

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos
Psicológicos



**CONSUMO DE DROGAS EN ADOLESCENTES: DISEÑO
Y DESARROLLO DE UN PROGRAMA DE PREVENCIÓN
ESCOLAR**

**MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR
PRESENTADA POR**

María del Rosario García Moreno

Bajo la dirección del Doctor:

José Luis Graña López

Madrid, 2003

ISBN: 84-669-2371-3

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

Facultad de Psicología

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos (Psicología
Clínica)

**CONSUMO DE DROGAS EN ADOLESCENTES:
DISEÑO Y DESARROLLO DE UN PROGRAMA DE
PREVENCIÓN ESCOLAR**

TESIS DOCTORAL

Autora: M^a DEL ROSARIO GARCIA MORENO

Director: JOSE LUIS GRAÑA LOPEZ

MADRID, junio de 2002

AGRADECIMIENTOS

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

En primer lugar, me gustaría agradecer a Jose Luis Graña, director de la presente Tesis Doctoral, su apoyo y confianza en mí desde la finalización de mis estudios en la facultad, animándome a complementar mis estudios en el extranjero, experiencia que sin duda ha marcado mi vida. Siempre ha estado presente y me ha asesorado y apoyado cuando lo he necesitado. A través de este trabajo me ha dado la oportunidad de adentrarme en el difícil mundo de las drogodependencias, que siempre han despertado vívamente mi interés, compartido conmigo sus amplios conocimientos en el campo y hecho realidad mi sueño de poder colaborar en alguna medida en la solución de este problema que afecta a tantos jóvenes de nuestra sociedad con la propuesta de un programa de prevención que espero ayude en el desarrollo de esta área.

Mi especial agradecimiento a Marina Muñoz-Rivas cuya excelente tesis doctoral me ha sido de gran ayuda y me ha servido de fuente de inspiración y de datos en el desarrollo de este proyecto. A lo largo de todos estos meses de trabajo he podido contar con su inestimable ayuda y asesoramiento. Además le agradezco que me haya guiado en todo el proceso y todo el tiempo que ha dedicado a la revisión y corrección de este trabajo.

También me gustaría reconocer la colaboración de todos los profesionales de los Centros de Enseñanza en los que se ha llevado a cabo esta investigación y que nos han ayudado y apoyado en las dos fases que se han llevado a cabo: evaluación e implementación del programa. Por supuesto hemos contado con la inestimable participación de los jóvenes que nos han dado su sincera opinión y han compartido con nosotros sus experiencias, sin cuya ayuda esta investigación no hubiera podido realizarse.

A todos mis compañeros docentes que han colaborado en la estructuración y elaboración de las distintas sesiones así como en su impartición, tanto en la fase de evaluación como de implementación propiamente dicha.

Durante estos años de realización del doctorado he tenido en todo momento el ánimo y la ayuda de mi familia que ha compartido conmigo todo el camino hasta la realización de la tesis y que me han apoyado de forma constante. Especialmente a mis padres me gustaría agradecerles sinceramente la paciencia y amor que me han demostrado adaptando la realización de las pequeñas y grandes cosas diarias a mis horarios de trabajo en el proyecto, renunciando a muchos momentos de mi compañía y ayuda en las tareas domésticas en pos de la elaboración del mismo.

Finalmente, mi cariño para David, mi novio, que desde el principio hasta el final ha soportado muchos fines de semana sin salir y que con paciencia ha postpuesto y sacrificado muchos planes para que yo pudiera llevar a término mi trabajo y que en todos los momentos bajos me ha ayudado y animado.

Gracias a todos.

ÍNDICE

Presentación.....	1
--------------------------	----------

PARTE PRIMERA

Fundamentos teóricos

1. El consumo de drogas en adolescentes: Situación Actual.....	9
1. Introducción.....	9
2. Marco conceptual aplicado a la población adolescente.....	11
2.1. Consumo de sustancias psicoactivas.....	11
2.2. Dependencia.....	12
2.3. Consumo abusivo de sustancias.....	12
2.4. Fases de experimentación.....	12
3. Epidemiología del consumo de drogas en población adolescente.....	15
3.1. Epidemiología en función del tipo de sustancia consumida.....	19
3.1.1. Alcohol.....	19
3.1.2. Tabaco.....	25
3.1.3. Cannabis.....	28
3.1.4. Psicoestimulantes.....	32
3.2. Epidemiología en función del tipo de enseñanza.....	35
3.3. Epidemiología del consumo en la CAM.....	36
3.3.1. Evolución del consumo en la CAM.....	37
3.3.2. Situación con respecto a la media nacional.....	40
4. Resumen.....	41
2. Factores de riesgo/protección del uso/abuso de sustancias en adolescentes.....	45
1. Introducción.....	45
2. Conceptualización.....	47
2.1. Definición.....	47
2.2. Multidimensional.....	48

2.3. Relación con el uso/abuso de drogas.....	48
2.4. Supuestos básicos.....	50
2.5. Dificultades en el estudio de los factores de riesgo.....	50
2.6. Principios generales.....	51
2.7. Conclusiones.....	52
3. Factores de riesgo: clasificación.....	53
3.1. Factores Biológico-evolutivos.....	54
3.1.1. Sexo.....	54
3.1.2. Edad.....	55
3.2. Factores Psicológicos.....	67
3.2.1. Estados afectivos: Depresión y Ansiedad.....	57
3.2.2. Características de la Personalidad.....	60
3.2.2.1. Búsqueda de sensaciones.....	61
3.2.2.2. Personalidad antisocial: Problemas de conducta tempranos y persistentes.....	64
3.2.3. Actitudes favorables hacia la droga.....	67
3.2.4. Ausencia de valores ético-morales.....	71
3.3. Factores de Socialización.....	74
3.3.1. Factores relacionados con la influencia del grupo de iguales.....	75
3.3.1.1. Asociación con compañeros consumidores.....	77
3.3.1.2. Identificación con grupos desviados.....	78
3.3.1.3. Rechazo por parte de los iguales.....	79
3.3.2. Factores Escolares.....	80
3.3.2.1. Abandono escolar.....	82
3.3.2.2. Grado de compromiso con la escuela.....	83
3.3.2.3. Fracaso académico.....	84
3.3.2.4. Tipo y tamaño de la escuela.....	86
4. Conclusiones.....	87
3. Prevención del uso/abuso de drogas en población adolescente.....	93
1. Teorías explicativas de la etiología del abuso de drogas.....	96
1.1. Teoría de la Conducta Problemática.....	98
1.2. Teoría del Aprendizaje Social.....	100

1.3. Teoría de las Etapas.....	101
1.4. Modelo de afrontamiento del estrés.....	102
1.5. Modelo de Estrés Social.....	103
1.6. Teoría de la influencia triádica de Flay y Petraitis.....	104
1.7. Modelo comprensivo y secuencial.....	105
2. Aproximaciones clásicas a la prevención del abuso de sustancias.....	107
2.1. Enfoques tradicionales.....	108
2.1.1. Educación informativa.....	108
2.1.2. Educación afectiva.....	109
2.1.3. Fomento de actividades alternativas.....	109
2.1.4. Efectividad de los enfoques tradicionales.....	110
2.2. Enfoques psicosociales.....	112
2.2.1. Entrenamiento en habilidades de afrontamiento específicas.....	113
2.2.1.1. Inoculación psicológica.....	113
2.2.1.2. Habilidades de resistencia a la influencia social.....	114
2.2.2. Entrenamiento en habilidades sociales y personales.....	117
2.2.2.1. Programa de entrenamiento en habilidades vitales.....	118
2.2.2.2. Programa de entrenamiento en habilidades sociales y asertividad.....	120
2.2.2.3. Programa de entrenamiento en habilidades cognitivo- conductuales.....	121
2.2.3. Efectividad de los enfoques psicosociales.....	122
2.2.3.1. Limitaciones prácticas.....	125
2.2.3.2. Problemas metodológicos.....	126
2.3. Enfoques desde los medios de comunicación.....	127
2.3.1. Efectividad de los programas.....	128
2.4. Enfoques comunitarios.....	130
2.4.1. Eficacia de los enfoques comunitarios.....	132
3. Intervenciones preventivas centradas en los factores de riesgo/protección para el abuso de drogas.....	133
3.1. Énfasis en los factores de protección versus factores de riesgo.....	134

3.2. Modelo Preventivo: Teoría del Desarrollo Social.....	136
3.3. Intervenciones específicas: Revisión de estudios.....	137
3.3.1. Cambio de leyes y normas sociales con respecto al consumo.....	138
3.3.2. Programas de actuación en la infancia temprana.....	140
3.3.3. Programas de entrenamiento en habilidades de competencia social.....	142
3.3.4. Promoción del rendimiento académico.....	144
3.3.5. Cambios en la organización de los colegios.....	146
3.3.6. Implicación de la juventud en actividades alternativas al consumo.....	147
3.3.7. Programas comprensivos focalizados en el riesgo.....	148
4. Situación actual de la prevención de las drogodependencias.....	149
4.1. Programas con evaluación de resultados.....	151
4.1.1. Construyendo Salud... ..	151
4.1.2. PPD.....	153
4.1.3. Tú Decides.....	155
4.1.4. Child Development Project... ..	157
4.1.5. Programa de prevención de tabaquismo en la E.S.O... ..	158
4.1.6. Programa de prevención entre adolescentes de Granada... ..	159
4.1.7. Prevención del abuso de sustancias en la escuela. Pase.....	161
4.1.8. Tabaco, alcohol y educación.....	162
4.1.9. Programa de prevención del consumo de drogas en la escuela.....	164
4.2. Programa con evaluación de procesos (PPCDE)... ..	165
4.2.1. Plan Integral de Prevención Escolar (PIPES)... ..	165
4.2.2. En la huerta con mis amigos... ..	166
4.2.3. La aventura de la vida: Osasunkume.....	168
5. Conclusiones.....	170

PARTE SEGUNDA

Investigación empírica

1. Introducción.....	179
----------------------	-----

Método.....	186
1. Muestreo.....	186
1.1. Selección de los centros escolares.....	186
1.2. Selección de la muestra.....	187
2. Formación del equipo de campo.....	189
3. Elaboración del instrumento de evaluación.....	190
4. Procedimiento.....	197

PRIMER ESTUDIO: ANALISIS EPIDEMIOLÓGICO DEL CONSUMO DE DROGAS LEGALES E ILEGALES.....199

1. Objetivos.....	199
2. Muestra.....	200
3. Instrumentos y variables.....	201
4. Análisis de datos.....	206
5. Resultados.....	208
5.1. Prevalencias de consumo de drogas legales e ilegales... ..	208
5.2. Análisis del consumo de drogas legales... ..	211
5.2.1. Alcohol.....	211
5.2.2. Tabaco.....	221
5.3. Análisis del consumo de drogas ilegales... ..	224
5.4. Análisis del consumo de drogas legales e ilegales en función de conductas violentas ejercidas por los adolescentes.....	235
6. Resumen de resultados.....	239
7. Discusión.....	244

SEGUNDO ESTUDIO: VALOR PREDICTIVO DE LAS VARIABLES ASOCIADAS AL CONSUMO DE DROGAS ADOLESCENTE.....251

1. Objetivos.....	251
2. Muestra.....	252
3. Instrumentos y variables.....	252
4. Análisis de datos.....	256

5. Resultados.....	257
5.1. Análisis factorial de las sustancias de consumo.....	257
5.2. Predicción del consumo de drogas legales, ilegales y médicas: análisis de regresión.....	259
5.2.1. Predicción del consumo de drogas legales.....	260
5.2.2. Predicción del consumo de drogas ilegales.....	268
5.2.3. Predicción del consumo de drogas médicas.....	276
6. Discusión.....	282
7. Implicaciones para la prevención.....	292

PROGRAMA DE PREVENCIÓN ESCOLAR EN DROGODEPENDENCIAS..... 297

Módulo de Autoconcepto-Autoestima..... 299

- Sesión 1: mejora del Autoconcepto... ..	303
Ejercicios del alumno... ..	313
- Sesión 2: mejora de la Autoestima.....	321
Ejercicios del alumno... ..	333

Módulo de conducta antisocial..... 341

- Sesión 1: agresión.....	349
Ejercicios del alumno... ..	359
- Sesión 2: normas sociales... ..	369
Ejercicios del alumno... ..	381
- Sesión 3: vandalismo... ..	385
Ejercicios del alumno... ..	393

Módulo de características de personalidad..... 401

- Sesión 1: mejorar la empatía.....	407
Ejercicios del alumno... ..	415
- Sesión 2: control de la impulsividad.....	423
Ejercicios del alumno... ..	431
- Sesión 3: afán de aventura... ..	437
Ejercicios del alumno... ..	443

Módulo de presión del grupo de iguales.....	449
- Sesión 1: presión del grupo de iguales.....	453
Ejercicios del alumno.....	461
- Sesión 2: asertividad.....	467
Ejercicios del alumno.....	475

Módulo de solución de problemas...	485
- Sesión 1: toma de decisiones...	489
Ejercicios del alumno...	497
- Sesión 2: administración del tiempo...	505
Ejercicios del alumno...	511
Módulo de valoración de centros...	521
- Sesión 1. Valoración del centro escolar...	523
Ejercicios del alumno...	529
ANEXO 1...	535
Módulo de información sobre las drogas...	537
- Sesión 1: información sobre las drogas...	539
Ejercicios del alumno...	545
8. Conclusiones generales.....	553
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	565

PRESENTACIÓN

En consumo de drogas se presenta en la actualidad como uno de los problemas más importantes a los que se enfrenta la sociedad, tanto por la magnitud del fenómeno como por las consecuencias personales y sociales derivadas del mismo. Además, ha dejado de ser algo exclusivo de una minoría para configurarse como un problema de magnitudes sociales, comunitarias y de salud pública. De hecho en 1998, 54.338 personas fueron admitidas a tratamiento (3.6% superior a 1997) con una media de 30.2 años. De ellas, 13.407 eran de Andalucía, 6.870 de Cataluña, 6.864 de Madrid y 6.339 de Canarias. Además destaca el importantísimo aumento de las admisiones por cocaína que entre 1996 y 1998 se han duplicado. Además, en el segundo semestre de 1998 se dictaron en España 4.713 sentencias por la comisión de delitos penales relacionados con las drogas, de las cuales 1.679 lo fueron por delitos contra la salud pública y 3.614 por otros delitos relacionados con las sustancias psicoactivas (PNSD, 2000).

