. *Adicciones*, 21(1), 21-28.
- Junta de Comunidades de Castilla La Mancha. [Portal de Educación]. Consultado en Noviembre 2007. Disponible en: http://www.educa.iccm.es/educa-iccm/cm/educa_iccm/BBDD_ACCESS.1.1.tkContent.27265/tkListResults
- Kandel, D.B. (1980). Developmental stages in adolescent drug involvement. En D.J. Lettieri, M. Sayers y H.W. Pearson (Eds.), *Theories on drug abuse: Selected contemporary perspectives* (NIDA Research Monograph 30, DHHS). Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- Kovacs, F.M., Gestoso, M., Oliver-Frontera, M., Gil, M.T., López, J., Mufraggi, N. y Palou, P. (2008). La influencia de los padres sobre el consumo de alcohol y tabaco y otros hábitos de los adolescentes de palma de mallorca en 2003. *Rev Esp Salud Pública*, 82, 677-689.
- Kowalski, K.C. Mack, D.E.; Crocker, P.R.; Niefer, C.B.; y Fleming, T. (2006). Coping with Social Physique Anxiety in Adolescence. *Journal of Adolescent Health*, 39, 275–285.
- Kumpfer, K.L. y Turner, CW. (1991). The social ecology model of adolescent substance abuse: implications for prevention. *International Journal of Addiction*, 25 (4), 435-463.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Laespada, M.T. (2002). Paradigmas de riesgo relacionados con el ocio juvenil. *Boletín del Centro de Documentación en Ocio*. Deusto, 22, 37-41.
- Laespada, M.T. (2009). Consumir para ser «normal». Presentado en el Congreso hablemos de drogas: Familias y jóvenes, juntos por la prevención. Mesa redonda VI: Prevenir, ¿qué? Redefiniendo el trabajo con jóvenes. CosmoCaixa. Junio, Barcelona.
- Laespada, M.T., Arostegi, E. y Iraurgi J. (2004). Factores de riesgo y protección frente al consumo de drogas: Hacia un modelo explicativo del consumo de drogas en jóvenes de la CAPV. Deusto. Instituto Deusto de Drogodependencias. Universidad de Deusto.
- Lewis, R. y Frydenberg, E. (2002). Concomitants of failure to cope: What we should teach adolescents about coping. *British Journal of Educational Psychology*, 72, 419–443.
- Lewis, R. y Frydenberg, E. (2004). Adolescents least able to cope: how do they respond to their stresses?. *British Journal of Guidance & Counselling*, 32(1).
- Litman, J.A. (2006). The COPE inventory: Dimensionality and relationships with approach- and avoidance-motives and positive and negative traits. *Personality and Individual Differences*, 41, 273–284.
- Llorens, N., Perelló, M. y Palmer, A. (2004). Estrategias de afrontamiento: factores de protección en el consumo de alcohol, tabaco y cannabis. *Adicciones*, 16 (4),1-6.
- Luengo, M.A., Gómez-Fraguela, J.A., Garra, A. y Romero, E. (2002). Construyendo salud. Promoción del desarrollo personal y social. Guía del profesor. Ministerio de Educación, Cultura y Deporte.
- Luengo, M.A., Otero-López J.M., Mirón, L. y Romero, A. (1995). Análisis psicosocial del consumo de drogas en los adolescentes gallegos. Santiago: Xunta de Galicia.
- Luengo, M.A., Romero, E., Gómez-Fraguela, J.A., Guerra, A. y Lence, M. (1999). La prevención del consumo de drogas y conducta antisocial en la escuela: Análisis y evaluación de un programa. Ministerio de educación y cultura. Universidad de Santiago de Compostela.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Luengo, M.A., Villar, P., Gómez-Fraguela, 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.
- Martín, E. y Moncada, S. (2003). Programas de prevención de ocio alternativo. *Adicciones*, 15, 327-346.
- Martín, M. y Velarde, O. (2001). Informe Juventud en España 2000. Madrid: INJUVE.
- Martínez, F. (2001). Prevención familiar del consumo de drogas. *Trastornos Adictivos*, 3 (4), 263-279.
- Martínez, J. y Robles, L. (2001). Variables de protección ante el consumo de alcohol y tabaco en adolescentes. *Psicothema*, 13(2), 222-228.
- Martínez, M. y Alonso, C. (2003). Búsqueda de sensaciones, autoconcepto, asertividad y consumo de drogas ¿Existe relación? *Adicciones*, 15 (2), 145-158.
- Martínez, R., Fernández-Alba, A. y Salgado, A. (2004). Patrones de ocio en los adolescentes de la Comunidad de Madrid. *Conductas de riesgo: de Tomb Raider al botellón*. Consejo económico y social. Comunidad de Madrid.
- Martínez, R.; Fernández-Alba, A. y Salgado, A. (2003). "Patrones de ocio en los adolescentes de la Comunidad de Madrid. *Conductas de riesgo: de Tom Raider al botellón*". Madrid: Consejo económico y social.
- Matellanes, M. (2002). La prevención de las drogodependencias. ¿Es posible la integración de la intervención comunitaria, escolar y familiar?. En Fernández-Hermida, J. R. y Secades, R. (Eds.), *Intervención familiar en la prevención de las drogodependencias* (pp. 171-196). Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- Megías Quirós, I. (2001). "Información disponible sobre la economía del ocio juvenil: Rastreo bibliográfico". *Estudios de Juventud*, 54, 79-87.
- Megías, E. (2005). *La percepción social de los problemas de drogas en España*. Madrid: FAD y Caja Madrid.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Megías, E. (Dir) (2008). Las drogas ilegales entre los jóvenes de Castilla-La Mancha: discursos desde los consumos de cannabis y cocaína. Consejería de Sanidad de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha. Observatorio de Drogodependencias de Castilla-La Mancha.
- Megías, E. (Dir). (2000). Los valores en la sociedad española y su relación con las drogas. Colección de Estudios Sociales, nº 2. Barcelona: Fundación 'La Caixa'.
- Megías, E. (Dir). Hijos y padres: comunicación y conflictos. Madrid: FAD.
- Megías, E. (dir.) (2001). Valores sociales y drogas. Madrid: FAD.
- Megías, E. y Elzo, J. (Cod) Jóvenes, valores, drogas FAD, 2006
- Megías, E. y Rodríguez, E. (2001). La identidad juvenil desde las afinidades musicales. Madrid: INJUVE.
- Megías, E., Comas, D., Elzo, J., Navarro, J. y Romani, O. (2001). La percepción social de los problemas de drogas en España. Madrid: FAD.
- Megías, E., Elzo, I., Rodríguez, E., Navarro, J., Megías, I. y Méndez, S. (2003). Comunicación y Conflictos entre hijos y padres. Madrid: FAD.
- Megías, E., Elzo, J., Megías, I., Méndez, S., Navarro, F.J. y Rodríguez, E. (2002). Hijos y Padres: Comunicación y Conflictos. Madrid: FAD.
- Megías, I. y Rodríguez, E. (2000). Música y jóvenes: Identidades, diferenciaciones y referentes de ocio. En Ocio y tiempo libre: identidades y alternativas, Revista de estudios de Juventud, 50. Madrid: Injuve.
- Megías, I. y Rodríguez, E. (2001). La identidad juvenil desde las afinidades musicales. Madrid: Injuve.
- Mendoza, R. y López, P. (2007). El consumo de tabaco en el alumnado español pre-adolescente y adolescente: diferencias de género. Adicciones, 19, 341-356.
- Miranda, A. (2004). Estilos educativos en la familia: su influencia en el desarrollo socio-personal. II Congreso La familia en la sociedad del siglo XXI (pp. 369-379). Madrid: FAD.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Miranda, R. Jóvenes en situación de riesgo: un análisis ecológico. (2004). [Artículo en línea]. Revista Electrónica del Instituto Psicología y Desarrollo Año I, 1, 1-15 Abril. [Consultado:17/09/2008]. ISSN 1811-847X www.ipside.org/dispersion.
- Moncada, S. (1997). Factores de riesgo y de protección en el consumo de drogas. En PND (Ed.), Prevención de las drogodependencias. Análisis y propuestas de actuación. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Moradillo, F. (1995). Adolescentes, valores y drogas. Revista de la Asociación Proyecto Hombre, 16 (16), 1-16.
- Moradillo, F. (2001). Adolescentes, drogas y valores. Materiales educativos para la escuela y el tiempo libre. Rev. Esp. Salud Publica [online], 75(4), 389-392. ISSN 1135-5727.
- Moral, M., Ovejero, A., Sirvent, C. y Rodríguez, F. (2005). Prevención e intervención psicosocial sobre el consumo juvenil de sustancias psicoactivas: Comparación de la eficacia preventiva de cuatro programas. Intervención Psicosocial, 14, 198-208.
- Moral, M.V., Ovejero, A. y Pastor, J. (2004). Modelado familiar y del grupo de iguales sobre la experimentación juvenil con sustancias psicoactivas. Boletín de Psicología, 81, 33-68.
- Moral, M.V., Rodríguez, F.J. y Sirvent, C. (2005). Motivadores de consumo de alcohol en adolescentes: análisis de diferencias inter-género y propuesta de un continuum etiológico. Adicciones, 17 (2), 105-120.
- Moral, M.V., Rodríguez, F.J., y Sirvent, C. (2006). Factores relacionados con las actitudes juveniles hacia el consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas. Psicothema, 18(1), 52-58.
- Morán, C. (2005). Estrés, burnout y mobbing: Recursos y estrategias de afrontamiento. Salamanca: Armarú.
- Moreno, C., Muñoz, V., Pérez, P., y Sánchez-Queija, I. (2005). Los adolescentes españoles y su salud. Resumen del estudio "Health Behaviour in School Aged Children (HBSC-2002)". Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Moreno, J.A., Cervelló, E., y Moreno, R. (2008). Importancia de la práctica físico-deportiva y del género en el autoconcepto físico de los 9 a los 23 años. *Internacional Journal of Clinical, and Health Psychology*, 8, 171-183.
- Moreno, J.A., Moreno, R., y Cervello, E. (2009). Relación del autoconcepto físico con las conductas de consumo de alcohol y tabaco en adolescentes. *Adicciones*, 21 (2), 147-154.
- Muñoz-Rivas, M. J. y Graña, J. L. (2001). Factores de riesgo y de protección para el consumo de drogas en los adolescentes. *Psicothema*, 13, 87-94
- Muñoz-Rivas, M., de Lucas, G., y Graña, J.L. (2007). Estudio exploratorio de los factores de riesgo y de protección psicosociales asociados al consumo de drogas en la población infanto-juvenil de la Red de Centros de Protección de Menores de la Comunidad de Madrid. Agencia Antidroga. Consejería de Sanidad y Consumo. Comunidad de Madrid.
- Muñoz-Rivas, M.J., y Graña, J.L. (2001). Factores familiares de riesgo y de protección para el consumo de drogas en adolescentes. *Psicothema*, 13(1), 87-94.
- Musitu, G., y Herrero, J. El rol de la autoestima en el consumo moderado de drogas en la adolescencia. *Revista internacional de ciencias sociales y Humanidades*, XIII (001), 285-306.
- Musitu, G., y Cava, M.J. (2003). El rol del apoyo social en el ajuste de los adolescentes. *Intervención Psicosocial*, 12(2), 179-192.
- Musitu, G., y Martínez, B. (2007). Familia y escuela. Una complicidad necesaria en la prevención de las drogodependencias. Trabajo presentado en el Congreso hablemos de drogas: Familias y jóvenes, juntos por la prevención. Mesa redonda II: La intervención con familias. CosmoCaixa. Junio, Barcelona.
- Naciones Unidas. Informe mundial sobre las drogas. Oficina contra la droga y el delito 2007.
- Nadal, R. (2008). La búsqueda de sensaciones y su relación con la vulnerabilidad a la adicción y al estrés. *Adicciones*, 20, 59-72.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- National Institute on Drug Abuse (2005). Preventing drug use among children and adolescents. A research-based guide. Consultado el 22/5/2008. Disponible en: <http://www.nida.nih.gov/Prevention/CONTENT.HTML>.
- Navarro, J. (2000). Factores de riesgo y protección de carácter social relacionados con el consumo de drogas. Madrid: Ayuntamiento de Madrid.
- Navarro, J. (2003). "Adolescentes, drogas y juego. Factores de riesgo y protección". Proyecto Hombre, 46(45), 27-37.
- Navarro, J. (2003). Adolescentes, drogas y juego. Factores de riesgo y protección. Revista de Proyecto Hombre, 46(45), 27-37.
- Navarro, M.N. (2003). Adolescencia, grupo de iguales, consumo de drogas, y otras conductas problemáticas. Estudios de juventud, 02(03), 81-91.
- Novel, G., Lluch, T, Miguel, M.D. (2005). Enfermería psicosocial y salud mental. Barcelona: Masson.
- Observatorio Español sobre Drogas (2005). Informe 2004. Situación y tendencias de los problemas de drogas en España. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Observatorio Español sobre Drogas (2006). Informe 2006. Situación y tendencias de los problemas de drogas en España. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Observatorio Español sobre Drogas (2007). Informe 2007. Situación y tendencias de los problemas de drogas en España. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, (2009). Informe anual 2009. El problema de la drogodependencia en Europa. Oficina de Publicaciones de la Unión Europea.
- Observatorio sobre Drogas para Asturias. (2006). Observatorio sobre Drogas para Asturias. Informe 2006. En D. G. d. S. P. y Planificación (Ed.): Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias.
- Observatorio Vasco de Drogodependencias (2002). Euskadi y drogas. Vitoria: Secretaría de la Presidencia del Gobierno Vasco.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Observatorio Vasco de Drogodependencias (2004). Informe "Seis" 2003. Vitoria: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.
- Oetting, E.R, Edwards, R.W., Kelly, K., y Beauvais, F. Risk and Protective Factors for Drug Use Among Rural American Youth. National Institute on Drug Abuse. 90-130
- Oetting, E.R., y Beauvais, F. (1986) Clarification of peer cluster theory: A response to Peele, Cohen and Shaffer. *Journal Counsel Development*, 65(1), 29-30.
- Oetting, E.R., y Beauvais, F. (1986). Peer cluster theory: Drugs and the adolescent. *Journal Counsel Development*, 65 (1), 17-22.
- Oliva, A., Parra, A., y Arranz, E. (2008). Estilos relacionales parentales y ajuste adolescente. *Infancia y Aprendizaje*, 31 (1), 93-106.
- 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, 153-169
- Oñate, P. (1987). Prevención educacional de las toxicomanías: Criterios básicos. *Comunidad y Drogas*, 3, 83-89.
- Osorio, E.A., Ortega, N.M., y Pillon, S.C. (2004). Factores de riesgo asociados al uso de drogas en estudiantes adolescentes. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [online], 12, 369-375. ISSN 0104-1169.
- Pallares, J y Feixa, C (2000). Espacios e itinerarios para el ocio juvenil nocturno. *Revistas de estudios de juventud* (50). INJUVE. Madrid
- Parra, A., y Oliva, A. (2002). Comunicación y conflicto familiar durante la adolescencia. *Anales de Psicología*, 18, 215-231.
- Pastor, Y., Balaguer, I. y García-Merita, M. (2006). Relaciones entre el autoconcepto y el estilo de vida saludable en la adolescencia media: un modelo exploratorio. *Psicothema*, 18 (1), 18-24.
- Peñafiel, E. (2009). Factores de riesgo y protección en el consumo de sustancias en Adolescentes. Tesis doctoral sin publicar. Universidad de Alcalá. Departamento de Psicopedagogía y Educación Física. Madrid.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Petterson, P.L., Hawkins, J.D. y Catalano, R. (1992). Evaluating comprehensive community drug risk reduction interventions. Design challenges and recommendations. *Evaluation Review*, 16, 579-602.
- Piko, B. (2001). Gender differences and similarities on adolescents' ways of coping. *Psychol Rec*, 51 (2), 223-235,.
- Pinazo, S., y Pons, J. (2002). La implicación de los padres en los programas preventivos del consumo de drogas: un estudio empírico. En J. R. Fernández Hermida y R. Secades Villa (Eds.), *Intervención familiar en la prevención de las drogodependencias* (pp. 325-364). Madrid: Plan Nacional Sobre Drogas.
- Plan de alcoholismo y drogodependencias de Castilla-La Mancha 2006-2010 Dirección General de Planificación y Atención Sociosanitaria. Consejería de sanidad junta de comunidades de Castilla-la Mancha.
- Plan Nacional sobre Drogas (2003). Encuesta estatal sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias 2002. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Plan Nacional sobre Drogas (2005). Encuesta estatal sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias 2004. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Plan Nacional sobre drogas (2005). Observatorio sobre drogas. Informe nº 5. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Plan Nacional sobre Drogas (2007). Encuesta estatal sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias 2006. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Plan Nacional sobre Drogas (2009). Encuesta estatal sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias 2008. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Plan Nacional sobre Drogas (2009). Informe de la encuesta estatal sobre uso de drogas en estudiantes de enseñanzas secundarias (ESTUDES) 2008. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Plan Nacional sobre Drogas. (1999). Estrategia Nacional Sobre Drogas 2000-2008. Madrid: Ministerio del Interior-Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Plan Nacional sobre Drogas. (2005). Estrategia Nacional sobre Drogas 2000 - 2008 / Plan de Acción 2005 - 2008. Consultado 18/12/2007. Disponible en: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/PlandeAccion2005-2008.pdf>
- Plan Nacional sobre Drogas. Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016. (2009). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Pons, J. (1998). El modelado familiar y el papel educativo de los padres en la etiología del consumo de alcohol en los adolescentes. *Revista Española de Salud Pública*, 72, 251-266.
- Pons, J., y Berjano, E. (1999). El consumo abusivo de alcohol en la adolescencia: un modelo explicativo desde la Psicología Social. Madrid: PNSD