Es especialmente preocupante el uso indiscriminado de sustancias en períodos como la adolescencia, etapa en la que se ha incrementado en gran medida y en la que toma especial relevancia si tenemos en cuenta a la adolescencia como un período vital de especial riesgo para uso/abuso de drogas, en la que se llevan a cabo los primeros acercamientos a las sustancias adictivas y el mantenimiento de patrones de consumo que, en gran parte de los casos, se consolidan en la vida adulta. Además, es necesario recordar que este momento evolutivo es un período de transición de la infancia a la madurez en el que se producen una gran cantidad de cambios corporales, afectivos, cognitivos y de valores que junto con un mayor deseo por obtener experiencias novedosas e intensas, por ampliar las redes sociales y la búsqueda de autonomía y de una identidad propia al margen de los convencionalismos, le convierten en un período de especial vulnerabilidad y proclive al desarrollo de conductas asociadas al consumo de drogas.

Teniendo en consideración la magnitud de los aspectos señalados, son muchos los profesionales y las instituciones que han dedicado sus esfuerzos a profundizar de forma pormenorizada en este importante problema social trabajando desde distintos ámbitos de actuación. Así pues, se han planteado propuestas generales de lucha contra la oferta y el narcotráfico a través de la Administración de Justicia, importantes medidas asistenciales y de reinserción dentro de la colaboración de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas con los distintos Planes de Drogas de las Comunidades Autónomas 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 y, en definitiva, optimizar su eficacia a través de sucesivas revisiones en este campo. No obstante, muchos de los programas de prevención que se han realizado no han mostrado los resultados esperados, especialmente en lo que se refiere al mantenimiento de los resultados a largo plazo, ya que no han tenido en cuenta todas las variables que influyen en el consumo y no están basadas en teorías integradoras y comprensivas que expliquen el fenómeno del consumo de drogas.

Dentro del campo de la prevención de las drogodependencias, en los últimos años se vienen desarrollando estudios dedicados a profundizar en los factores de riesgo asociados al consumo como un acercamiento más efectivo en la reducción del mismo pero que, indudablemente, también cuentan con una gran cantidad de problemas asociados. En este sentido, en primer lugar, es necesario considerar el carácter dinámico del fenómeno del consumo y la rápida evolución a la que se encuentra sometido, estableciéndose cambios importantes no sólo en el tipo de sustancias de consumo sino también en los patrones típicos de uso de las mismas. En segundo lugar, es importante recordar que nos encontramos ante una gran cantidad de factores y variables de riesgo que afectan a distintas áreas del individuo (la social, la familiar, la psicológica) y que, aunque su implicación ha sido probada en múltiples ocasiones, es necesario ponderar su peso diferencial en la explicación del fenómeno con el objetivo final de adecuar los programas específicos de prevención. Así pues, sólo a través de trabajos que indiquen las dimensiones del consumo, sus características más definitorias, sus límites y, como no, las variables asociadas a su inicio, se pueden obtener datos fiables que ayuden a articular intervenciones necesariamente eficaces.

Desde este marco surge la propuesta del presente trabajo de investigación que pretende de forma genérica:

- (a) Conocer las tendencias de consumo en una muestra representativa de adolescentes del Municipio de Majadahonda perteneciente a la Comunidad de Madrid, con edades comprendidas entre los 14 y los 18 años. Las sustancias adictivas que se han incluido en el estudio son: el alcohol (cerveza, licores, vino y combinados), el tabaco, los fármacos antiinflamatorios, los tranquilizantes, los derivados morfínicos, el cannabis, los alucinógenos, los inhalantes, las anfetaminas, la cocaína, la heroína y las drogas de síntesis, considerando distintos parámetros de análisis.
- (b) Determinar aquellas variables predictoras del inicio en el consumo que sirvan como punto de partida para la organización de planes preventivos específicos a la población adolescente más eficaces a la hora de trabajar contra el uso/abuso de sustancias psicoactivas.
- (c) Diseño y elaboración de un programa escolar de prevención de drogodependencias adaptado al municipio de Mahadahonda que cumpla los principios que establecen el PNSD y el NIDA (1997) y que tenga en cuenta, tanto los patrones de consumo de la muestra como sus variables predictoras, todo ello enmarcado dentro de un marco teórico que ha demostrado su eficacia en la explicación del fenómeno de las drogodependencias: la Teoría del Desarrollo Social.

Para cumplir los objetivos propuestos, la investigación que se presenta consta de dos partes bien diferenciadas. Una primera parte de conceptualización en la que, en el primero de sus capítulos, se expone la situación actual del consumo de drogas en adolescentes a través de una revisión de los trabajos más relevantes realizados en la década de los 90 con el objetivo de establecer un marco de referencia en el que poder incorporar y comparar los resultados del presente trabajo. Es importante señalar que, en este apartado, no se ha perseguido en ningún caso realizar una revisión pormenorizada de todos los estudios llevados a cabo sino más bien exponer aquellos que, bien por contar con una muestra de características similares a la nuestra o bien por ser más representativos a nivel nacional / específicos de nuestra Comunidad Autónoma,

podieran señalar la evolución de la problemática que nos ocupa hasta el momento actual. En este caso, los datos epidemiológicos se presentan en diversos apartados en función del tipo de sustancia de consumo (drogas legales y drogas de comercio ilegal, entre las que se diferencia entre el cannabis y el grupo denominado psicoestimulantes entre las que figuran los tranquilizantes, las anfetaminas, la cocaína, las drogas de síntesis, los alucinógenos y la heroína) y del tipo de enseñanza que cursan los escolares encuestados. Finalmente, se expone la evolución de su uso en nuestra comunidad en los últimos años.

El segundo capítulo se centra de lleno en el análisis de los factores de riesgo asociados al inicio del consumo de drogas en la población adolescente. Tras una primera parte de conceptualización, se realiza una revisión de la literatura existente en este campo, con el objetivo de mostrar el panorama general de la situación de este complejo campo de estudio y, especialmente, de determinar cuáles son los factores o variables que muestran mayor soporte empírico. Debido a la gran cantidad de trabajos realizados en este área y la disparidad de los resultados obtenidos en algunos casos, se ha optado por exponer aquellos trabajos que aportan datos consistentes en relación a alguna de las variables de estudio y aquellos, en los que, por existir mayor discrepancia, necesariamente debían ser presentados para tener en consideración el origen de la misma. Así pues, se revisan factores relacionados con el individuo (biológico-evolutivos y psicológicos) y factores de socialización entre los que se han considerado las variables relacionadas con la influencia del grupo de iguales y con la escuela.

En el tercero de los capítulos, se explican las diferentes teorías que se han utilizado para explicar el grave problema de las drogodependencias, desde las más clásicas y segmentarias, hasta las más actuales y comprensivas. Por otro lado, se dedica a la prevención centrada de forma específica en los factores de riesgo señalados en el capítulo anterior. Su inclusión en el presente trabajo es necesaria si se atiende a los objetivos generales perseguidos que tienen, como fin último, la utilización de los resultados de investigación en el marco de aplicación preventiva, en el que adquieren su mayor importancia. En este sentido, se revisan los enfoques y programas preventivos más representativos, hasta llegar a aquellos que centran su atención en el estudio de los factores de riesgo en el inicio del consumo de drogas adolescente. Se exponen, por

último, con más detalle los programas escolares españoles más conocidos y difundidos, así como los resultados de los estudios de evaluación que se han realizado.

Finalizada esta primera parte de conceptualización, se presenta un segundo apartado en el que se da paso a la investigación empírica realizada. Como punto de partida, se presenta el cuarto de los capítulos del presente trabajo en el que se exponen los objetivos generales de investigación junto con el método utilizado para la selección de la muestra de estudio, la formación del equipo de campo, la presentación del instrumento de evaluación y, finalmente, el procedimiento a través del cual se desarrolló la propuesta de estudio en su totalidad. A partir de aquí, se presentan los estudios específicos realizados.

El primero (capítulo 5), se centra en el análisis de las prevalencias de consumo de drogas tanto legales (entre las que se incluyen el alcohol en sus diversas formas y el tabaco) como ilegales (cannabis, fármacos tranquilizantes y antirreumáticos, derivados morfínicos estimulantes, cocaína y drogas de síntesis), considerando diversos parámetros de análisis. Asimismo, para el grupo de jóvenes que mantienen un consumo más habitual (aquellos que afirman utilizar cualquiera de las sustancias en el mes previo a la realización de la encuesta) se realiza un estudio detallado del mismo a través de variables demográficas como la edad y el sexo de los sujetos, la edad de inicio y la distribución temporal del uso de cada una de las sustancias y, especialmente, el patrón de continuidad en el mismo. También dentro de este primer estudio, se expone un análisis descriptivo de las características de los adolescentes de nuestra muestra relacionadas con rasgos/conductas violentos y su influencia en el consumo.

El segundo estudio (capítulo 6), pretende desde el marco del análisis de los factores de riesgo implicados en el inicio del consumo de sustancias psicoactivas, detectar aquellas variables predictoras del mismo para la población de estudio. En este caso, se analiza la influencia de factores de tipo individual (psicológicos o de personalidad) y otros denominados de socialización entre los que se incluyen los relacionados con la influencia del grupo de iguales (tipo de actividades realizadas en grupo, asociación con compañeros consumidores), los escolares (nivel de estudios, resultados académicos, relación con la escuela) y aquellos factores vinculados a la

realización de conductas violentas tanto individuales como en grupo (participar en peleas, ejercer violencia o abuso físico o sexual contra alguien, destruir mobiliario urbano). Finalmente, a modo de conclusión, se presentan los modelos de predicción del consumo y de la abstinencia resultantes estimados para cada uno de los grupos de sustancias más consumidas por los jóvenes evaluados.

Todos estos estudios sirven como punto de partida para la planificación del programa preventivo (capítulo 7) que se adapta a la problemática específica de la población a la que se dirige, los adolescentes madrileños del municipio de Majadahonda. Para su desarrollo se han tenido en cuenta tanto los patrones de consumo de la muestra como los factores de riesgo y de protección que resultaron significativos en los análisis previos. En este sentido este programa es diferente a los demás desarrollados hasta ahora que, si bien tienen en cuenta los factores que han sido más citados en la literatura, no evalúan previamente a los jóvenes que van a participar en el programa para adaptar los módulos del mismo a los factores de riesgo/protección que hayan resultado relevantes en la población diana. El programa consta de siete módulos: autoconcepto–autoestima, conducta antisocial, características de la personalidad, presión del grupo de iguales, solución de problemas, valoración de centros e información sobre las drogas. De cada módulo se presentan los objetivos, la justificación para incluirlo en el programa y sus contenidos, incluyendo tanto los materiales para el profesor como para los alumnos.

Primera Parte
FUNDAMENTOS TEÓRICOS

CAPÍTULO 1

SITUACIÓN ACTUAL DEL CONSUMO DE DROGAS EN ADOLESCENTES

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 sociales como sanitarias. Esta problemática ha supuesto una gran preocupación social y ha conllevado 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 como son el de la prevención, el control de la oferta de sustancias adictivas y/o la asistencia sanitaria y social.

Desde el Plan Nacional sobre Drogas (1995), se confirma que en los últimos diez años no sólo han variado los porcentajes globales de consumo en la población, sino que también se han producido variaciones en el tipo de sustancia consumida. Tal es el caso de la 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 1995, 1996, 1997, 1998). Otro aspecto a resaltar es el hecho de que los consumidores actuales no sólo consumen un tipo de sustancia sino que es frecuente que incluyan otras en sus pautas de consumo. 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 (PNSD, 1998; Calafat y cols., 2000). 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).

En esta misma línea, 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. A este respecto, se viene observando en varios estudios realizados por el PNSD la consolidación de un patrón de consumo caracterizado, por ejemplo, en el caso del alcohol, por consumo abusivo en fines de semana y una alta frecuencia de episodios de embriaguez (PNSD, 1996, 1998) que suele acompañarse de un mayor consumo de anfetaminas, éxtasis y similares (PNSD, 1996; Calafat y cols., 2000). Es ésta una situación realmente preocupante si tenemos en cuenta que es en la adolescencia donde tienen lugar, no sólo los primeros contactos con las sustancias adictivas, sino también la instauración y consolidación de patrones estables de consumo e, incluso, la aparición temprana de problemas relacionados con la salud o el ajuste social, que pueden llegar a afectar de forma determinante en la edad adulta.

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.

El objetivo de este capítulo es exponer la evolución que ha sufrido el consumo de drogas en la población adolescente de nuestro país y de nuestra comunidad en los últimos diez años a través de los datos que presentan los estudios de las entidades con más prestigio nacional y autonómico. 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 sobre el consumo de sustancias entre los adolescentes españoles.

2. MARCO CONCEPTUAL APLICADO A LA POBLACIÓN ADOLESCENTE: DEFINICIONES CLAVE Y FASES DE EXPERIMENTACIÓN

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

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

2.1. Consumo de sustancias psicoactivas

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

Cuando las consecuencias negativas se hacen más evidentes y dificultan

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

2.2. Dependencia

La utilización de este término aplicado a los adolescentes suele provocar cierta confusión, ya que la dependencia física en este rango de la población suele ser inusual. En este caso, el término "abuso de sustancias tóxicas" es más apropiado al ser más descriptivo y abarcar un mayor número de jóvenes que tienen problemas o dificultades serias provocadas por el consumo y que pueden necesitar ayuda.