- Prelow, H.M., Michaels, M.L., Reyes, L., Knight, G.P., y Barrera, M. (2002). Measuring coping in Low-income European American, African American and Mexican American adolescents: an examination of measurement equivalence. *Anxiety, Stress and Coping*, 15 (2), 135-147.
- Rodrigo, M.J., Máiquez, L., Mendoza, R., Rubio, A., Martínez, A., y Martín, J.C. (2004). Relaciones padres-hijos y estilos de vida en la adolescencia. *Psicothema*, 16 (2), 203-210.
- Rodríguez, A., Hernán, M., Cabrera, A., García, J.M., y Romo, N. (2007). ¿Qué opinan adolescentes y jóvenes sobre el consumo de drogas recreativas y las conductas sexuales de riesgo?. *Adicciones*, 19 (2), 153-168.
- Rodríguez, E. (1995). Actitudes de los adolescentes de Castilla-La Mancha ante las drogas. Toledo: Consejería de Sanidad, Plan Regional sobre Drogas.
- Rodríguez, E. (coord.) (2002). Jóvenes y videojuegos: Espacio, significación y conflictos. Madrid: FAD-Injuve.
- Rodríguez, E. (coord.) (2007). Alcazul. Evaluación del programa de prevención del consumo de drogas en Castilla-La Mancha, Observatorio de Drogodependencias de Castilla-La Mancha.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Rodríguez, E. y Megías, I. (2001). Estructura y funcionalidad de las formas de diversión nocturna: límites y conflictos. *Revista de Estudios de Juventud: La Noche: un conflicto de poder* (54). Madrid: INJUVE y FAD.
- Rodríguez, E., Megías, I., y Navarro, J. (2005). Jóvenes, tiempo libre y consumo de drogas. Modelos, vivencias y expectativas entre los jóvenes de Castilla-La Mancha, Observatorio de Drogodependencias de Castilla-La Mancha.
- Rodríguez, E., Megías, I., y Sánchez, E. (2002). Jóvenes y relaciones grupales. Dinámica relacional para los tiempos de trabajo y de ocio. Injuve
- Rodríguez, E., Megías, I., y Sánchez, E. (2002). Jóvenes y relaciones grupales: Dinámica relacional para los tiempos de trabajo y de ocio. Madrid: FAD-Injuve.
- Rodríguez, E., Navarro, J., y Megías, I. (2001). Jóvenes y medios de comunicación: la comunicación mediática entre los jóvenes madrileños. Madrid: FAD-Injuve.
- Rodríguez, J., Agulló, E., y Agulló, M.S. (2003). Jóvenes, fin de semana y uso recreativo de drogas: evolución y tendencias del ocio juvenil. *Adicciones*, 15 (2), 5-33.
- Rohrbaugh, J., y Jessor, R. (1974). Religiosity in youth: A personal control against deviant behavior'. *University of Colorado. Institute of Behavioral Science. Research*, 157, 136-155
- Romero, E., Luengo, M.A., y Otero-López, J.M. (1995). La relación entre autoestima y consumo de drogas en los adolescentes: un análisis longitudinal. *Revista de Psicología Social*, 10(2), 149-159.
- Saiz, J. (2009). Estudio empírico de las variables de la Teoría de la Conducta Planificada como factores de riesgo para el consumo de cocaína en tres grupos diferentes. *Adicciones*, 21(3), 187-194
- Sáiz, P.A., González, M.P., Paredes, B., Martínez, S. y Delgado, J.M. (2001). Personalidad y uso-abuso de cocaína. *Adicciones*, 13, 47-60.
- Sánchez-Queija, I., Moreno, M.C., Muñoz, M.V., y Pérez, P.J. (2007). Adolescencia, grupo de iguales y consumo de sustancias. Un estudio descriptivo y relacional *Apuntes de Psicología*, 25 (3), 305-324.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Sánchez-Queija, I., Oliva, A., y Parra, A. (2006). Empatía y conducta prosocial durante la adolescencia. *Revista de Psicología Social*, 21 (3), 259-271.
- Sánchez-Queija, I., y Oliva, A. (2003). Vínculos de Apego con los Padres y Relaciones con los Iguales Durante la Adolescencia. *Revista de Psicología Social*, 18 (1), 71-86.
- Secades, R., y Fernández-Hermida, J.R. (2002). Factores de riesgo para el uso de drogas: un estudio empírico español. En Plan Nacional sobre Drogas (Ed.), *Intervención familiar en la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- Suelves, J.M. y Sánchez-Turet, M. (2001). Asertividad y uso de sustancias en la adolescencia: Resultados de un estudio transversal. *Anales de psicología*, 17 (1), 15-22.
- Suelves, J.M., Romero, R., Sanchez-Turet, M. (2000). Prevención del abuso de drogas la escuela secundaria tras la reforma educativa. Implantación de diversos programas en la ciudad de Barcelona. *Gaceta Sanitaria*, 14, 131-138.
- Sun, W., Skara, S., Sun, P., Dent, C.W., y Sussman, S. (2006). Project towards no drug abuse: Long-term substance use outcomes evaluation. *Preventive Medicine*, 42, 188 – 192.
- Trilla, J. (1999). Perspectivas educativas del ocio para el siglo XXI. *Revista Proyecto (32)*. Proyecto hombre. Madrid
- Trujillo, A., Forns, M. y Pérez, A. (2007). Uso de sustancias y percepción de riesgo: Estudio comparativo entre jóvenes de Bogotá y Barcelona. *Adicciones*, 19, 179-190.
- Turbi, A. y Lloria, R. (2005). *Prevención con menores en situación de riesgo*. Valencia: Proyecto Hombre.
- Urra, J. (2006). *El pequeño dictador. Cuando los padres son las víctimas*. Madrid: La esfera de los libros.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Vázquez, C., Crespo, M. y Ring, J.M. Estrategias de afrontamiento. Capítulo de libro electrónico. Consultado el 22/1/2008. Disponible en: http://www.ucm.es/info/psisalud/carmelo/PUBLICACIONES_pdf/2000-Estrategias%20de%20Afrontamiento.pdf
- Viladomiu, M. (2004). Reflexiones sobre el ocio familiar desde la perspectiva de la prevención de las drogodependencias. Estudio subvencionado por la Dirección de Drogodependencias del Departamento de Vivienda y Asuntos Sociales.
- Villar, P., Luengo, M.A., Gómez-Fraguela, 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 (4), 581-588
- Wilds, L.G., Flisher, A.J., Bhana, A. y Lombard, C. (2004). Substance abuse, suicidability and self-esteem in South African adolescents. *Journal of drug education*, 34, 1, 1-17.
- Wills, T., y Yaeguer, A.M. (2003). Family factors and Adolescent substance use: Models and Mechanisms. *Current directions in Psychological Science*, 12 (6).
- Wills, T.A. (1986). Stress and coping in early adolescence: Relationships to substance use in urban school samples. *Health Psychology*, 5, 503-529.
- Wills, T.A. y Dishion, T.J. (2004). temperament and adolescent substance use: A transactional analysis of emerging self-control. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33 (1), 69-81.
- Wills, T.A., Baker, A. y Botvin, G.L. (1989). Dimensions of Assertiveness: Differential Relationships to Substance Use in Early Adolescence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 473-478.
- Wills, T.A., McNamara, G., Vaccaro, D. y Hirky, A.E. (1996). Escalated substance use: A longitudinal grouping analysis from early to middle adolescence. *Journal of Abnormal Psychology*, 105, 166-180.
- Wills, T.A., Sandy, J.M., Yaeger, A.M., Cleary, S.D. y Shinar, O. (2001). Coping dimensions, life stress, and adolescent substance use: A latent growth analysis. *Journal of Abnormal Psychology*, 110, 309-323.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Wills, T.A., Shiffman, S. (1985). Coping and substance use: A conceptual framework. En Shiffman, S., Wills, T.A. (Eds.). Coping and substance use. New York, Academic Press.
- Windle, M. y Windle, R. C. (1996). Coping strategies, drinking motives, and stressful life events among middle adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*, 105, 551-560.
- Young, J. E. y Klosko, J. S. (1993). *Reinventing your life*. New York: Plume Books.
- Young, J.E. (1999). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach* (3rd edition). Sarasota, FL: Professional Resources Press.
- Young, J.E. (2003). Young Parenting Inventory (YPI). Consultado el [2 Febrero 2008]. Disponible en: www.schematherapy.com/id205.htm
- Young, S.E., Corley, R.P., Stallings, M.C., Rhee, S.H., Crowley, T.J. y Hewitt, J.K. (2002). Substance use, abuse and dependence in adolescence: Prevalence, symptom profiles and correlates. *Drug and Alcohol Dependence*, 68, 309-322.
- Youngblade, L.M., Theokas, C., Schulenberg, J., Curry, L., Huang, I.C., y Novak, M. (2007). Risk and Promotive factors in families, schools, and communities: A contextual model of positive youth development in adolescence. *Pediatrics*, 119, 47-53.
- Youth Justice Board (2005). Risk and protective factors. Youth Justice Board for England and Wales.
- Zuckerman, M. y Gagne, M. (2003). The COPE revised: Proposing a 5-factor model of coping strategies *Journal of Research in Personality*, 37, 169–204
- Zuckerman, M., (1979). *Sensation Seeking: Beyond the optimal Level of Arousal*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Zuckerman, M., Eysenck, S.B., Eysenck, H.J. (1978). Sensation seeking in England and America: cross cultural, age and sex comparisons. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1, 139-149.