2.3. Consumo abusivo de sustancias

Desde el momento en el que el consumo de drogas en cualquiera de sus formas es ilegal, en el caso de los adolescentes se sostiene que, sea cual sea la cantidad consumida, debe ser considerada como inadecuada. De cualquier manera, al utilizar este término estamos refiriéndonos a aquel consumo muy frecuente que puede interrumpir o tener consecuencias realmente negativas en la vida del adolescente. En este caso, no nos referimos a experiencias esporádicas con las drogas, sino a un consumo cotidiano, como aquél que implica altas dosis o del aumento periódico de las mismas con el paso del tiempo. También se incluye en este concepto cualquier forma o tipo de consumo de sustancias químicas que pueda llegar a poner al joven en riesgo de padecer cualquier tipo de lesión física o psíquica grave como, por ejemplo, conducir bajo los efectos del alcohol o de las drogas.

2.4. Fases de experimentación

El consumo de drogas por parte del adolescente suele progresar a través de distintas etapas o fases desde una primera experiencia con sustancias de fácil acceso

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

Fase 1: Experimentación

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

Fase 2: Consumo abusivo temprano

Con frecuencia, este tipo de consumo suele estar caracterizado por la búsqueda reiterada por parte del adolescente de la consecución y mantenimiento de aquellos cambios importantes en su estado de ánimo o en su desenvolvimiento social (estimados de una forma positiva), que ha experimentado en una primera fase de acercamiento a las drogas. Suele definirse por los siguientes parámetros: (a) el establecimiento de un

consumo regular focalizado, habitualmente, en los fines de semana y fiestas; (b) el aumento de la tolerancia y el consumo de otras drogas como sustancias alcohólicas de mayor graduación, estimulantes, alucinógenos y cocaína; (c) normalmente, el joven suele justificar el consumo bien para lograr el alivio de sentimientos negativos o bien para prepararse para algún acontecimiento social importante (ej., fiesta, interacciones con amigos o adolescentes del sexo opuesto) y, (d) suele ocasionar consecuencias más importantes como, por ejemplo, problemas académicos, absentismo escolar, cambios importantes en el estado de ánimo y reducción del círculo social, quedando restringido a amigos consumidores.

Fase 3: Abuso

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

Fase 4: Adicción

Ésta es la fase final en la que se consolida una etapa de deterioro grave en la que el joven adolescente se encuentra inmerso en el proceso adictivo de la misma forma que el adulto. Las características más relevantes de esta etapa son: (a) el joven hace un uso compulsivo y recurrente de las drogas a diario; (b) necesita los efectos provocados por el consumo para sentirse plenamente normal y sigue consumiendo a pesar del deterioro personal, familiar o social; (c) se realiza un policonsumo en el que se hace uso de varias sustancias a la vez, permaneciendo bajo sus efectos incluso durante varios días y, (d) las

consecuencias del abuso de drogas suelen ser muy graves, tanto para el propio joven como para los que le rodean. En este sentido, se puede hablar, por ejemplo, de la realización de actos criminales, el tráfico de drogas, presencia de síntomas de abstinencia y/o intentos suicidas.

3. EPIDEMIOLOGIA DEL CONSUMO DE DROGAS EN POBLACIÓN ADOLESCENTE

Como se ha señalado, el consumo de drogas tanto en la población española en general como en la población adolescente supone, en la actualidad, uno de los problemas sociales más serios con los que se enfrenta la sociedad de nuestros días. En esta última década, han sido muchos los cambios que se han producido a este respecto y que señalan, en cualquier caso, una mayor gravedad del problema y la necesidad de actuar de forma preventiva en las etapas iniciales para poder conseguir un control más determinante sobre las tasas de consumidores ofrecidas por las encuestas y estudios más recientes.

El objetivo del siguiente apartado es analizar los cambios que se han sucedido en el consumo de drogas por parte de los adolescentes españoles en los últimos diez años, obteniendo así una referencia clara de la situación actual. Para ello, se ha seguido y actualizado la revisión realizada por Muñoz-Rivas, Graña y Cruzado (2000), en la que incluyeron como fuentes de información los resultados de los estudios llevados a cabo por las entidades nacionales y autonómicas más prestigiosas, similares todas ellos en rango de población y metodología empleada.

(a) Estudios nacionales:

1. El Estudio sobre Conductas de los Escolares Relacionadas con la Salud (ECERS) de 1990. Esta investigación se llevó a cabo en once países europeos y en Canadá bajo la coordinación de la Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud, utilizando una metodología común que posibilitara la comparación de los datos obtenidos. Este estudio se realizó por primera vez en nuestro país en 1986 (Mendoza y cols., 1987; Mendoza, 1987) y

se repitió en esta segunda edición en 1990 (Mendoza y Sagrera, 1991; Mendoza, Sagrera y Batista, 1994). Recoge distintos aspectos del comportamiento de los jóvenes con respecto a la salud como son: el consumo de tabaco, alcohol y drogas no institucionalizadas, la autopercepción del estado de salud, la adaptación escolar, la actividad física, la alimentación, las conductas relacionadas con la seguridad y el riesgo, la sexualidad, la higiene oral y el consumo de medicamentos. Diseño muestral: Muestreo aleatorio. Tamaño de la muestra: 4.393 estudiantes, con un nivel de confianza del 98%.

2. La Encuesta General a población juvenil realizada por el INJUVE (1993) en la que se analizan los aspectos más relevantes del fenómeno del uso de drogas legales e ilegales por parte de los jóvenes en la perspectiva de los años 90. Diseño muestral: Muestreo estratificado por conglomerados polietápico. Tamaño de la muestra: 1.201 estudiantes, con un nivel de confianza del 95,5%.

3. La Encuesta sobre drogas a la población escolar (1994) perteneciente al Proyecto Español de Encuestas Escolares sobre Drogas. Financiada y coordinada por el Plan Nacional sobre Drogas (PNSD), contó con la colaboración del Ministerio de Educación y Cultura. Estudia la situación y las tendencias de consumo de drogas entre los estudiantes a nivel estatal y autonómico. Diseño muestral: Muestreo por conglomerados bietápico. Tamaño de la muestra: 21.094 estudiantes.

4. La Encuesta sobre drogas a la población escolar (1996). Se trata de la segunda encuesta realizada dentro del Proyecto Español de Encuestas Escolares sobre Drogas. Al igual que la realizada en 1994, mantiene la misma metodología de trabajo, se dirige a alumnos de Enseñanza Secundaria, Bachillerato y Formación Profesional tanto a nivel estatal como autonómico y persigue objetivos específicos como: conocer la extensión del consumo de distintas sustancias psicoactivas entre los estudiantes, definir los perfiles y características sociodemográficas más relevantes de los consumidores detectando los grupos de mayor riesgo y analizar la evolución de las percepciones de los jóvenes sobre determinados aspectos relacionados con el abuso de drogas, como el riesgo de

las distintas conductas de consumo o el grado de dificultad para adquirir las drogas. Diseño muestral: Muestreo por conglomerados bietápico. Tamaño de la muestra: 19.191 estudiantes.

5. La Encuesta sobre drogas a la población escolar (1998). Se enmarca dentro del Programa de Encuestas Nacionales que viene desarrollando la Delegación del Gobierno para el PNSD y cuenta con la colaboración de los responsables de los Planes Autonómicos sobre Drogas, del Ministerio de Educación y Cultura y de los Departamentos de Educación de las Comunidades Autónomas con competencias en materia de Educación. Mantiene la misma metodología de trabajo que las realizadas en el año 1994 y 1996, se dirige a alumnos de Enseñanza Secundaria, Bachillerato y Formación Profesional tanto a nivel estatal como autonómico y persigue los siguientes objetivos: conocer la situación actual de los consumos de las diferentes drogas entre los estudiantes españoles, (características sociodemográficas de los consumidores, patrones de uso y abuso de drogas, etc.) y sus principales tendencias en relación con los datos facilitados por las encuestas precedentes. Por otro lado, facilita información acerca de las percepciones, actitudes y opiniones de los estudiantes sobre el riesgo asociado a las sustancias, su disponibilidad, el grado de información con el que cuentan, etc. Diseño muestral: Muestreo por conglomerados bietápico. Tamaño de la muestra: 19.191 estudiantes.

(b) Estudios específicos realizados en la Comunidad de Madrid:

1. El Estudio sobre el consumo juvenil de bebidas alcohólicas en la Comunidad de Madrid (1992). Este estudio se desarrolló desde el Área de Educación Sanitaria del Instituto de Salud Carlos III, con la colaboración del Plan Regional sobre Drogas de la Consejería de Integración Social de la Comunidad de Madrid. A través de la encuesta elaborada, se analiza el consumo de alcohol y los factores asociados al mismo, tanto en jóvenes escolarizados en Enseñanzas Medias como no escolarizados. Diseño muestral: Muestreo por conglomerados. Tamaño de la muestra: 3.000 estudiantes, con un nivel de confianza del 95%.

2. El Estudio sobre el consumo de tabaco en jóvenes de la Comunidad de Madrid (1995). Desarrollado desde el Instituto de Salud Carlos III, este estudio ha sido coordinado por el Departamento de Prevención y Promoción de la Salud de la Escuela Nacional de Sanidad con la colaboración de la Consejería de Integración Social de la Comunidad de Madrid, a través del Plan Regional sobre Drogas. Se estudia el consumo de tabaco y los factores asociados al mismo, tanto en jóvenes escolarizados mediante Enseñanzas Regladas como en no escolarizados, aunque puedan estar eventualmente en Aulas Taller o en diferentes cursos tendentes a mejorar su capacidad para el empleo y su alejamiento de situaciones de riesgo. Diseño muestral: Muestreo por conglomerados. Tamaño de la muestra: 3.100 estudiantes, con un nivel de confianza del 95%.

3. El Informe sobre los hábitos de salud en la población juvenil de la Comunidad de Madrid (1996). Presenta los resultados del "Sistema de Vigilancia de Factores de Riesgo asociados a enfermedades No Transmisibles en población juvenil (SIVFRENT-J), iniciativa de la Dirección General de Prevención y Promoción de la Salud de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid. El SIVFRENT-J monitoriza siete factores tales como el consumo de tabaco, alcohol, drogas ilegales, actividad física, alimentación, relaciones sexuales, accidentes y seguridad vial, a través de una encuesta cuya aplicación en los centros escolares está coordinada con la Dirección Provincial del Ministerio de Educación y Cultura. Diseño muestral: Muestreo por conglomerados bietápico. Tamaño de la muestra: 1.799 estudiantes, con un nivel de confianza del 95%.

4. El informe sobre los hábitos de salud en la población juvenil de la Comunidad de Madrid (1997). Presenta los datos obtenidos por el SIVFRENT-J correspondientes a 1997. El estudio es el mismo que el realizado en el año anterior analizando diversos factores en escolares de BUP, cuarto de ESO y segundo de FP-1. Diseño muestral: Muestreo por conglomerados bietápico. Tamaño de la muestra: 2.602 estudiantes, con un nivel de confianza del 95%.

5. El informe sobre los hábitos de salud en la población juvenil de la Comunidad de Madrid (1998). Presenta los datos obtenidos por el SIVFRENT-J correspondientes a 1998. Diseño muestral: Muestreo por conglomerados bietápico. Tamaño de la muestra: 2.492 estudiantes, con un nivel de confianza del 95%.

6. El informe sobre los hábitos de salud en la población juvenil de la Comunidad de Madrid (1999). Presenta los datos obtenidos por el SIVFRENT-J correspondientes a 1999. Mantiene la misma metodología de trabajo que los realizados en años anteriores para permitir la comparación y evolución de los datos obtenidos. Diseño muestral: Muestreo por conglomerados bietápico. Tamaño de la muestra: 2.118 estudiantes, con un nivel de confianza del 95%.

3.1. Epidemiología en función del tipo de sustancia consumida

El objetivo de este apartado es presentar los datos relativos a los porcentajes de consumidores de distintas drogas como el alcohol, el tabaco, el cannabis y los psicoestimulantes, entre los que se estudian los tranquilizantes, las anfetaminas, la cocaína, las drogas sintéticas, la heroína y los alucinógenos.

3.1.1. Alcohol

El alcohol es la sustancia más consumida entre los escolares, declarando el 81.9% que han consumido alcohol en el último año, y el 43.9% que beben al menos una vez a la semana (PNSD, 1998). Aún así, las prevalencias de consumo menos frecuentes (durante el último mes y el último año) parecen mantenerse estables respecto al año 1996, incluso son inferiores a las encontradas en el año 1994 (tabla 2.1).

No obstante, no hay que olvidar el hecho de que el porcentaje de consumidores habituales de esta sustancia ha aumentado considerablemente en la última década. Desde 1990, año en el que el ECERS realiza su encuesta, se ha duplicado el consumo de

bebidas alcohólicas, cuando nos referimos al consumo semanal, pasando de un 21% a un 43.9% en el año 1998.

Tabla 2.1. Proporción de consumidores de alcohol en la población adolescente (1990-1999).