ANEXOS

CUESTIONARIO SOBRE DROGAS

Número:

Fecha de la encuesta:

Centro:

Curso:

Fecha de Nacimiento:

Sexo: Hombre Mujer

Edad:

1. A continuación encontrarás una serie de preguntas sobre cómo te sientes en distintos lugares y relaciones. Lee cada una de ellas y puntúalas de 1 a 7, rodeando con un círculo el número correspondiente, teniendo en cuenta que el 7 refleja que te sientes muy bien y el 1 que te sientes muy mal.

Valora de 1 a 7 como te llevas o te sientes (N/A: NO APLICABLE):

1.	En casa	1	2	3	4	5	6	7	N/A
2.	Con tu padre	1	2	3	4	5	6	7	N/A
3.	Con tu madre	1	2	3	4	5	6	7	N/A
4.	En el instituto, en general	1	2	3	4	5	6	7	N/A
5.	En tu clase	1	2	3	4	5	6	7	N/A
6.	Con los profesores/as	1	2	3	4	5	6	7	N/A
7.	Con tus compañeros/as	1	2	3	4	5	6	7	N/A
8.	Con tus amigos/as	1	2	3	4	5	6	7	N/A
9.	Con el ocio	1	2	3	4	5	6	7	N/A
10.	Con lo que aprendes en el instituto	1	2	3	4	5	6	7	N/A
11.	Contigo mismo	1	2	3	4	5	6	7	N/A
12.	Con tu futuro	1	2	3	4	5	6	7	N/A
13.	Con tu relación de pareja	1	2	3	4	5	6	7	N/A

2. ¿De cuánto dinero dispones a la semana para tus gastos personales? (Poner la cantidad en número)

3. En los últimos 12 meses, ¿Con que frecuencia has salido por las noches?

- Nunca.....
- Ocasionalmente algún día (1 a 3 días al mes)...
- Al menos 1 noche a la semana.....
- Todos los fines de semana.....
- Casi todos los días.....

4. En caso de que hayas salido de noche, ¿A que hora volviste a casa la última vez que saliste en fin de semana?

- Antes de las 12 de la noche.....
- Entre las 12 y las 2 de la madrugada.....
- Entre las 2 y las 4 de la madrugada.....
- Después de las 4 de la madrugada.....
- No volví hasta la mañana del día siguiente.....

5. ¿Tienes hora de llegada a casa? (Especificar)_____

6. Señala con una X, con qué frecuencia realizas las siguientes actividades cuando sales con tus amigos/as por las noches.

	Nunca	1 vez al mes	1 vez semana	2-6 veces semana	Fines de semana	Diariamente
Ir a pubs, bares,						
Ir a discotecas						
Ir al cine						
Pasear por la calle						
Ir a casa de amigo						
Ir a una plaza/ parque						

7. ¿Crees que estás informado en relación con las drogas, sus efectos y problemas asociados? Marca con un aspa (X) el recuadro que se corresponda con lo que tú crees.

¿CREES QUE SABES SOBRE?	Mucho	Bastante	Poco	Nada
Tabaco				
Alcohol				
Porros				
Cocaína				
Heroína				
Anfetaminas				
Tripis, setas, LSD				
Drogas sintéticas: éxtasis				
Pegamento				
Medicamentos: tranquilizantes, antidepresivos				

8. En relación con el consumo de drogas, señala con una X la opción que mejor se corresponda.

¿Has consumido ...	Alguna vez?	Últimos 6 meses?	Último mes?	Última semana?	
				Entre semana?	Fin de semana?
TABACO Edad primer consumo:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> 1-2 veces al mes <input type="checkbox"/> Una vez/semana <input type="checkbox"/> 2-6 veces/semana <input type="checkbox"/> Diariamente	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Una vez/semana <input type="checkbox"/> 2-4 veces/semana <input type="checkbox"/> Diariamente	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Un día <input type="checkbox"/> Dos días <input type="checkbox"/> Diario
CERVEZA Edad primer consumo:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> 1-2 veces al mes <input type="checkbox"/> Una vez/semana <input type="checkbox"/> 2-6 veces/semana <input type="checkbox"/> Diariamente	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Una vez/semana <input type="checkbox"/> 2-4 veces/semana <input type="checkbox"/> Diariamente	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Un día <input type="checkbox"/> Dos días <input type="checkbox"/> Diario
VINO Edad primer consumo:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> 1-2 veces al mes <input type="checkbox"/> Una vez/semana <input type="checkbox"/> 2-6 veces/semana <input type="checkbox"/> Diariamente	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Una vez/semana <input type="checkbox"/> 2-4 veces/semana <input type="checkbox"/> Diariamente	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Un día <input type="checkbox"/> Dos días <input type="checkbox"/> Diario

¿Has consumido ...	Alguna vez?	Últimos 6 meses?	Último mes?	Última semana?	
				Entre semana?	Fin de semana?
COMBINADOS Edad primer consumo:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> 1-2 veces al mes <input type="checkbox"/> Una vez/semana <input type="checkbox"/> 2-6 veces/semana <input type="checkbox"/> Diariamente	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Una vez/semana <input type="checkbox"/> 2-4 veces/semana <input type="checkbox"/> Diariamente	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Un día <input type="checkbox"/> Dos días <input type="checkbox"/> Diario
PORROS Edad primer consumo:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> 1-2 veces al mes <input type="checkbox"/> Una vez/semana <input type="checkbox"/> 2-6 veces/semana <input type="checkbox"/> Diariamente	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Una vez/semana <input type="checkbox"/> 2-4 veces/semana <input type="checkbox"/> Diariamente	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Un día <input type="checkbox"/> Dos días <input type="checkbox"/> Diario
PEGAMENTO Edad primer consumo:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> 1-2 veces al mes <input type="checkbox"/> Una vez/semana <input type="checkbox"/> 2-6 veces/semana <input type="checkbox"/> Diariamente	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Una vez/semana <input type="checkbox"/> 2-4 veces/semana <input type="checkbox"/> Diariamente	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Un día <input type="checkbox"/> Dos días <input type="checkbox"/> Diario
COCAÍNA Edad primer consumo:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> 1-2 veces al mes <input type="checkbox"/> Una vez/semana <input type="checkbox"/> 2-6 veces/semana <input type="checkbox"/> Diariamente	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Una vez/semana <input type="checkbox"/> 2-4 veces/semana <input type="checkbox"/> Diariamente	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Un día <input type="checkbox"/> Dos días <input type="checkbox"/> Diario
HEROÍNA Edad primer consumo:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> 1-2 veces al mes <input type="checkbox"/> Una vez/semana <input type="checkbox"/> 2-6 veces/semana <input type="checkbox"/> Diariamente	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Una vez/semana <input type="checkbox"/> 2-4 veces/semana <input type="checkbox"/> Diariamente	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Un día <input type="checkbox"/> Dos días <input type="checkbox"/> Diario
ANFETAMINAS Edad primer consumo:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> 1-2 veces al mes <input type="checkbox"/> Una vez/semana <input type="checkbox"/> 2-6 veces/semana <input type="checkbox"/> Diariamente	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Una vez/semana <input type="checkbox"/> 2-4 veces/semana <input type="checkbox"/> Diariamente	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Un día <input type="checkbox"/> Dos días <input type="checkbox"/> Diario
TRIPIS, SETAS, LSD Edad primer consumo:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> 1-2 veces al mes <input type="checkbox"/> Una vez/semana <input type="checkbox"/> 2-6 veces/semana <input type="checkbox"/> Diariamente	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Una vez/semana <input type="checkbox"/> 2-4 veces/semana <input type="checkbox"/> Diariamente	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Un día <input type="checkbox"/> Dos días <input type="checkbox"/> Diario
DROGAS DE DISEÑO: ÉXTASIS Edad primer consumo:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> 1-2 veces al mes <input type="checkbox"/> Una vez/semana <input type="checkbox"/> 2-6 veces/semana <input type="checkbox"/> Diariamente	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Una vez/semana <input type="checkbox"/> 2-4 veces/semana <input type="checkbox"/> Diariamente	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Un día <input type="checkbox"/> Dos días <input type="checkbox"/> Diario

¿Has consumido ...	Alguna vez?	Últimos 6 meses?	...en los últimos 30 días?	En la última semana	
				Entre semana?	Fin de semana?
MEDICAMENTOS: tranquilizantes antidepresivos Edad primer consumo:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> 1-2 veces al mes <input type="checkbox"/> Una vez/semana <input type="checkbox"/> 2-6 veces/semana <input type="checkbox"/> Diariamente	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Una vez/semana <input type="checkbox"/> 2-4 veces/semana <input type="checkbox"/> Diariamente	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Un día <input type="checkbox"/> Dos días <input type="checkbox"/> Diario
¿Te has emborrachado... Edad primera borrachera:	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> 1-2 veces al mes <input type="checkbox"/> Una vez/semana <input type="checkbox"/> 2-6 veces/semana <input type="checkbox"/> Diariamente	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Una vez/semana <input type="checkbox"/> 2-4 veces/semana <input type="checkbox"/> Diariamente	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Un día <input type="checkbox"/> Dos días <input type="checkbox"/> Diario

9. En relación con tu grupo o grupos de amigos, marca una X las sustancias que consumen en la actualidad, aunque lo hagan de manera esporádica.

Tabaco	<input type="checkbox"/>
Alcohol	<input type="checkbox"/>
Porros	<input type="checkbox"/>
Cocaína	<input type="checkbox"/>
Heroína	<input type="checkbox"/>
Anfetaminas	<input type="checkbox"/>
Tripis, setas, LSD	<input type="checkbox"/>
Drogas de diseño: Éxtasis	<input type="checkbox"/>
Pegamento	<input type="checkbox"/>
Medicamentos: tranquilizantes, antidepresivos...	<input type="checkbox"/>

10. Imagina las siguientes situaciones y piensa con qué frecuencia reaccionaría de ese modo

	Nunca	Alguna vez	Con frecuencia	Con mucha frecuencia	Siempre
Si un amigo/a me ofreciera fumar, lo haría aunque no me apeteciese					
Me sentiría desplazado/a si no bebiese alcohol en una fiesta donde todos lo hacen					

11. ¿Por qué motivos has consumido las siguientes drogas?: Marca con un aspa(X) el recuadro que se corresponda con tus motivos (Puedes marcar más de una).

	Me gusta	Olvidar problemas	Para divertirme	Por mis amigos	Para relacionarme	Ligar
Tabaco						
Alcohol						
Porros						
Cocaína						
Heroína						
Anfetaminas						
Tripis, setas, LSD						
Drogas de diseño						
Pegamento						
Psicofármacos						

12. ¿Cuánto riesgo crees que corren las personas que?

	Ningún riesgo	Riesgo Ligero	Riesgo Moderado	Mucho Riesgo
Fuman algún cigarro de vez en cuando				
Fuman los fines de semana				
Fuman 1 ó más paquetes de tabaco al día				
Fuman porros 1 ó 2 veces				
Fuman porros los fines de semana				
Fuman porros todos los días				
Beben 1 ó más copas de vez en cuando				
Beben 1 ó más copas de bebidas alcohólicas casi todos los días				
Beben 1 ó más copas de bebidas alcohólicas los fines de semana				
Prueban cocaína 1 ó 2 veces				
Consumen cocaína los fines de semana				
Consumen cocaína todos los días				
Prueban la heroína 1 ó 2 veces				
Consumen heroína solo los fines de semana				
Consumen heroína todos los días				
Prueban el pegamento 1 ó 2 veces				
Consumen pegamento solo los fines de semana				
Consumen pegamento todos los días				
Prueban las anfetaminas 1 ó 2 veces				
Consumen anfetaminas solo los fines de semana				
Consumen anfetaminas todos los días				
Prueban los tripis 1 ó 2 veces al día				
Consumen tripis solo los fines de semana				
Consumen tripis todos los días				
Prueban las drogas de diseño 1 ó 2 veces				
Consumen drogas de diseño solo los fines de				
Consumen drogas de diseño todos los días				

13. ¿Crees que el consumo de drogas, puede producir alguno de los siguientes problemas? Marca con un aspa (X) el recuadro que se corresponda con lo que tú crees (Puedes marcar más de una casilla).

Si consumes	Discusión pelea	Accidente tráfico	Problemas familiares	Problemas escolares	Problemas amigos	Problemas de salud
Tabaco						
Alcohol						
Porros						
Cocaína						
Heroína						
Anfetaminas						
Tripas, setas, LSD						
Drogas diseño						
Pegamento						
Psicofármacos						

14. ¿Ha tenido alguno de los siguientes problemas relacionado con el consumo de alcohol o drogas?. Marca con un aspa (X) en el recuadro que mejor se corresponda.

PROBLEMA	Nunca	Si, debido al consumo de alcohol	Si, debido al consumo de otras drogas
Discusión, riña o pelea			
Accidente			
Perdida o daño de objetos, ropa			
Problemas con los padres			
Problemas con amigos			
Problemas de estudios			
Relaciones sexuales sin protección			
Hospitalización			

15. ¿Crees que sería difícil conseguir cada una de las siguientes sustancias?

	Imposible	Muy difícil	Bastante difícil	Bastante fácil	Muy fácil
Tabaco					
Alcohol					
Porros					
Cocaína					
Heroína					
Anfetaminas o similares					
Tripis, setas, LSD					
Drogas diseño					
Pegamento					
Medicamentos: tranquilizantes, antidepresivos					

SI QUIERES HACER ALGÚN COMENTARIO, SUGERENCIA O PREGUNTA ACERCA DE ALGÚN TEMA RELACIONADOS CON LAS DROGAS

COPE-S

- Estamos interesados en ver cómo las personas responden cuando se enfrentan a situaciones difíciles o estresantes en sus vidas.
- Antes de comenzar piensa en una situación difícil, un problema que le supuso un alto grado de estrés y malestar, y en cómo reaccionaste a ella.
- No existen respuestas "buenas" o "malas", por tanto, elige aquella respuesta que es la más adecuada para ti. Indica lo que hiciste cuando experimentaste la situación estresante que viviste.
- Por favor, responde a *todos* los ítems rodeando con un círculo el número que corresponda a tu respuesta, teniendo en cuenta las alternativas de respuesta que a continuación se indican:

1 = no hice esto en absoluto.

2 = hice esto un poco.

3 = hice esto bastante.

4 = hice esto mucho.