<i>Año</i>	<i>Encuesta</i>	<i>Edad</i>	<i>Muestra</i>	<i>% Consumidores</i>	<i>Edad de inicio</i>	<i>Abuso*</i>
1990	ECERS	11-18 años	4.393	21.0% ^A 84.0% ^D	13.3 años	30.0% ^D
1992	CAM	14-19 años	3.000	45.6% ^A	14-16 años	14.2% ^A 64.1% ^D
1993	INJUVE	15-29 años	1.201	50.0% ^A 68.9% ^B	14.5 años	--
1994	PNSD	14-18 años	21.094	37.5% ^A 78.5% ^B 82.4% ^C	13.4 años	24.0% ^B 43.5% ^D
1996	PNSD	14-18 años	19.191	40.0% ^A 65.7% ^B 81.7% ^C	13.7 años	21.4% ^B 40.5% ^D
1996	CAM	15-16 años	1.799	73.3% ^B	--	26.6% ^B 51.6% ^C
1997	CAM	15-16 años	2.602	72.0% ^B	--	29.5% ^B 52.9% ^C
1998	PNSD	14-18 años	19.191	43.9% ^A 65.8% ^B 81.9% ^C	13.6 años	23.6% ^B 41.0% ^D
1998	CAM	15-16 años	2.492	74.0% ^B	--	28.4% ^B 50.2% ^C
1999	CAM	15-16 años	2.118	72.8% ^B	--	29.2% ^B 52.4% ^C

A. Ha consumido bebidas alcohólicas durante la última semana C. Ha consumido bebidas alcohólicas durante el último año

B. Ha consumido bebidas alcohólicas durante el último mes

D. Ha consumido bebidas alcohólicas alguna vez en su vida

*. Se ha embriagado en el período de tiempo señalado

Se mantiene la tendencia observada desde finales de los años 80 referente a la consolidación en los últimos cinco años de un patrón de consumo cercano al de otros países del centro y norte de Europa caracterizado por: (a) producirse principalmente fuera del ámbito doméstico, con los amigos y durante los fines de semana; (b) asociarse con cierta frecuencia a episodios de abuso o embriaguez y, (c) centrarse principalmente en el consumo de cerveza y combinados.

El hecho de que un 56.4% de los escolares que han bebido en el último mes hayan restringido su consumo al fin de semana, (en 1994, de los bebedores mensuales, el 95% lo había hecho durante el fin de semana o en ocasiones especiales) nos da una idea de la fuerza con la que se ha instaurado en nuestro país el patrón mencionado anteriormente. Es preocupante el hecho de que un 41% se haya emborrachado alguna vez y el 23.6% lo haya hecho en el último mes. Aún así, sólo el 12.8% percibe que bebe mucho o bastante alcohol, confirmándose la tendencia a infravalorar los consumos del alcohol (PNSD, 1998).

Esta situación toma mayor relevancia si atendemos a la proporción de consumidores que afirman tener problemas (ej., conflictos sociales, peleas) como consecuencia del consumo de alcohol en cualquiera de sus formas (el 24.5% de los encuestados en 1998) o conducir bajo los efectos del mismo (el 7.6% han conducido en estas circunstancias en los últimos doce meses y un 23.2% han sido pasajeros de estos vehículos).

La edad en la que los adolescentes se inician en el consumo de bebidas alcohólica oscila entre los 13 y los 14 años (media 13.6 años en 1998), momento en el que los adolescentes empiezan a experimentar de forma esporádica con la sustancia (tabla 2.2). Pero es entre los 14 y 15 años cuando el incremento de la prevalencia se hace más fuerte, estando la media de la edad de inicio del consumo semanal en 14.9 años. Además, es significativo que el 71.7% de los escolares de 14 años hayan consumido alcohol en alguna ocasión (PNDS, 1998). Esto refleja un adelanto en la edad media de inicio de los consumidores habituales respecto a otros estudios que sitúan este

paso entre los 15 y 16 años (Muñoz-Rivas, Graña y Cruzado, 2000).

En consonancia con otros estudios, tanto la proporción de consumidores habituales como la intensidad del consumo aumenta conforme avanza la edad de los encuestados, de la misma forma que ocurre en el caso de otras sustancias adictivas (en 1996, la proporción de bebedores mensuales pasó de un 39.9% de consumidores a los 14 años a un 84.4% a los 18 años). Además, en los datos del PNSD de 1998 un 95.2% de los estudiantes de 18 años indicó haber bebido alguna vez en su vida con respecto al 71.7%, que declararon haberlo hecho a la edad de 14 años.

Tabla 2.2. Proporción de consumidores de alcohol según la edad (1990-1999).

<i>Año</i>	<i>Encuesta</i>	<i>Edad</i>	<i>Muestra</i>	<i>Rango de Edad</i>	<i>% de consumidores</i>	
1990	ECERS	11-18 años	4.393	11		70.0% ^D
				15		95.0% ^D
				16		96.0% ^D
1992	CAM	14-19 años	3.000	--		--
1993	INJUVE	15-29 años	1.201	15-16		29.8% ^A
				17-19		46.9% ^A
				20-24		55.4% ^A
				25-29		55.3% ^A
1994	PNSD	14-18 años	21.094	14	61.7% ^B	67.3% ^C
				16	84.0% ^B	86.9% ^C
				18	89.6% ^B	92.0% ^C
1996	PNSD	14-18 años	19.191	14	39.9% ^B	64.3% ^C
				16	73.6% ^B	87.0% ^C
				18	84.4% ^B	92.8% ^C
1996	CAM	15-16 años	1.799	15		11.8% ^E
				16		14.2% ^E
1997	CAM	15-16 años	2.602	15		7.6% ^E
				16		12.7% ^E
1998	PNSD	14-18 años	19.191	14		71.7% ^D
				16		89.8% ^D
				18		95.2% ^D
1998	CAM	15-16 años	2.492	15		9.8% ^E
				16		14.7% ^E
1999	CAM	15-16 años	2.118	15		9.4% ^E
				16		16.1% ^E

A. Ha consumido bebidas alcohólicas durante la última semana C. Ha consumido bebidas alcohólicas durante el último año

B. Ha consumido bebidas alcohólicas durante el último mes D. Ha consumido bebidas alcohólicas alguna vez en su vida
E. Consume bebidas alcohólicas a diario con consumos superiores a 30-50 cc/día.

En encuestas con muestras de jóvenes de mayor edad (INJUVE, 1993), es posible observar que este patrón de aumento del consumo observado en edades más tempranas suele, a los 19-20 años, estabilizarse y el número de consumidores no parece aumentar de forma significativa.

Se ha producido desde 1990 un cambio importante en cuanto a las diferencias encontradas en los porcentajes obtenidos según el sexo de los jóvenes consumidores de alcohol (Tabla 2.3.). Si bien el ECERS (1990) señaló que la proporción de bebedores era mayor en los chicos, desde comienzos de la década, se ha observado que las diferencias entre ambos sexos tienden a desaparecer, de tal manera que, en 1998, encontramos que la prevalencia de consumo de alcohol es mayor en las chicas si se analiza el consumo en el último mes (66.9% en mujeres, respecto a 64.7% en varones). Si nos centramos en los consumos menos frecuentes, encontramos que un 83.1% de las mujeres, frente a un 80.7% de los varones, indican haber consumido en el último año. Por último, el porcentaje de consumo es también superior en el sexo femenino si consideramos un patrón de consumo más esporádico (un 85.1% de las chicas, respecto a un 83.3% de los chicos han consumido alcohol alguna vez en su vida) (PNSD, 1998).

Tabla 2.3. Proporción de consumidores de alcohol según sexo (1990-1999).

<i>Año</i>	<i>Encuesta</i>	<i>Edad</i>	<i>Muestra</i>	<i>Sexo</i>	<i>% de consumidores</i>	<i>Cantidad de alcohol</i>
1990	ECERS	11-18 años	4.393	--	--	--
1992	CAM	14-19 años	3.000	V	74.9% ^A	149.39 gr/sem.
				M	68.5% ^A	90.79 gr/sem.
1993	INJUVE	15-29 años	1.201	V	60.3% ^A	222.30 cc/sem.
				M	39.4% ^A	99.20 cc/sem.
1994	PNSD	14-18 años	21.094	V	42.1% ^A	--
				M	33.1% ^A	--
1996	PNSD	14-18 años	19.191	V	--	--
				M	--	--
1996	CAM	15-16 años	1.799	V	16.8% ^B	191.00 cc/sem.
				M	15.7% ^C	110.00 cc/sem.
1997	CAM	15-16 años	2.602	V	15.4% ^B	184.00 cc/sem.
				M	12.1% ^C	96.00 cc/sem.

1998	PNSD	14-18 años	19.191	V	64.7% ^D	--
				M	66.9% ^D	--
1998	CAM	15-16 años	2.492	V	15.1% ^B	180.53 cc/sem.
				M	12.1% ^C	97.79 cc/sem.
1999	CAM	15-16 años	2.118	V	14.4% ^B	162.00 cc/sem.
				M	16.4% ^C	113.46 cc/sem.

A. Ha consumido bebidas alcohólicas durante la última semana

B. Consume bebidas alcohólicas a diario con consumos de 50 cc o más/día.

C. Consume bebidas alcohólicas a diario con consumos de 30 cc o más/día.

D. Ha consumido bebidas alcohólicas durante el último mes.

No obstante, si consideramos el consumo abusivo de alcohol, las prevalencias se invierten siendo mayores en los chicos en todos los estudios analizados. Por otro lado, cabe mencionar que los chicos tienden a consumir de forma más intensa, tanto entre semana (17.8 cc de alcohol puro), como los fines de semana (227.6 cc.) (PNSD, 1998), lo que coloca a este grupo de jóvenes en una posición de mayor riesgo a la hora de pasar a un consumo más intenso que pueda consolidarse en la vida adulta.

Tabla 2.4. Proporción de consumidores según tipo de bebida (1990-1999).

<i>Año</i>	<i>Encuesta</i>	<i>Edad</i>	<i>Muestra</i>	<i>Tipo de bebida</i>	<i>% Consumidores</i>
1990	ECERS	11-18 años	4.393	Cerveza	10.8% ^A
				Vino	3.1% ^A
				Licores	5.9% ^A
				Sidra	2.5% ^A
				Combinados	--
1992	CAM	14-19 años	3.000	Cerveza	5.6% ^A
				Vino	3.2% ^A
				Licores	5.2% ^A
				Sidra	5.4% ^A
				Combinados	--
1993	INJUVE	15-29 años	1.201	--	--
1994	PNSD	14-18 años	21.094	Cerveza	42.4% ^A
				Vino	17.3% ^A
				Licores	27.4% ^A
				Sidra	--
				Combinados	43.2% ^A
1996	PNSD	14-18 años	19.191	Cerveza	45.5% ^A
				Vino	32.3% ^A
				Licores	35.6% ^A
				Sidra	--

				Combinados	47.6% ^A
1996	CAM	15-16 años	1.799	--	--
1997	CAM	15-16 años	2.602	--	--
1998	PNSD	14-18 años	19.191	Cerveza/sidra	39.9% ^B
				Vino/champán	34.1% ^B
				Licores frutas solos	38.1% ^B
				Licores fuertes solos	25.8% ^B
				Combinados/cubatas	51.1% ^B
1998	CAM	15-16 años	2.492	--	--
1999	CAM	15-16 años	2.118	--	--

A. Ha consumido la sustancia de referencia durante la última semana

B. Ha consumido bebidas alcohólicas durante el último mes

Respecto a las preferencias en el tipo de bebida (tabla 2.4), se puede observar que para ambos sexos, los combinados y la cerveza son las sustancias más consumidas, observándose un desplazamiento de las preferencias hacia los combinados y los licores fuertes. La cerveza es la bebida elegida entre semana y los combinados los fines de semana (PNSD, 1998). En general, se mantiene la tendencia de los últimos años al preferir los combinados (51.1% los han consumido durante el último mes) y la cerveza (39.9% la han consumido en el último mes), alejándonos así de las pautas de consumo mediterráneas en las que el vino es la sustancia de referencia. Cabe resaltar el impulso que han sufrido las bebidas de mayor graduación, como combinados y licores fuertes sobre todo en el consumo del fin de semana, lo que refleja una mayor tolerancia del alcohol por parte de los más jóvenes de nuestra sociedad.

3.1.2. Tabaco

Al igual que sucede en otros países, junto con el alcohol, el tabaco es la sustancia de consumo más extendida entre los jóvenes españoles de 14 a 18 años (tabla 2.5).

Los estudios señalan que un 21.6% fuma a diario y el 28.3% ha fumado en el último mes. A pesar de ello, es esperanzador el hecho de que en los últimos resultados del PNSD de 1998 se observe una reducción de la prevalencia del consumo diario (pasa de un 22.3% en 1996, a un 21.6% en 1998), obteniéndose datos muy similares a los

encontrados al principio de la década (21.0% en el ECERS). Es de resaltar que los estudios llevados a cabo en la Comunidad de Madrid reflejan una prevalencia de consumo diario inferior a la encontrada en otros estudios hechos en la década de los 90. Aún así no hay que olvidar que en nuestra Comunidad la prevalencia es bastante superior a la media nacional (25.5% respecto al 21.6% a nivel nacional, en 1998) y que el porcentaje de los estudiantes que han fumado alguna vez es del 34.7%, porcentaje muy elevado si consideramos el rango de edad que estamos estudiando. Esto nos debe recordar la necesidad, a veces olvidada a favor del estudio de las drogas ilegales, de intervenir en la reducción del consumo de tabaco en la población española.

Tabla 2.5. Proporción de consumidores de tabaco en la población adolescente (1990-1999).

<i>Año</i>	<i>Encuesta</i>	<i>Edad</i>	<i>Muestra</i>	<i>% Consumidores</i>	<i>Edad de inicio</i>
1990	ECERS	11-18 años	4.393	21.0% ^A 37.0% ^D	11 años
1992	CAM	14-19 años	3.000	37.2% ^A	--
1993	INJUVE	15-29 años	1.201	41.5% ^A	15.7 años
1994	PNSD	14-18 años	21.094	20.6% ^A 28.1% ^C	13.8 años
1995	CAM	14-19 años	3.100	29.3% ^A 13.9% ^B	14 años
1996	PNSD	14-18 años	19.191	22.3% ^A 29.2% ^C	13.3 años
1996	CAM	15-16 años	1.799	27.5% ^A 10.1% ^B	--
1997	CAM	15-16 años	2.602	28.9% ^A 9.5% ^B	--
1998	PNSD	14-18 años	19.191	21.6% ^A 28.3% ^C 34.7% ^D	13.1 años
1998	CAM	15-16 años	2.492	25.5% ^A 10.2% ^B	--
1999	CAM	15-16 años	2.118	25.7% ^A 9.1% ^B	--

A. Consume tabaco a diario

B. Ha consumido tabaco durante la última semana

C. Ha consumido tabaco durante el último mes

D. Ha consumido tabaco alguna vez en su vida

Teniendo en cuenta la edad de inicio en el consumo, encontramos que los varones empiezan antes a fumar (12.9 años en varones respecto a 13.3 años en mujeres) pero cuando nos referimos al inicio del consumo diario, la edad se iguala en ambos sexos (14.4 años según PNSD, 1998).

El consumo de tabaco, al igual que ocurre con el alcohol, se incrementa con la edad, aumentando considerablemente alrededor de los 16 años y llegando a ser generalizado y estable a los 18-20 años (tabla 2.6). Estos datos nos recuerdan nuevamente el importante poder adictivo de la sustancia de estudio, al detectar que gran parte de los adolescentes que la consumen a edades tempranas suelen consolidar su uso en momentos posteriores, siendo todavía poco significativos los porcentajes de aquellos que logran la abstinencia, a pesar de que son muchos los que quisieran dejar de fumar (según el estudio de la CAM, en 1995, aproximadamente el 62% de los encuestados).

Tabla 2.6. Proporción de consumidores de tabaco según la edad (1990-1999).

<i>Año</i>	<i>Encuesta</i>	<i>Edad</i>	<i>Muestra</i>	<i>Rango de Edad</i>	<i>% Consumidores</i>
1990	ECERS	11-18 años	4.393	11	0.5% ^A
				13	3.4% ^A
				15	26.5% ^A
1992	CAM	14-19 años	3.000	--	--
1993	INJUVE	15-29 años	1.201	15-16	17.8% ^A
				17-19	34.1% ^A
				20-24	46.2% ^A
				25-29	51.7% ^A
1994	PNSD	14-18 años	21.094	14	8.1% ^A
				16	23.3% ^A
				18	36.2% ^A
1995	CAM	14-19 años	3.100	--	--
1996	PNSD	14-18 años	19.191	--	--
1996	CAM	15-16 años	1.799	15	18.5% ^A
				16	27.1% ^A
1997	CAM	15-16 años	2.602	15	17.9% ^A
				16	28.4% ^A
1998	PNSD	14-18 años	19.191	--	--
1998	CAM	15-16 años	2.492	15	15.2% ^A
				16	27.4% ^A

1999	CAM	15-16 años	2.118	15	16.8% ^A
				16	25.9% ^A

A. Consume tabaco a diario

Si se considera el sexo de los encuestados (tabla 2.7), la proporción de jóvenes fumadores es superior en las mujeres que en los hombres. Además esta diferencia se ha visto incrementada en los últimos años (31.8% en mujeres frente a un 19.5% en varones, CAM 1999). A pesar de ello, los varones parecen utilizar la sustancia de forma más intensa, fumando mayor número de cigarrillos por día. Es importante señalar que esta tendencia de consumo supone un cambio importante con respecto a lo que ocurría en los años 80, en los que el uso de esta sustancia parecía estar más asociada al sexo masculino.

Tabla 2.7. Proporción de consumidores de tabaco según el sexo (1990-1999).

<i>Año</i>	<i>Encuesta</i>	<i>Edad</i>	<i>Muestra</i>	<i>Sexo</i>	<i>% Consumidores</i>	<i>Cantidad de tabaco</i>
1990	ECERS	11-18 años	4.393	V	12.7% ^A	9.7 cig/día
				M	17.7% ^A	8.0 cig/día
1992	CAM	14-19 años	3.000	V	39.9% ^A	17.0 cig/día
				M	40.3% ^A	6.6 cig/día
1993	INJUVE	15-29 años	1.201	V	42.5% ^A	17.0 cig/día
				M	40.6% ^A	12.2 cig/día
1994	PNSD	14-18 años	21.094	V	17.1% ^A	10.5 cig/día
				M	24.1% ^A	8.3 cig/día
1995	CAM	14-19 años	3.100	V	39.1% ^C	10.4 cig/día
				M	42.7% ^C	8.8 cig/día
1996	PNSD	14-18 años	19.191	V	23.7% ^B	8.4 cig/día
				M	34.5% ^B	7.0 cig/día
1996	CAM	15-16 años	1.799	V	23.7% ^A	--
				M	31.0% ^A	--
1997	CAM	15-16 años	2.602	V	25.6% ^A	--
				M	31.9% ^A	--
1998	PNSD	14-18 años	19.191	V	22.7% ^B	--
				M	33.3% ^B	--
1998	CAM	15-16 años	2.492	V	21.6% ^A	--
				M	29.9% ^A	--
1999	CAM	15-16 años	2.118	V	19.5% ^A	--
				M	31.8% ^A	--

A. Ha consumido tabaco a diario
 B. Ha consumido tabaco durante el último mes

C. Fumadores habituales

3.1.3. Cannabis

Después del alcohol y el tabaco, el cannabis es la droga más consumida entre los adolescentes y la que ha experimentado un mayor incremento entre los jóvenes de nuestro país (tabla 2.8). En pocos años, ha pasado de ser poco consumida (en 1990, sólo el 4% de los encuestados afirmaban haberla consumido en el último mes) a ser una de las más habituales y más conocidas por los escolares (en 1998, el 17.2% de los entrevistados la consume mensualmente). Tal y como advierte el Plan Nacional sobre Drogas (1998), de todas las drogas ilegales, esta sustancia es la que presenta mayor incremento en sus niveles de prevalencia, dato que queda reflejado en el hecho de que, en comparación a los datos de 1996, el porcentaje de escolares que declara haberla consumido en el último año ha aumentado en un 8.2%. Además, este incremento es más acusado en los escolares más jóvenes, lo que queda confirmado por el mayor aumento de la prevalencia de consumo en el último año entre los escolares de 14 años que entre los estudiantes de 18 años (2.1 veces y 1.2 veces, respectivamente).

Tabla 2.8. Proporción de consumidores de cannabis en la población adolescente (1990-1999).

<i>Año</i>	<i>Encuesta</i>	<i>Edad</i>	<i>Muestra</i>	<i>% Consumidores</i>	<i>Rango edad</i>	<i>Edad de inicio</i>
1990	ECERS	11-18 años	4.393	4.0% ^A	13	12.7 años
				12.0% ^B	15	14.4 años
				17.0% ^C	17	15.8 años
1993	INJUVE	15-29 años	1.201	29.5% ^C	15-16	15.2 años
				7.2% ^D	17-19	16.5 años
					20-24	17.2 años
					25-29	18.0 años
1994	PNSD	14-18 años	21.094	12.2% ^A	14-15	14.0 años
				18.1% ^B	16	14.9 años
				20.8% ^C	17-18	15.8 años
					14-18	15.1 años
1996	PNSD	14-18 años	19.191	15.7% ^A	14-18	15.0 años
				23.2% ^B		
				26.0% ^C		
1996	CAM	15-16 años	1.799	22.9% ^B		--
1997	CAM	15-16 años	2.602	24.0% ^B		--

1998	PNSD	14-18 años	19.191	17.2% ^A 25.1% ^B 28.5% ^C	14-18	14.8 años
1998	CAM	15-16 años	2.492	23.6% ^B		--
1999	CAM	15-16 años	2.118	25.3% ^B		--

A. Ha consumido cannabis durante el último mes

B. Ha consumido cannabis durante el último año

C. Ha consumido cannabis alguna vez en su vida

D. Usuarios habituales: relación con la sustancia más o menos frecuente pero permanente y activa

En términos absolutos, en 1998 reconocían haber consumido esta sustancia en los últimos 12 meses un 7% más de jóvenes que en 1994. Estos datos adquieren mayor relevancia si se tiene en cuenta que el cannabis suele ser la sustancia que da acceso al consumo de otras de mayor poder adictivo y que tienen consecuencias más nocivas para los consumidores como son la cocaína o las drogas de síntesis.

Tabla 2.9. Proporción de consumidores de cannabis según la edad (1990-1999).

<i>Año</i>	<i>Encuesta</i>	<i>Edad</i>	<i>Muestra</i>	<i>% Consumidores</i>			<i>Rango edad</i>
1990	ECERS	11-18 años	4.393		3.0% ^C		14
					36.0% ^C		18
1993	INJUVE	15-29 años	1.201	5.0% ^D		13.6% ^C	15-16
				6.4% ^D		21.5% ^C	17-19
				9.3% ^D		32.9% ^C	20-24
				6.3% ^D		38.1% ^C	25-29
1994	PNSD	14-18 años	21.094	3.5% ^A	5.1% ^B	5.9% ^C	14
					13.4% ^B	15.1% ^C	15
				14.4% ^A	20.9% ^B	23.7% ^C	16
					27.2% ^B	31.0% ^C	17
	22.8% ^A	33.8% ^B	40.6% ^C	18			
1996	PNSD	14-18 años	19.191		8.3% ^B		14
				9.0% ^C	17.3% ^B	19.4% ^C	15
					26.7% ^B	29.5% ^C	16
					31.3% ^B	35.3% ^C	17
					40.3% ^B	47.2% ^C	18
1996	CAM	15-16 años	1.799		17.8% ^B		15
					22.2% ^B		16
1997	CAM	15-16 años	2.602		16.3% ^B		15
					23.8% ^B		16
1998	PNSD	14-18 años	19.191		11.2% ^B	12.6% ^C	14
					20.9% ^B	22.9% ^C	15
					30.9% ^B	34.5% ^C	16
					36.0% ^B	41.2% ^C	17

				40.6% ^B	49.7% ^C	18
1998	CAM	15-16 años	2.492	15.6% ^B		15
				26.7% ^B		16
1999	CAM	15-16 años	2.118	18.1% ^B		15
				25.0% ^B		16

A. Ha consumido cannabis durante el último mes

B. Ha consumido cannabis durante el último año

C. Ha consumido cannabis alguna vez en su vida

D. Usuarios habituales: relación con la sustancia más o menos frecuente pero permanente y activa

Como puede observarse, la edad de inicio del consumo de esta sustancia suele ser mayor que en el caso del alcohol y del tabaco, lo que nos advierte, probablemente, de la importancia de la disponibilidad de ambas sustancias y del fenómeno de escalada dentro del consumo de drogas. No obstante, resulta especialmente preocupante la precocidad en el inicio del consumo de cánnabis ya que, si bien la edad media de inicio se sitúa en los 14.8 años en 1998, el 11.2% de los escolares de 14 años ha consumido esta sustancia en el último año (PNSD, 1998).

Tabla 2.10. Proporción de consumidores de cannabis según el sexo (1990-1999).

<i>Año</i>	<i>Encuesta</i>	<i>Edad</i>	<i>Muestra</i>	<i>Sexo</i>	<i>% Consumidores</i>	
1990	ECERS	11-18 años	4.393	V	21.0% ^C	
				M	14.0% ^C	
1993	INJUVE	15-29 años	1.201	V	10.8% ^D	37.0% ^C
				M	3.5% ^D	21.9% ^C
1994	PNSD	14-18 años	21.094	V	14.7% ^A	21.0% ^B 23.7% ^C
				M	9.8% ^A	15.3% ^B 18.0% ^C
1996	PNSD	14-18 años	19.191	V	25.9% ^B	28.5% ^C
				M	20.7% ^B	23.6% ^C
1996	CAM	15-16 años	1.799	V	24.2% ^B	
				M	21.7% ^B	
1997	CAM	15-16 años	2.602	V	28.8% ^B	
				M	19.9% ^B	
1998	PNSD	14-18 años	19.191	V	27.7% ^B	30.8% ^C
				M	22.8% ^B	26.4% ^C
1998	CAM	15-16 años	2.492	V	25.8% ^B	
				M	21.1% ^B	
1999	CAM	15-16 años	2.118	V	26.2% ^B	
				M	24.5% ^B	

A. Ha consumido cannabis durante el último mes

B. Ha consumido cannabis durante el último año.

- C. Ha consumido cannabis alguna vez en su vida
- D. Usuarios habituales: relación con la sustancia más o menos frecuente pero permanente y activa

Considerando los datos de consumo en función del sexo de los encuestados (tabla 2.10), estos parecen ser algo más consistentes ya que, en todos los estudios analizados, los hombres tienen porcentajes significativamente superiores a las mujeres, llegando a alcanzar diferencias de 5 puntos porcentuales para las prevalencias de consumo en los últimos treinta días (PNSD, 1994) y en el último año (PNSD, 1998).

Con respecto a la edad (tabla 2.9), al igual que en las sustancias anteriores, la proporción de consumidores de cannabis también parece aumentar de forma notable en función de esta variable (en 1998, la proporción de jóvenes que la habían consumido el año previo a la realización de la encuesta pasó del 11.2% a los 14 años al 40.6% a los 18 años). En este caso, el incremento de los porcentajes se da mayoritariamente a la edad de 16 años y es, a partir de los 18, cuando se encuentra un mayor número de jóvenes consumidores habituales, datos estos corroborados por todos los estudios del PNSD. Si se comparan, en los datos del INJUVE (1993), el mayor incremento se daba entre los rangos de edad 17-19 y 20-24 lo que nos da una idea de cómo esta sustancia se está introduciendo cada vez más precozmente en la población adolescente.