1. Intento madurar como resultado de la experiencia _____ 1 2 3 4
2. Me vuelco en el trabajo y en otras actividades sustitutivas
para apartar cosas de mi mente _____ 1 2 3 4
3. Me altero y dejo que mis emociones afloren _____ 1 2 3 4
4. Intento conseguir consejo de alguien sobre qué hacer _____ 1 2 3 4
5. Concentro mis esfuerzos en hacer algo acerca de ello _____ 1 2 3 4
6. Me digo a mí mismo "esto no es real" _____ 1 2 3 4
7. Confío en Dios _____ 1 2 3 4
8. Me río de la situación _____ 1 2 3 4
9. Admito que no puedo hacerlo frente y dejo de intentarlo _____ 1 2 3 4
10. Me disuado a mí mismo de hacer algo demasiado rápidamente _____ 1 2 3 4
11. Hablo de mis sentimientos con alguien _____ 1 2 3 4
12. Utilizo alcohol o drogas para hacerme sentir mejor _____ 1 2 3 4
13. Me acostumbro a la idea de lo que pasó _____ 1 2 3 4
14. Hablo con alguien para averiguar más acerca de la situación _____ 1 2 3 4
15. Evito distraerme con otros pensamientos o actividades _____ 1 2 3 4
16. Sueño despierto con cosas diferentes de ésta _____ 1 2 3 4
17. Me altero y soy realmente consciente de ello _____ 1 2 3 4
18. Busco la ayuda de Dios _____ 1 2 3 4
19. Elaboro un plan de acción _____ 1 2 3 4
20. Hago bromas sobre ello _____ 1 2 3 4
21. Acepto que esto ha pasado y que no se puede cambiar _____ 1 2 3 4

-
22. Demoro hacer algo acerca de ello hasta que la situación lo permita _____ 1 2 3 4
23. Intento conseguir apoyo emocional de amigos o familiares _____ 1 2 3 4
24. Simplemente dejo de alcanzar mi objetivo _____ 1 2 3 4
25. Tomo medidas adicionales para intentar hacer desaparecer el problema _____ 1 2 3 4
26. Intento perderme un rato bebiendo alcohol o consumiendo drogas _____ 1 2 3 4
27. Me niego a creer que ha sucedido _____ 1 2 3 4
28. Dejo aflorar mis sentimientos _____ 1 2 3 4
29. Intento verlo de manera diferente para hacerlo parecer más positivo _____ 1 2 3 4
30. Hablo con alguien que pueda hacer algo concreto acerca del problema _____ 1 2 3 4
31. Duermo más de lo habitual _____ 1 2 3 4
32. Intento proponer una estrategia sobre qué hacer _____ 1 2 3 4
33. Me centro en hacer frente a este problema, y si es necesario dejo
otras cosas un poco de lado _____ 1 2 3 4
34. Consigo el apoyo y comprensión de alguien _____ 1 2 3 4
35. Bebo alcohol o tomo drogas para pensar menos en ello _____ 1 2 3 4
36. Bromeo sobre ello _____ 1 2 3 4
37. Renuncio a conseguir lo que quiero _____ 1 2 3 4
38. Busco algo bueno en lo que está sucediendo _____ 1 2 3 4
39. Pienso en cómo podría manejar mejor el problema _____ 1 2 3 4
40. Finjo que no ha sucedido realmente _____ 1 2 3 4
41. Me aseguro de no empeorar las cosas por actuar precipitadamente _____ 1 2 3 4
42. Intento firmemente evitar que cosas interfieran con mis esfuerzos
por hacer frente a esto _____ 1 2 3 4
43. Voy al cine o veo la televisión para pensar menos en ello _____ 1 2 3 4
44. Acepto la realidad del hecho de que ha sucedido _____ 1 2 3 4
45. Pregunto a personas que han tenido experiencias similares qué hicieron _____ 1 2 3 4
46. Siento mucho malestar emocional y termino por expresar ese malestar _____ 1 2 3 4
47. Llevo a cabo una acción directa en torno al problema _____ 1 2 3 4
48. Intento encontrar alivio en mi religión _____ 1 2 3 4
49. Me obligo a esperar el momento adecuado para hacer algo _____ 1 2 3 4
50. Hago bromas de la situación _____ 1 2 3 4
51. Reduzco el esfuerzo para resolver el problema _____ 1 2 3 4
52. Hablo con alguien de cómo me siento _____ 1 2 3 4
53. Utilizo alcohol o drogas para ayudarme a superarlo _____ 1 2 3 4
54. Aprendo a vivir con ello _____ 1 2 3 4
55. Dejo de lado otras actividades para concentrarme en esto _____ 1 2 3 4

56. Medito profundamente acerca de qué pasos tomar _____ 1 2 3 4
57. Actúo como si nunca hubiera sucedido _____ 1 2 3 4
58. Hago lo que ha de hacerse, paso a paso _____ 1 2 3 4
59. Aprendo algo de la experiencia _____ 1 2 3 4
60. Rezo más de lo habitual _____ 1 2 3 4

AREAS DE ESTUDIO	VARIABLES
VARIABLES INDEPENDIENTES	Sexo, edad, curso y centro de estudios
Consumo de drogas	Consumo alguna vez en la vida de los distintos tipos de sustancias Consumo en los últimos 6 meses de los distintos tipos de sustancias Consumo en el último mes de los distintos tipos de sustancias Consumo en la última semana de los distintos tipos de sustancias Frecuencia de consumo en el último mes Frecuencia de consumo en la última semana, distinguiendo consumo entre semana y fin de semana Edad de inicio de consumo de las distintas sustancias analizadas Frecuencia de borracheras Edad de la primera borrachera Riesgo percibido en el consumo de las distintas sustancias Problemas percibidos en relación con el consumo de drogas Problemas reales en relación con el consumo de sustancias Disponibilidad percibida de las distintas sustancias
Factores individuales	Sexo, edad Estilos y estrategias de afrontamiento Satisfacción personal consigo mismo y con el futuro
Factores relacionales	Nivel de satisfacción con la relación mantenida con el grupo de iguales Nivel de satisfacción personal en la relación familiar Satisfacción personal en relación con los estudios y el instituto Consumo de drogas en el grupo de iguales Tipo de actividades de ocio realizadas con el grupo de iguales Frecuencia de salidas nocturnas Hora de regreso a casa Ocupación del tiempo libre Cuatro supuestos de presión grupal hacia el consumo
Factores sociales y comunitarios	Disponibilidad de la droga Conocimientos sobre cada una de las drogas Percepción de riesgo asociado al consumo de alcohol, tabaco y otras drogas Percepción de posibles problemas asociados al consumo de drogas

LISTADO DE FIGURAS INCLUIDAS EN EL ESTUDIO

- Figura 1. Distribución de los adolescentes por género
- Figura 2. Distribución de los adolescentes por edad
- Figura 3. Distribución de los adolescentes por curso académico
- Figura 4. Distribución de los adolescentes según tipo de centro
- Figura 5. Distribución de los adolescentes por zonas geográficas
- Figura 6. Consumo de tabaco en los últimos 30 días y género
- Figura 7. Consumo de tabaco durante la última semana y género
- Figura 8. Consumo de tabaco durante la última semana y edad
- Figura 9. Consumo de tabaco durante la última semana y situación educativa
- Figura 10. Consumo de bebidas alcohólicas alguna vez en la vida y edad
- Figura 11. Consumo de alcohol “alguna vez” y situación educativa
- Figura 12. Consumo de bebidas alcohólicas en los “Últimos 6 meses”
- Figura 13. Bebidas alcohólicas en los últimos 6 meses y situación académica
- Figura 14. Frecuencia de borracheras durante el último mes
- Figura 15. Frecuencia de borracheras durante el último mes y género
- Figura 16. Borracheras entre semana
- Figura 17. Borracheras en el fin de semana
- Figura 18. Prevalencia de borracheras en la última semana y género
- Figura 19. Consumo de cannabis alguna vez y en los últimos 6 meses y situación educativa
- Figura 20. Prevalencia de consumo de cannabis en los últimos 30 días
- Figura 21. Consumo de cannabis en el último mes y género
- Figura 22. Consumo de cannabis durante la última semana (Entre semana)
- Figura 23. Consumo de cannabis durante la última semana (Fin de semana)
- Figura 24. Consumo de cocaína en los últimos 30 días y género
- Figura 25. Consumo de cocaína en los últimos 30 días y edad
- Figura 26. Consumo de cocaína en los últimos 30 días y situación educativa
- Figura 27. Frecuencia de consumo de drogas de diseño alguna vez y en los últimos 6 meses y género
- Figura 28. Frecuencia de consumo de drogas de diseño alguna vez y en los últimos 6 meses y edad
- Figura 29. Consumo de tripis alguna vez y en los últimos 6 meses y género
- Figura 30. Consumo de tripis alguna vez y en los últimos 6 meses y edad

Figura 31. Consumo de tripis alguna vez y en los últimos 6 meses y situación educativa

Figura 32. Prevalencia de consumo de anfetaminas y género

Figura 33. Prevalencia de consumo de anfetaminas y edad

Figura 34. Prevalencia de consumo de anfetaminas y situación educativa

Figura 35. Prevalencia de consumo de pegamento y género

Figura 36. Consumo de psicofármacos alguna vez y en los últimos 6 meses y género

Figura 37. Gráfico de sedimentación en análisis de consumo

Figura 38. Tipo de policonsumidores y género

Figura 39. Tipo de policonsumidores y edad

Figura 40. Media de la satisfacción de los adolescentes en distintos entornos

Figura 41. Media de las estrategias de afrontamiento de primer orden

Figura 42. Media de las estrategias de afrontamiento de segundo orden

Figura 43. Frecuencia de salidas en los últimos 12 meses

Figura 44. Frecuencia de salidas en los últimos 12 meses y género

Figura 45. Frecuencia de hora de regreso a casa

Figura 46. Consumo de sustancias en el grupo de iguales

Figura 47. Media de disponibilidad de las drogas

Figura 48. Media de información sobre cada una de las sustancias

LISTADO DE TABLAS INCLUIDAS EN EL ESTUDIO

- Tabla 1. Población de estudio y análisis muestral
- Tabla 2. Edad media de la muestra por género
- Tabla 3. Edad media de los adolescentes por curso académico
- Tabla 4. Consumo de tabaco alguna vez en la vida
- Tabla 5. Prevalencia de consumo de tabaco “alguna vez” en relación con el género
- Tabla 6. Prevalencia de consumo de tabaco “Alguna vez” y edad
- Tabla 7. Frecuencia de consumo de tabaco “Alguna vez” y situación educativo
- Tabla 8. Prevalencia de consumo de tabaco en los últimos 6 meses
- Tabla 9. Consumo de tabaco en los últimos 6 meses y género
- Tabla 10. Consumo de tabaco en los últimos 6 meses y edad
- Tabla 11. Consumo de tabaco en los últimos 6 meses y situación educativa
- Tabla 12. Frecuencia de consumo de tabaco en los “últimos 30 días”
- Tabla 13. Consumo de tabaco en los últimos 30 días y edad
- Tabla 14. Consumo de tabaco en los últimos 30 días y situación educativa
- Tabla 15. Frecuencia de consumo de tabaco entre semana (lunes a jueves)
- Tabla 16. Frecuencia de consumo de tabaco durante el fin de semana (viernes-domingo)
- Tabla 17. Edad media de inicio de consumo de tabaco y género
- Tabla 18. Edad media de inicio de consumo de tabaco y situación educativa
- Tabla 19. Resumen de la prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas
- Tabla 20. Consumo de bebidas alcohólicas “alguna vez” y género
- Tabla 21. Consumo de bebidas alcohólicas en los “Últimos 6 meses” y género
- Tabla 22. Consumo de bebidas alcohólicas en los “Últimos 6 meses” y edad
- Tabla 23. Frecuencia de consumo de cerveza durante los “Últimos 30 días”
- Tabla 24. Consumo de bebidas alcohólicas en los 30 días y género
- Tabla 25. Consumo de bebidas alcohólicas en los últimos 30 días y edad
- Tabla 26. Consumo de bebidas alcohólicas en los últimos 30 días y situación educativa
- Tabla 27. Frecuencia consumo de bebidas alcohólicas durante la última semana (entre semana)
- Tabla 28. Frecuencia consumo de bebidas alcohólicas durante la última semana (Fines semana)
- Tabla 29. Consumo de bebidas alcohólicas en la última semana y género

-
- Tabla 30. Consumo de bebidas alcohólicas en la última semana (Entre semana) y situación educativa
- Tabla 31. Consumo de bebidas alcohólicas en la última semana (Fin de semana) y situación educativa
- Tabla 32. Edad media en el inicio de consumo de bebidas alcohólicas
- Tabla 33. Edad media en el inicio de consumo de bebidas alcohólicas y género
- Tabla 34. Continuidad de consumo de bebidas alcohólicas
- Tabla 35. Frecuencia de borracheras
- Tabla 36. Borracheras “alguna vez” y en los “últimos 6 meses” y género
- Tabla 37. Borracheras “alguna vez” y en los “últimos 6 meses” y edad
- Tabla 38. Borracheras en el último mes y edad
- Tabla 39. Borracheras durante la última semana y edad
- Tabla 40. Edad media de la primera borrachera y género
- Tabla 41. Consumo de cannabis alguna vez y en los últimos 6 meses
- Tabla 42. Consumo de cannabis alguna vez y en los últimos 6 meses y género
- Tabla 43. Consumo de cannabis alguna vez y en los últimos 6 meses y edad
- Tabla 44. Consumo de cannabis durante el último mes y edad
- Tabla 45. Consumo de cannabis durante el último mes y situación educativa
- Tabla 46. Consumo de cannabis durante la última semana y género
- Tabla 47. Consumo de cannabis durante la última semana y edad
- Tabla 48. Consumo de cannabis durante la última semana situación educativa
- Tabla 49. Edad media de inicio de consumo de cannabis y género
- Tabla 50. Consumo de cocaína alguna vez y en los últimos 6 meses
- Tabla 51. Consumo de cocaína alguna vez y en los últimos 6 meses y género
- Tabla 52. Consumo de cocaína alguna vez y en los últimos 6 meses y edad
- Tabla 53. Consumo de cocaína alguna vez y en los últimos 6 meses y situación educativa
- Tabla 54. Consumo de cocaína en los últimos 30 días
- Tabla 55. Consumo de cocaína entre semana
- Tabla 56. Consumo de cocaína durante el fin de semana
- Tabla 57. Consumo de cocaína en la última semana y género
- Tabla 58. Consumo de cocaína en la última semana y edad
- Tabla 59. Edad de inicio de consumo de cocaína y género
- Tabla 60. Frecuencia de consumo de drogas de diseño alguna vez y en los últimos 6 meses

-
- Tabla 61. Consumo de drogas de diseño alguna vez y en los últimos 6 meses y situación educativa
- Tabla 62. Frecuencia de consumo de drogas de diseño en los últimos 30 días
- Tabla 63. Consumo de drogas de diseño en los últimos 30 días y género
- Tabla 64. Consumo de drogas de diseño en los últimos 30 días y situación educativa
- Tabla 65. Frecuencia de consumo de drogas de diseño durante el último fin de semana
- Tabla 66. Consumo de drogas de diseño durante el último fin de semana y situación educativa
- Tabla 67. Edad media de inicio del consumo de drogas de diseño
- Tabla 68. Frecuencia de consumo de tripis alguna vez y en los últimos 6 meses
- Tabla 69. Frecuencia de consumo de tripis en los últimos 30 días
- Tabla 70. Consumo de tripis en los últimos 30 días y género
- Tabla 71. Consumo de tripis en los últimos 30 días y edad
- Tabla 72. Consumo de tripis en los últimos 30 días y situación educativa
- Tabla 73. Consumo de tripis durante la última semana
- Tabla 74. Consumo de tripis durante el último fin de semana y situación educativa
- Tabla 75. Edad media de inicio del consumo de tripis
- Tabla 76. Prevalencia de consumo de anfetaminas
- Tabla 77. Edad media de inicio de consumo de anfetaminas
- Tabla 78. Prevalencia de consumo de pegamento
- Tabla 79. Edad media de inicio de consumo de pegamento y género
- Tabla 80. Frecuencia de consumo de psicofármacos alguna vez y en los últimos 6 meses
- Tabla 81. Consumo de psicofármacos en los últimos 30 días
- Tabla 82. Consumo de psicofármacos en los últimos 30 días y género
- Tabla 83. Frecuencia de consumo de psicofármacos entre semana
- Tabla 84. Frecuencia de consumo de psicofármacos en fin de semana
- Tabla 85. Edad media de inicio de consumo de psicofármacos
- Tabla 86. Razones de consumo de las distintas sustancias
- Tabla 87. Correlaciones bivariadas de consumo en los últimos 30 días
- Tabla 88. KMO y prueba de Bartlett en análisis factorial de consumo
- Tabla 89. Varianza total explicada consumo de sustancias en los últimos 30 días
- Tabla 90. Matriz de componentes rotados en el análisis de consumo
- Tabla 91. Edad media de inicio de policonsumo
- Tabla 92. Prevalencia de policonsumo