3.1.4. Psicoestimulantes

En pocos años, el consumo de sustancias como la cocaína, los tranquilizantes, las anfetaminas o los alucinógenos ha pasado de ser casi inexistente a ocupar un puesto importante en las listas de las drogas ilegales más utilizadas por los jóvenes españoles (tabla 2.11). Así, por ejemplo, el porcentaje de consumidores de cocaína pasó del 0.4% en 1990 al 2.4% en 1998 y el de tranquilizantes del 0.2% en 1990 al 2.4% en 1998 y, lo que es más importante, sustancias como las drogas sintéticas, que prácticamente no se conocían a comienzos de la década, son ahora consumidas de forma habitual por el 2.2% de la población de jóvenes de edades comprendidas entre 14 y 18 años (PNSD, 1996). Afortunadamente, el consumo de la heroína permanece estabilizado y es bajo el porcentaje de jóvenes de estas edades que la consumen.

Si consideramos la edad de inicio (tabla 2.12), se observa nuevamente que los

jóvenes comienzan a experimentar y a consumir drogas ilegales en edades más avanzadas que lo hacen con respecto a las drogas legales. Aún así, es necesario atender a los datos ofrecidos por el PNSD en 1996 y 1998 en comparación con los obtenidos en 1994. Ya en 1996, los datos mostraban una preocupante disminución de la edad de inicio en el uso de drogas de síntesis y tranquilizantes, situándose en los 14.9 y los 13.8 años, respectivamente. En 1998, se mantiene la tendencia a la disminución de la edad de inicio para todas las sustancias estudiadas, excepto para los tranquilizantes, que se mantienen en 13.8 años. El descenso más significativo lo muestran las drogas sintéticas, situándose el inicio en el consumo de dicha sustancia a la edad de 14.8 años, lo que adelanta el consumo en casi un año con respecto a 1994 (15.6 años).

Tabla 2.11. Proporción de consumidores de psicoestimulantes en la población adolescente (1990-1999).

Año	Encuesta	Edad	Muestra	Tranquil.	Anfetam.	Cocaína	D. sintética	Alucinó.	Heroína
1990	ECERS	11-18 años	4.393	0.2% ^A	0.3% ^A	0.4% ^A	--	0.1% ^A	0.1% ^A
				0.8% ^C	1.1% ^C	0.9% ^C		0.3% ^C	0.4% ^C
1993	INJUVE	15-29 años	1.201	--	4.8% ^C	7.8% ^C	4.3% ^C	--	1.6% ^C
					1.3% ^D	2.0% ^D	1.1% ^D		0.4% ^D
1994	PNSD	14-18 años	21.094	2.5% ^A	2.1% ^A	1.0% ^A	2.0% ^A	2.4% ^A	0.2% ^A
				4.3% ^B	3.3% ^B	1.7% ^B	3.0% ^B	4.0% ^B	0.3% ^B
				5.9% ^C	4.1% ^C	2.4% ^C	3.5% ^C	4.7% ^C	0.5% ^C
1996	PNSD	14-18 años	19.191	2.2% ^A	2.4% ^A	1.5% ^A	2.2% ^A	2.6% ^A	0.6% ^A
				4.4% ^B	4.1% ^B	2.6% ^B	3.9% ^B	5.3% ^B	0.4% ^B
				5.9% ^C	4.9% ^C	3.2% ^C	5.1% ^C	6.5% ^C	0.3% ^C
1996	CAM	15-16 años	1.799	3.9% ^B	2.4% ^B	2.7% ^B	3.2% ^B	5.5% ^B	0.5% ^B
1997	CAM	15-16 años	2.602	2.6% ^B	1.7% ^B	2.3% ^B	2.7% ^B	4.4% ^B	0.6% ^B
1998	PNSD	14-18 años	19.191	2.4% ^A	2.3% ^A	2.4% ^A	1.6% ^A	2.2% ^A	--
				4.7% ^B	3.8% ^B	4.1% ^B	2.5% ^B	4.1% ^B	--
				6.4% ^C	4.6% ^C	4.8% ^C	3.5% ^C	5.4% ^C	
1998	CAM	15-16 años	2.492	2.6% ^B	1.6% ^B	2.8% ^B	2.0% ^B	3.3% ^B	0.5% ^B
1999	CAM	15-16 años	2.118	2.3% ^B	2.0% ^B	4.3% ^B	2.8% ^B	3.8% ^B	0.8% ^B

A. Ha consumido la sustancia en el último mes

B. Ha consumido la sustancia en el último año

C. Ha consumido la sustancia alguna vez en la vida

D. Usuarios habituales: relación con la sustancia más o menos frecuente pero permanente y activa

Tabla 2.12. Edad de inicio para cada sustancia psicoestimulante (1994-1998).

Año	Encuesta	Edad	Muestra	Tranquil.	Anfetam.	Cocaína	D. sintét.	Alucinó.	Heroína
1994	PNSD	14-18 años	21.094	14.1	15.5	15.6	15.6	15.4	14.4
1996	PNSD	14-18 años	19.191	13.8	15.5	15.7	14.9	15.4	--
1998	PNSD	14-18 años	19.191	13.8	15.2	15.4	14.8	15.1	--

Fuente: Encuestas sobre drogas a la población escolar 1994, 1996 y 1998.

En lo que respecta a la prevalencia del consumo en función de la edad de los encuestados (tabla 2.13), se constata que la proporción de consumidores de la mayor parte de las drogas ilegales aumenta de forma progresiva entre los 14 y los 18 años. Así, por ejemplo, en sustancias como la cocaína, este incremento se acentúa a los 16 años, llegando a ser más elevado en el paso de los 17 a los 18 años, sobre todo cuando hablamos de un consumo no habitual (en 1998, pasó de un 1.6% de consumidores a los 14 años a un 8.8% a los 18 años). Esta tendencia se observa también en otras drogas como los tranquilizantes (en 1998, pasó de ser consumida por el 3.2% de los jóvenes con 14 años a consumirla el 7.0% de los encuestados con 18 años), anfetaminas y alucinógenos, que son utilizadas de forma mayoritaria entre los 17 y los 18 años.

Tabla 2.13. Proporción de consumidores de psicoestimulantes según la edad (1994-1998)

Edad	PNSD	Tranquiliz.	Anfetaminas	Cocaína	D. Sintéticas	Alucinógenos	Heroína					
	1994	4.1% ^A	2.7% ^B	1.3% ^A	1.0% ^B	0.5% ^A	0.4% ^B	1.1% ^A	0.8% ^B	1.5% ^A	1.3% ^B	0.2% ^B
14	1996	4.0% ^A	3.0% ^B	1.2% ^A	1.0% ^B	0.5% ^A	0.4% ^B	1.4% ^A	1.0% ^B	1.6% ^A	1.4% ^B	
	1998	4.2% ^A	3.2% ^B	1.8% ^A	1.7% ^B	1.8% ^A	1.6% ^B	1.5% ^A	0.9% ^B	2.4% ^A	2.0% ^B	
	1994	4.9% ^A	3.7% ^B	2.4% ^A	2.1% ^B	1.2% ^A	0.9% ^B	2.1% ^A	1.9% ^B	3.4% ^A	3.0% ^B	0.3% ^B
15	1996	5.7% ^A	4.6% ^B	3.1% ^A	2.5% ^B	1.8% ^A	1.3% ^B	3.4% ^A	2.2% ^B	4.3% ^A	3.6% ^B	
	1998	5.8% ^A	4.2% ^B	3.2% ^A	2.7% ^B	3.3% ^A	2.9% ^B	2.2% ^A	1.7% ^B	3.9% ^A	3.4% ^B	
	1994	6.7% ^A	4.7% ^B	4.5% ^A	4.0% ^B	2.2% ^A	1.7% ^B	3.7% ^A	3.3% ^B	5.5% ^A	4.8% ^B	0.4% ^B
16	1996	6.5% ^A	4.5% ^B	5.2% ^A	4.6% ^B	3.3% ^A	3.0% ^B	5.7% ^A	4.4% ^B	6.9% ^A	5.9% ^B	
	1998	7.3% ^A	5.8% ^B	5.1% ^A	4.3% ^B	5.6% ^A	4.7% ^B	3.9% ^A	3.1% ^B	5.9% ^A	4.6% ^B	
	1994	7.3% ^A	5.4% ^B	6.0% ^A	4.7% ^B	3.8% ^A	2.9% ^B	5.2% ^A	4.4% ^B	6.4% ^A	5.5% ^B	0.3% ^B
17	1996	6.4% ^A	4.7% ^B	6.9% ^A	5.7% ^B	4.4% ^A	3.4% ^B	7.0% ^A	5.3% ^B	9.2% ^A	7.5% ^B	
	1998	7.1% ^A	4.9% ^B	7.4% ^A	5.7% ^B	7.4% ^A	6.2% ^B	5.2% ^A	3.6% ^B	8.0% ^A	5.7% ^B	

	1994	8.0% ^A	5.7% ^B	9.4% ^A	7.0% ^B	7.5% ^A	5.0% ^B	8.5% ^A	7.3% ^B	9.9% ^A	8.0% ^B	0.4 ^B
18	1996	7.4% ^A	5.8% ^B	11.1% ^A	9.3% ^B	9.2% ^A	7.6% ^B	10.8% ^A	8.2% ^B	13.9% ^A	11.0% ^B	
	1998	10.5%^A	7.0%^B	10.5%^A	7.9%^B	11.4%^A	8.8%^B	9.1%^A	6.0%^B	11.4%^A	7.8%^B	

A. Ha consumido la sustancia alguna vez en su vida.

B. Ha consumido la sustancia durante el último año.

Se observa que la proporción de consumidores de la mayoría de las drogas consideradas es más alta en varones que en mujeres (tabla 2.14). Es importante señalar que, en el caso de los tranquilizantes, la tendencia observada es contraria a la obtenida para el resto de las sustancias, siendo las mujeres las usuarias más importantes (en 1998, el 5.6% de la entrevistadas consumió algún tipo de tranquilizantes o pastillas para dormir sin prescripción médica, mientras que sólo el 3.6% de los chicos había realizado cualquiera de estos consumos). Asimismo, parecen ampliarse las distancias entre ambos sexos en el caso de la cocaína (donde cabe indicar que aumenta más el consumo masculino) y disminuir en el caso de las drogas sintéticas y tranquilizantes, manteniéndose más o menos estable en las demás drogas estudiadas.

Tabla 2.14. Proporción de consumidores de psicoestimulantes según el sexo (1994-1998).

<i>Sustancia</i>	<i>Sexo</i>	<i>1994</i>		<i>1996</i>		<i>1998</i>	
Tranquilizantes	VARON	4.4% ^A	3.0% ^B	4.3% ^A	3.1% ^B	4.8% ^A	3.6% ^B
	MUJER	7.4% ^A	5.5% ^B	7.3% ^A	5.6% ^B	7.7% ^A	5.6% ^B
Anfetaminas	VARON	5.1% ^A	4.2% ^B	6.2% ^A	5.2% ^B	6.0% ^A	5.0% ^B
	MUJER	3.1% ^A	2.5% ^B	3.7% ^A	3.0% ^B	3.5% ^A	2.7% ^B
Cocaína	VARON	2.9% ^A	2.2% ^B	3.9% ^A	3.3% ^B	6.0% ^A	5.1% ^B
	MUJER	1.8% ^A	1.2% ^B	2.5% ^A	2.0% ^B	3.8% ^A	3.1% ^B
D. sintéticas	VARON	4.5% ^A	3.9% ^B	5.9% ^A	4.6% ^B	4.2% ^A	3.1% ^B
	MUJER	2.5% ^A	2.2% ^B	4.4% ^A	3.2% ^B	2.9% ^A	2.0% ^B
Alucinógenos	VARON	6.1% ^A	5.2% ^B	7.7% ^A	6.5% ^B	6.4% ^A	5.2% ^B
	MUJER	3.4% ^A	2.9% ^B	5.3% ^A	4.2% ^B	4.4% ^A	3.1% ^B
Heroína	VARON	0.6% ^A	0.5% ^B				
	MUJER	0.3% ^A	0.2% ^B				

A. Ha consumido la sustancia alguna vez en su vida

B. Ha consumido la sustancia durante el último año

3.2. Epidemiología en función del tipo de enseñanza

El tipo de enseñanza que reciben los adolescentes ha sido uno de los factores incluidos de forma sistemática en la mayor parte de los estudios realizados sobre el consumo de drogas legales e ilegales, puesto que la mayor parte de los jóvenes con

edades entre los 13-18 años están escolarizados bien en colegios o en institutos de Bachillerato, o bien en centros de Formación Profesional. Los datos recogidos en la tabla 2.15 son los obtenidos por el PNSD en su encuesta a población escolar realizada en 1994, y recogen la tendencia general de la mayor parte de los realizados por otros organismos y autores. Como se observa, en todas las sustancias analizadas, la prevalencia del consumo es mayor entre los estudiantes de F.P. en comparación con aquéllos que realizan estudios de Bachillerato o están dentro del plan actual de la E.S.O. Las mayores diferencias se encuentran con respecto al uso de alcohol y tabaco seguidas del cannabis, los alucinógenos y las drogas sintéticas, aunque son menos elevadas cuando se trata de consumos habituales. A las mismas conclusiones llegaron Mirón, Serrano, Godás y Rodríguez (1997), con una muestra de 7.580 adolescentes españoles de distintas provincias, al encontrar que los que cursan F.P. consumen significativamente más alcohol, tabaco, cannabis y drogas médicas que los que cursan BUP y COU.

Es interesante subrayar que ya en 1990, se observaron tendencias similares (los estudiantes de F.P. y, concretamente, los pertenecientes al 2º curso, ofrecían mayores porcentajes de consumo tanto de alcohol y tabaco como de drogas ilegales en comparación con los alumnos de Bachillerato), y han seguido mostrándose en gran parte de los estudios que han considerado esta variable como indicador del consumo de drogas en la población juvenil.

Tabla 2.15. Proporción de consumidores de drogas en la población adolescente escolarizada según tipo de enseñanza (1994).

	<i>Alcohol</i>	<i>Tabaco</i>	<i>Cannabis</i>	<i>Tranquil.</i>	<i>Anfetam.</i>	<i>Cocaína</i>	<i>D. Sintesis</i>	<i>Alucinog Herói na</i>	
E.S.O	72.8% ^A 77.8% ^B 79.0% ^C	18.5% ^D 24.9% ^E 56.7% ^C	10.3% ^A 13.8% ^B 15.8% ^C	1.9% ^A 3.4% ^B 5.1% ^C	2.0% ^A 2.6% ^B 3.2% ^C	0.7% ^A 1.3% ^B 1.6% ^C	2.1% ^A 2.8% ^B 3.4% ^C	2.6% ^A 3.9% ^B 4.6% ^C	0.2% ^A 0.4% ^B 0.5% ^C
B.U.P.	78.2% ^A	18.4% ^D	11.4% ^A	2.5% ^A	1.7% ^A	0.8% ^A	1.6% ^A	2.0% ^A	0.2% ^A
C.O.U.	82.0% ^B 83.3% ^C	26.2% ^E 57.4% ^C	17.6% ^B 20.1% ^C	4.2% ^B 5.8% ^C	2.9% ^B 3.6% ^C	1.5% ^B 2.1% ^C	2.7% ^B 3.1% ^C	3.6% ^B 4.2% ^C	0.2% ^B 0.4% ^C
F.P.	82.1% ^A 85.7% ^B 87.1% ^C	28.0% ^D 35.4% ^E 67.4% ^C	15.4% ^A 21.6% ^B 25.3% ^C	2.9% ^A 4.9% ^B 6.7% ^C	3.5% ^A 4.8% ^B 5.8% ^C	1.8% ^A 2.6% ^B 3.5% ^C	3.0% ^A 4.1% ^B 4.5% ^C	3.5% ^A 5.4% ^B 6.2% ^C	0.4% ^A 0.6% ^B 0.8% ^C

A. Ha consumido la sustancia en el último mes

B. Ha consumido la sustancia en el último año

C. Ha consumido la sustancia alguna vez en su vida

Fuente: Encuesta sobre drogas a la población escolar 1994.

D. Ha consumido la sustancia a diario

E. Ha consumido la sustancia durante la última semana

3.3. Epidemiología del consumo en la Comunidad Autónoma de Madrid.

Son muchos los estudios que se realizan desde la Administración Autonómica para determinar, por un lado, las prevalencias de consumo de distintas drogas legales e ilegales en la adolescencia y, por otro, aquellos factores de riesgo explicativos o aquellos que aparecen ligados a su comportamiento, que suelen establecerse en la juventud y que se relacionan con la alta incidencia de muchos problemas sociales y de salud manifestados en la edad adulta como son las cirrosis, el absentismo laboral o las enfermedades del aparato respiratorio y/o circulatorio.

A pesar de que las muestras de consumidores de drogas, especialmente de las ilegales son pequeñas para establecer resultados significativos y que en las diferencias pueden jugar un papel importante las discrepancias muestrales, es interesante ver en los estudios realizados por la Comunidad de Madrid la evolución que han sufrido las prevalencias de consumo desde el año 1996 hasta 1999. El hecho de que la metodología de trabajo y el diseño sean los mismos, facilita la comparación de los resultados obtenidos en estos últimos cuatro años y nos permite obtener una visión general de la evolución que ha sufrido el consumo de las drogas tanto legales como ilegales en nuestra Comunidad.

3.3.1. Evolución del consumo en la Comunidad de Madrid

En líneas generales, los resultados indican que la mayor parte de las drogas analizadas son utilizadas por un número considerable de jóvenes de nuestra Comunidad a excepción de la heroína cuyo consumo, como ya se ha señalado, se encuentra en una situación de cierta estabilidad. Analizando las prevalencias de consumo para cada una de las sustancias (tabla 2.16), es posible observar que las drogas consumidas

mayoritariamente por los jóvenes entre los 14 y los 18 años son el alcohol y el tabaco (según la CAM, en 1999, 72.3% de la población juvenil consume alcohol a diario y el 34.8% son fumadores habituales), seguidas del cannabis (el 25.3% la han consumido en el último año en el estudio de la CAM de 1999), la cocaína (el 4.3%), los alucinógenos (el 3.8%), las drogas de síntesis (el 2.8%), los tranquilizantes (el 2.3%), las anfetaminas (el 2.0%) y, por último, la heroína (el 0.8%). En muestras de mayor edad, a diferencia, los alucinógenos pasan a ocupar el segundo lugar después del cannabis, con un 5.7% de consumidores en el último año, seguido de las drogas sintéticas (el 4.3%) y de los tranquilizantes (el 3.8%).

Respecto al alcohol, los datos de 1999 revelan una disminución del porcentaje de consumidores en el último mes con respecto a los años 1996 y 1998, y un aumento en relación a los resultados encontrados en 1997, año en el que se presentan las prevalencias de consumo más bajas. Sin embargo, el porcentaje de consumidores que abusan del alcohol es superior en 1999 que en los años anteriores (con un 15.4% de consumidores), excepto en comparación a 1996 que, con un 16.2% de consumidores, presenta las prevalencias más altas.

Tabla 2.16. Proporción de consumidores de drogas en la población adolescente de la Comunidad Autónoma de Madrid (1994-1999).

Año	Edad	Alcohol	Tabaco	Canna.	Tranq.	Anfetam.	Cocaína	D. sínte.	Alucin.	Heroína
PNSD 1994	14-18	81.2% ^D	30.1% ^D	13.3% ^D	2.1% ^D	2.2% ^D	1.0% ^D	2.8% ^D	3.6% ^D	0.2% ^D
		84.5% ^C	36.6% ^C	18.5% ^C	3.8% ^C	3.6% ^C	1.9% ^C	4.3% ^C	5.7% ^C	0.2% ^C
		86.0% ^F	59.9% ^F	21.5% ^F	5.2% ^F	4.0% ^F	2.4% ^F	4.9% ^F	6.5% ^F	0.4% ^F
1996	15-16	73.3% ^D	43.8% ^A	22.9% ^C	3.9% ^C	2.4% ^C	2.7% ^C	3.2% ^C	5.5% ^C	0.5% ^C
		16.2% ^E	27.5% ^B							
1997	15-16	72.0% ^D	44.1% ^A	24.0% ^C	2.6% ^C	1.7% ^C	2.3% ^C	2.7% ^C	4.4% ^C	0.6% ^C
		13.7% ^E	28.9% ^B							
1998	15-16	74.0% ^D	42.4% ^A	23.6% ^C	2.6% ^C	1.6% ^C	2.8% ^C	2.0% ^C	3.3% ^C	0.5% ^C
		13.7% ^E	25.5% ^B							
1999	15-16	72.8% ^D	41.8% ^A	25.3% ^C	2.3% ^C	2.0% ^C	4.3% ^C	2.8% ^C	3.8% ^C	0.8% ^C
		15.4% ^E	25.7% ^B							

A. Consume la sustancia en mayor o menor medida.

B. Consumo diario de la sustancia.

C. Ha consumido la sustancia durante el último año.

D. Ha consumido la sustancia durante el último mes

E. Consume bebidas alcohólicas a diario con consumos superiores a 30-50 cc/día.

F. Ha consumido la sustancia alguna vez en su vida

Si tenemos en cuenta el consumo diario de tabaco, encontramos que, en 1999, los porcentajes han vuelto a reducirse (25.7%) siguiendo la línea de 1998 (25.5%). En general, el porcentaje de consumidores ha decrecido en los dos últimos años (42.4% en 1998 y 41.8% en 1999).

El cannabis, sustancia elegida por los adolescentes después del alcohol y del tabaco, refleja en 1999, el porcentaje más alto con un 25.3% de consumidores en el último año. La cocaína, a su vez, registra un aumento de su prevalencia bastante acusado evolucionando de un 2.7% de consumidores en el último año en 1996 a un 4.3% en 1999.

El consumo de tranquilizantes, anfetaminas, drogas sintéticas y alucinógenos desciende en todos los casos respecto al año 1996 aunque, por ejemplo, las anfetaminas y las drogas sintéticas reflejan mayor consumo anual que en 1997 y 1998.

Se encuentra un aumento del consumo a medida que se avanza en edad (tabla 2.17), de tal manera que a los 16 años todas las sustancias son consumidas en mayor proporción que a los 15 años. Resulta significativo el caso del consumo de tabaco, que casi resulta duplicado si comparamos las dos edades que se estudian (por ejemplo, en 1998 existe una diferencia porcentual de 12.2 puntos). El consumo de tranquilizantes, por el contrario, parece disminuir de una edad a otra, aunque las diferencias son mínimas. La sustancia que muestra mayor estabilidad es la heroína, hecho que ha quedado también demostrado en otros estudios con mayor rango de edad.

Tabla 2.17. Proporción de consumidores de drogas en la población adolescente de la Comunidad Autónoma de Madrid según la edad (1996-1999).

Año	Edad	Alcohol	Tabaco	Cann.	Tranq.	Anfetam.	Cocaína	D. sint.	Alucinó.	Heroína
1996	15	11.8% ^A	18.5% ^{AA}	17.8% ^B	4.4% ^B	1.1% ^B	0.9% ^B	0.9% ^B	2.9% ^B	0.2% ^B
	16	14.2% ^A	27.1% ^{AA}	22.2% ^B	3.1% ^B	2.1% ^B	2.2% ^B	3.2% ^B	5.9% ^B	0.6% ^B
1997	15	7.6% ^A	17.9% ^{AA}	16.3% ^B	2.7% ^B	0.6% ^B	0.6% ^B	0.9% ^B	1.5% ^B	0.5% ^B
	16	12.7% ^A	28.4% ^{AA}	23.8% ^B	2.1% ^B	1.2% ^B	2.2% ^B	1.9% ^B	4.1% ^B	0.6% ^B
1998	15	9.8% ^A	15.2% ^{AA}	15.6% ^B	2.5% ^B	0.3% ^B	0.8% ^B	0.7% ^B	1.5% ^B	0.3% ^B
	16	14.7% ^A	27.4% ^{AA}	26.7% ^B	2.0% ^B	2.0% ^B	2.9% ^B	2.4% ^B	3.6% ^B	0.8% ^B
1999	15	9.4% ^A	16.8% ^{AA}	18.1% ^B	2.1% ^B	0.5% ^B	1.2% ^B	0.5% ^B	0.7% ^B	0.7% ^B

16	16.1 % ^A	25.9 % ^{AA}	25.0 % ^B	2.2 % ^B	1.2 % ^B	3.3 % ^B	2.1 % ^B	3.3 % ^B	0.4 % ^B
-----------	---------------------	----------------------	---------------------	--------------------	--------------------	--------------------	--------------------	--------------------	--------------------

A. Porcentaje en relación al consumo diario de bebidas alcohólicas en cantidades superiores a 30-50 cc/día.

AA. Porcentaje en relación al consumo de tabaco diario.

B. Ha consumido la sustancia durante el último año.

Respecto a la influencia de la variable sexo, en el uso de alcohol (tabla 2.18), observamos una tendencia al consumo mayor en los varones, a excepción del estudio de 1999 que muestra un mayor porcentaje de conductas de abuso de alcohol en las mujeres (14.4% y 16.4%, respectivamente). Estos resultados coinciden con los encontrados en muestras nacionales que reflejan el acercamiento e, incluso, superación del consumo femenino de alcohol con respecto al masculino.

Si consideramos que las mujeres fuman más a diario que los hombres en todos los estudios especificados, podemos confirmar la tendencia de los últimos años encontrada ya en estudios nacionales anteriores (PNSD, 1994).

Tabla 2.18. Proporción de consumidores de drogas en la población adolescente de la Comunidad Autónoma de Madrid según el sexo (1996-1999).

<i>Año</i>	<i>Sexo</i>	<i>Alcohol</i>	<i>Tabaco</i>	<i>Cann.</i>	<i>Tranq.</i>	<i>Anfet.</i>	<i>Cocaína</i>	<i>D. sint.</i>	<i>Alucinó.</i>	<i>Heroína</i>
1996	V	16.8 % ^C	26.7 % ^A	24.2 % ^B	2.8 % ^B	3.0 % ^B	3.7 % ^B	4.1 % ^B	6.1 % ^B	0.9 % ^B
	M	15.7 % ^D	31.0 % ^A	21.7 % ^B	4.9 % ^B	1.8 % ^B	1.8 % ^B	2.3 % ^B	5.0 % ^B	0.1 % ^B
1997	V	15.4 % ^C	25.6 % ^A	28.8 % ^B	1.5 % ^B	2.3 % ^B	3.1 % ^B	3.5 % ^B	5.5 % ^B	1.2 % ^B
	M	12.1 % ^D	31.9 % ^A	19.9 % ^B	3.6 % ^B	1.1 % ^B	1.7 % ^B	1.9 % ^B	3.4 % ^B	0.0 % ^B
1998	V	15.1 % ^C	21.6 % ^A	25.8 % ^B	1.3 % ^B	2.1 % ^B	3.5 % ^B	2.6 % ^B	4.4 % ^B	0.8 % ^B
	M	12.1 % ^D	29.9 % ^A	21.1 % ^B	4.0 % ^B	1.0 % ^B	2.0 % ^B	1.2 % ^B	2.0 % ^B	0.1 % ^B
1999	V	14.4 % ^C	19.5 % ^A	26.2 % ^B	1.4 % ^B	1.7 % ^B	3.9 % ^B	2.7 % ^B	3.8 % ^B	1.0 % ^B
	M	16.4 % ^D	31.8 % ^A	24.5 % ^B	3.3 % ^B	2.3 % ^B	4.7 % ^B	2.9 % ^B	3.8 % ^B	0.6 % ^B

A. Porcentaje en relación al consumo de tabaco diario.

B. Ha consumido la sustancia durante el último año.

C. Porcentaje en relación al consumo de bebidas alcohólicas a diario con consumos de 50 cc o más/día.

D. Porcentaje en relación al consumo de bebidas alcohólicas a diario con consumos de 30 cc o más/día.

En líneas generales, el consumo en el último año del resto de las sustancias de

estudio, muestra mayores porcentajes en los varones que en las mujeres, excepto el uso de los tranquilizantes, que es superior en el sexo femenino. No obstante, en 1999 se invierte esta tendencia en algunas de las sustancias y los resultados reflejan mayor consumo en las mujeres que en los varones en el caso de las anfetaminas (2.3% y 1.7%, respectivamente), cocaína (4.7% y 3.9%, respectivamente) y drogas de síntesis (2.9% y 2.7%, respectivamente) y porcentajes iguales en los alucinógenos (3.8%). Cabe resaltar el preocupante aumento del abuso de cocaína, ya antes mencionado, que en el caso del sexo femenino se duplica con respecto a todos los años anteriores que han sido analizados.