-
- Tabla 93. Tipo de policonsumidores y género
- Tabla 94. Tipo de policonsumidores y edad
- Tabla 95. Tipo de policonsumidores y situación educativa
- Tabla 96. KMO y prueba de Bartlett satisfacción de adolescentes
- Tabla 97. Matriz factorial rotada de satisfacción de los adolescentes
- Tabla 98. Estadísticos descriptivos da la satisfacción de los adolescentes en relación a los distintos entornos
- Tabla 99. Satisfacción de los adolescentes en los diferentes contextos y género
- Tabla 100. Satisfacción de los adolescentes en los diferentes contextos y edad
- Tabla 101. Estrategias de afrontamiento y género
- Tabla 102. Diferencias de las estrategias de afrontamiento de segundo orden y género
- Tabla 103. ANOVA estrategias de afrontamiento en función de la edad
- Tabla 104. Estrategias de afrontamiento en función de la edad. Games-Howel
- Tabla 105. ANOVA estrategias de afrontamiento de segundo orden y edad
- Tabla 106. Games-Howell estrategias de afrontamiento segundo orden y edad
- Tabla 107. ANOVA estrategias de afrontamiento en función de la situación educativa
- Tabla 108. Diferencias de las estrategias de afrontamiento en función del curso académico
- Tabla 109. ANOVA estrategias de afrontamiento segundo orden y situación educativa
- Tabla 110. Games-Howell estrategias de afrontamiento segundo orden y cuso académico
- Tabla 111. Frecuencia de salidas en los últimos 12 meses y edad
- Tabla 112. Frecuencia de salidas en los últimos 12 meses y situación educativa
- Tabla 113. Frecuencia de lugares de salida
- Tabla 114. Lugares de salida y género
- Tabla 115. Lugares de salida y edad
- Tabla 116. Lugares de salida y situación educativa
- Tabla 117. KMO y prueba de Bartlett para lugares de salida
- Tabla 118. Varianza total explicada para lugares de salida
- Tabla 119. Matriz de componentes rotados para lugares de salida
- Tabla 120. Hora de regreso a casa impuesta por los padres
- Tabla 121. Hora de regreso a casa y género
- Tabla 122. Hora de regreso a casa y edad
- Tabla 123. Dinero disponible y género
- Tabla 124. Dinero disponible y edad
- Tabla 125. Estadísticos descriptivos riesgo percibido

-
- Tabla 126. Percepción de riesgo consumo de sustancias y género
- Tabla 127. Percepción de riesgo consumo de sustancias y edad
- Tabla 128. Percepción de riesgo consumo de sustancias y situación educativa
- Tabla 129. Problemas percibidos por consumo de drogas
- Tabla 130. Disponibilidad percibida y género
- Tabla 131. Disponibilidad percibida y edad
- Tabla 132. Disponibilidad percibida y situación educativa
- Tabla 133. Estimación de riesgo de consumo de tabaco en relación a variables independientes
- Tabla 134. Estimación de riesgo de consumo de tabaco y satisfacción personal
- Tabla 135. Estimación de riesgo de consumo de tabaco y estrategias de afrontamiento
- Tabla 136. Estimación de riesgo de consumo de tabaco y ocio y tiempo libre
- Tabla 137. Estimación de riesgo de consumo de tabaco y grupo de iguales
- Tabla 138. Estimación de riesgo de consumo de tabaco y familia
- Tabla 139. Estimación de riesgo de consumo de tabaco y medio educativo
- Tabla 140. Estimación de riesgo de consumo de alcohol en relación a variables independientes
- Tabla 141. Estimación de riesgo de consumo de alcohol y satisfacción personal
- Tabla 142. Estimación de riesgo de consumo de alcohol y estrategias de afrontamiento
- Tabla 143. Estimación de riesgo de consumo de alcohol y ocio y tiempo libre
- Tabla 144. Estimación de riesgo de consumo de alcohol y familia
- Tabla 145. Estimación de riesgo de consumo de alcohol y medio educativo
- Tabla 146. Estimación de riesgo de consumo de alcohol y variables sociales
- Tabla 147. Estimación de riesgo de consumo de cannabis en relación a variables independientes
- Tabla 148. Estimación de riesgo de consumo de cannabis y satisfacción personal
- Tabla 149. Estimación de riesgo de consumo de cannabis y estrategias de afrontamiento
- Tabla 150. Estimación de riesgo de consumo de cannabis y ocio y tiempo libre
- Tabla 151. Estimación de riesgo de consumo de cannabis y grupo de iguales
- Tabla 152. Estimación de riesgo de consumo de cannabis y satisfacción familiar
- Tabla 153. Estimación de riesgo de consumo de cannabis y satisfacción medio educativo
- Tabla 154. Estimación de riesgo de consumo de cannabis y variables sociales
- Tabla 155. Estimación de riesgo de consumo de cocaína en relación a variables independientes

-
- Tabla 156. Estimación de riesgo de consumo de cocaína y estrategias de afrontamiento
- Tabla 157. Estimación de riesgo de consumo de cocaína y ocio y tiempo libre
- Tabla 158. Estimación de riesgo de consumo de cocaína y satisfacción con el medio educativo
- Tabla 159. Estimación de riesgo de consumo de cocaína y variables sociales
- Tabla 160. Estimación de riesgo de policonsumo de tabaco, alcohol y cannabis en relación a variables independientes
- Tabla 161. Estimación de riesgo de policonsumo de tabaco, alcohol y cannabis, y satisfacción personal
- Tabla 162. Estimación de riesgo de policonsumo de tabaco, alcohol y cannabis y estrategias de afrontamiento
- Tabla 163. Estimación de riesgo de policonsumo de tabaco, alcohol y cannabis y ocio y tiempo libre
- Tabla 164. Estimación de riesgo de policonsumo de tabaco, alcohol y cannabis y satisfacción familiar
- Tabla 165. Estimación de riesgo de policonsumo de tabaco, alcohol y cannabis y satisfacción medio educativo
- Tabla 166. Estimación de riesgo de policonsumo de tabaco, alcohol y cannabis y variables sociales
- Tabla 167. Estimación de riesgo de policonsumo de anfetaminas y drogas de diseño en relación a variables independientes
- Tabla 168. Estimación de riesgo de policonsumo de anfetaminas y drogas de diseño y estrategias de afrontamiento
- Tabla 169. Estimación de riesgo de policonsumo de anfetaminas y drogas de diseño y variables sociales
- Tabla 170. Estimación de riesgo de policonsumo de cannabis, cocaína y LSD en relación a variables independientes
- Tabla 171. Estimación de riesgo de policonsumo de cannabis, cocaína y LSD y satisfacción personal
- Tabla 172. Estimación de riesgo de policonsumo de cannabis, cocaína y LSD y estrategias de afrontamiento
- Tabla 173. Estimación de riesgo de policonsumo de cannabis, cocaína y LSD y ocio y tiempo libre
- Tabla 174. Estimación de riesgo de policonsumo de cannabis, cocaína y LSD y grupo de iguales

-
- Tabla 175. Estimación de riesgo de policonsumo de cannabis, cocaína y LSD y satisfacción personal
- Tabla 176. Estimación de riesgo de policonsumo de cannabis, cocaína y LSD y satisfacción medio educativo
- Tabla 177. Estimación de riesgo de policonsumo de cannabis, cocaína y LSD y variables sociales
- Tabla 178. Resumen de los factores de riesgo y protección consumo de tabaco
- Tabla 179. Resumen de los factores de riesgo y protección consumo de alcohol
- Tabla 180. Resumen de los factores de riesgo y protección consumo de cannabis
- Tabla 181. Resumen de los factores de riesgo y protección consumo de cocaína
- Tabla 182. Resumen de los factores de riesgo y protección policonsumo de tabaco, alcohol y cannabis
- Tabla 183. Resumen de los factores de riesgo y protección policonsumo de anfetaminas y drogas de diseño
- Tabla 184. Resumen de los factores de riesgo y protección policonsumo de cannabis, cocaína y LSD
- Tabla 185. Tabla de clasificación consumo de tabaco
- Tabla 186. R^2 de Cox Snell para el consumo de tabaco
- Tabla 187. Variables predictoras del consumo de tabaco
- Tabla 188. Tabla de clasificación consumo de alcohol
- Tabla 189. R^2 de Cox Snell para el consumo de alcohol
- Tabla 190. Variables predictoras del consumo de alcohol
- Tabla 191. Tabla de clasificación consumo de cannabis
- Tabla 192. R^2 de Cox Snell para el consumo de cannabis
- Tabla 193. Variables predictoras del consumo de cannabis
- Tabla 194. Tabla de clasificación policonsumo de tabaco, alcohol y cannabis
- Tabla 195. R^2 de Cox Snell para el policonsumo de tabaco, alcohol y cannabis
- Tabla 196. Variables predictoras del policonsumo de tabaco, alcohol y cannabis
- Tabla 197. Tabla de clasificación policonsumo de cannabis, cocaína y LSD
- Tabla 198. R^2 de Cox Snell para el policonsumo de cannabis, cocaína y LSD
- Tabla 199. Variables predictoras del policonsumo de cannabis, cocaína y LSD
- Tabla 200. Variables incluidas en el estudio