3.3.2. Situación con respecto a la media nacional

Si comparamos los resultados obtenidos en la Comunidad de Madrid con la media nacional (tabla 2.19), nos encontramos que los adolescentes madrileños se sitúan por encima de la media en el consumo de alcohol y tabaco, siguen la tendencia general en el uso de cannabis, cocaína, drogas sintéticas y alucinógenos y están por debajo de la media en el consumo de tranquilizantes y anfetaminas. Los niveles de consumo de heroína, aunque reflejan porcentajes ligeramente superiores en la Comunidad de Madrid, en números absolutos no suponen una gran diferencia, dado el reducido número de consumidores de la muestra.

Tabla 2.19. Proporción de consumidores de drogas en la población adolescente de la Comunidad Autónoma de Madrid en comparación con la media nacional (1996-1999).

Fuente	Alcohol	Tabaco	Cannabis	Tranquil.	Anfetam.	Cocaína	D. Sintéticas	Alucinóg.	Heroína
PNSD									
1996	65.7% ^A	22.3% ^C	23.2% ^B	4.4% ^B	4.1% ^B	2.6% ^B	3.9% ^B	5.3% ^B	0.4% ^B
PNSD									
1998	65.8% ^A	21.6% ^C	25.1% ^B	4.7% ^B	3.8% ^B	4.1% ^B	2.5% ^B	4.1% ^B	--
CAM									
1996	73.3% ^A	27.5% ^C	22.9% ^B	3.9% ^B	2.4% ^B	2.7% ^B	3.2% ^B	5.5% ^B	0.5% ^B
CAM									
1997	72.0% ^A	28.9% ^C	24.0% ^B	2.6% ^B	1.7% ^B	2.3% ^B	2.7% ^B	4.4% ^B	0.6% ^B
CAM									
1998	74.0% ^A	25.5% ^C	23.6% ^B	2.6% ^B	1.6% ^B	2.8% ^B	2.0% ^B	3.3% ^B	0.5% ^B
CAM									
1999	72.8% ^A	25.7% ^C	25.3% ^B	2.3% ^B	2.0% ^B	4.3% ^B	2.8% ^B	3.8% ^B	0.8% ^B

A. Ha consumido la sustancia durante el último mes.

B. Ha consumido la sustancia durante el último año.

- C. Consume la sustancia a diario.
- D. Consume la sustancia en mayor o menor medida

4. RESUMEN

Para la elaboración de planes de intervención ajustados a las necesidades de cada momento, es necesario conocer de forma precisa en qué situación se encuentra el consumo de sustancias entre la población adolescente. De ahí que sea uno de los objetivos prioritarios de muchos investigadores centrados en esta área llegar a conocer las prevalencias de consumo tanto de las drogas legales como de las ilegales.

Del análisis de los datos recogidos por distintos estudios representativos desde comienzos de la década, se observa que un gran porcentaje de adolescentes españoles consumen drogas como el alcohol, tabaco y cannabis y que drogas como los alucinógenos, las anfetaminas o las drogas de síntesis, prácticamente desconocidas por los jóvenes consumidores hace pocos años, se encuentran ahora bastante difundidas entre los adolescentes.

El uso del alcohol en España, que ya en 1993 ocupaba el séptimo lugar en el consumo mundial de alcohol con 10 litros de alcohol *per cápita*, ha sufrido una cierta estabilización respecto a años anteriores, aunque continúa el patrón de consumo caracterizado por el consumo de cerveza y licores fuertes, especialmente los fines de semana, fuera del ámbito familiar y con frecuentes episodios de embriaguez.

El tabaco es otra de las sustancias adictivas que consumen mayoritariamente los jóvenes entre los 14 y los 18 años. Aún así, en 1998, se observa una ligera reducción del consumo habitual de tabaco en los dos sexos. Ambos hechos, tanto la estabilización del consumo de alcohol como la reducción del consumo de tabaco, son relevantes a nivel epidemiológico, si tenemos en cuenta que son las dos sustancias más extendidas entre los adolescentes españoles y que sirven de puente para el consumo de otras drogas ilegales.

En cuanto al consumo de drogas ilegales, el cannabis ocupa un lugar prioritario

dentro del consumo de los adolescentes de nuestro país. El uso de esta sustancia ha experimentado un gran incremento en los últimos años, siendo de las más consumidas después del tabaco y el alcohol. Respecto a los psicoestimulantes, resulta alarmante el aumento del uso de la cocaína en 1998, lo que ha conllevado la realización por parte del PNSD (1998) de un estudio específico para determinar los factores asociados al consumo de esta sustancia. Sin embargo, el consumo ocasional y habitual de éxtasis, alucinógenos y anfetaminas desciende de forma importante hasta alcanzar niveles similares a los encontrados en 1994. Por otro lado, el uso de tranquilizantes crece levemente en los varones y se mantiene estable en las mujeres. Por último, la heroína se mantiene en los niveles de estabilización ya observados en estudios anteriores.

Es importante señalar la tendencia que se viene observando desde comienzos de los años 90, donde se refleja un mayor consumo en el sexo femenino de lo que venía siendo habitual hasta entonces. De hecho, en el caso de las drogas legales, se observan prevalencias mayores de consumo entre las mujeres, aunque tanto en el caso del alcohol como del tabaco, los varones presentan consumos más intensos en menor espacio de tiempo.

Asimismo, de forma consistente, encontramos un aumento del consumo en todas las sustancias estudiadas a medida que avanza la edad de estudio. Por otro lado, se observa una edad de inicio inferior en el uso/abuso de drogas legales con respecto a las sustancias ilegales y, en muchos casos, un patrón de estabilización de consumo en edades posteriores, lo que deja entrever que los adolescentes que se inician en el consumo de sustancias encuentran una gran dificultad en abandonarlo y persisten en su conducta adictiva hasta que ésta se encuentra claramente instaurada en su vida diaria.

En cuanto a los datos obtenidos en nuestra Comunidad Autónoma, el estudio comparativo efectuado de las investigaciones de la Comunidad de Madrid a lo largo de los cuatro últimos años refleja patrones de consumo similares a la media en cuanto al tipo de sustancias consumidas, diferencias por sexos y progresión con la edad. En este caso, cabe resaltar el mayor consumo de drogas legales que efectúan los adolescentes madrileños respecto a otras Comunidades.

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

CAPÍTULO 2

FACTORES DE RIESGO Y DE PROTECCIÓN PARA EL CONSUMO DE DROGAS EN ADOLESCENTES

1. INTRODUCCIÓN

El análisis realizado en el capítulo anterior refleja una estabilización e incluso reducción del consumo de drogas legales como el alcohol y el tabaco en los dos/tres últimos años, lo que a simple vista puede hacernos pensar que el problema del abuso de drogas entre los adolescentes está comenzando a controlarse. No obstante, dos tendencias recientes resultan altamente preocupantes, como son la temprana edad a la que la población en edad escolar se inicia en el uso de drogas y el creciente número de mujeres consumidoras que, en algunos casos, supera a los varones en el uso de sustancias en las que, de forma tradicional, el porcentaje de hombres era superior. A estos hechos hay que añadir el enorme coste económico, social y personal que este abuso conlleva y que justifica que este problema se haya convertido en el principal reto para la salud pública.

De hecho, las consecuencias de este uso/abuso de drogas se han agudizado tanto a nivel personal como social. Como es sabido, en cuanto al desarrollo del joven adulto, el abuso del alcohol y de las drogas debilita la motivación, interfiere en sus procesos cognitivos, contribuye a la aparición de trastornos del estado de ánimo e incrementa el riesgo de daños accidentales e, incluso, la muerte. En cuanto a la sociedad en general, el abuso por parte de los adolescentes supone un elevado coste en el cuidado de la salud, el abandono de la educación, el aumento de tratamientos específicos en los servicios de salud mental y el aumento de la criminalidad juvenil.

Además de los costes personales y sociales inmediatos del uso/abuso de drogas en la adolescencia, existe otro gran rango de implicaciones para aquellos jóvenes que continúan con éste en la edad adulta. En todo caso, los problemas asociados con el

abuso de sustancias pueden alcanzar costes importantes como son la destrucción de familias, el debilitamiento de los vínculos de unión de la sociedad del futuro, la pérdida de la productividad y la pérdida de la vida.

Teniendo en cuenta la gravedad de las consecuencias sociales y personales que conlleva el abuso del alcohol, tabaco y otras drogas psicoactivas, se han llevado a cabo desde distintos organismos oficiales y no gubernamentales grandes esfuerzos dirigidos al tratamiento eficaz de dicho consumo (PNSD, 1998, 1999). No obstante, en numerosas ocasiones, los resultados obtenidos no han sido los esperados y, aunque a corto plazo se observa un descenso o incluso la desaparición del consumo, en otros muchos, la abstinencia no se mantiene a largo plazo. Las propiedades recompensantes del uso de drogas, así como los refuerzos por parte de la familia, los amigos y la sociedad, superan generalmente los beneficios de los tratamientos aplicados.

Por ese motivo, en los últimos años desde las entidades más representativas a nivel local y nacional, se ha puesto mayor énfasis en el campo de la prevención, como alternativa más prometedora para evitar las consecuencias sociales y personales del consumo de los adolescentes que, en muchos casos, se mantiene en la edad adulta. Incluido dentro de los programas preventivos a niños y adolescentes, se encuentra el estudio de los factores de riesgo como herramienta útil para la determinación de los objetivos y la detección de los grupos de alto riesgo en lo que al uso de drogas se refiere y que precisan de intervenciones específicas.

Dentro de esta línea de actuación, el estudio y la comprensión de los precursores de los problemas relacionados con las drogas ha supuesto el punto central en los esfuerzos preventivos. Dichos antecedentes, conceptualizados como factores de riesgo para el uso de sustancias, anteceden al abuso y se asocian estadísticamente con un incremento de la probabilidad del mismo. En este sentido, los estudios planteados buscan la prevención eliminando, reduciendo o mitigando la actuación e influencia de estos precursores. Por otro lado, el hecho de que estos factores de riesgo también puedan predecir otros problemas de conducta en los adolescentes (Hawkins, Jenson, Catalano y Lishner, 1988; Hawkins, Catalano y Miller, 1992) y de que el abuso de sustancias correlacione con variables como la delincuencia, los embarazos a una edad

temprana, el mal comportamiento escolar y las separaciones familiares (Jessor y Jessor, 1977; Zabin, Hardy, Smith y Hirsch, 1986; Elliott, Huizinga y Menard, 1989) conlleva que el estudio y la comprensión de los factores de riesgo, pueda ayudar, no sólo a la prevención del abuso de drogas en la adolescencia, sino también a la de otros problemas conductuales asociados.

Si nuestro objetivo final es la prevención del uso/abuso de drogas, resulta imprescindible el estudio y análisis de todos los factores de riesgo que sean relevantes en la génesis y mantenimiento del mismo. Muchos estudios han demostrado que en el inicio del consumo de drogas intervienen factores sociales/ambientales y personales de muy diversa índole. A continuación, se expondrán los factores de riesgo psicológicos y los factores de socialización que aparecen más documentados en la literatura, tanto nacional como internacional de los últimos años. En primer lugar y para facilitar la comprensión de los factores que se van a analizar, se resumirán algunos aspectos conceptuales y teóricos.

2. CONCEPTUALIZACIÓN: FACTORES DE RIESGO Y DE PROTECCIÓN

2.1. Definición

Clayton (1992), define un *factor de riesgo* como un atributo y/o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que incrementa la probabilidad del uso y/o abuso de drogas (inicio) o una transición en el nivel de implicación con las mismas (mantenimiento). Por otro lado, define un *factor de protección* como un atributo o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que inhibe, reduce o atenúa la probabilidad del uso y/o abuso de drogas o la transición en el nivel de implicación con las mismas.

Parece existir un acuerdo general entre los investigadores en cuanto a las funciones básicas que cumplen tanto los factores de riesgo como de protección, pero es a la hora de determinar el peso específico que cada uno de ellos tiene en el inicio y

mantenimiento del consumo de sustancias o saber cuáles son determinantes para la mayor parte de la población, donde existen las mayores discrepancias.

2.2. Multidimensionalidad

En el estudio de los factores de riesgo y de protección implicados en la mayor o menor probabilidad de ocurrencia de una determinada conducta, debemos considerar que en la mayor parte de los casos se hablará siempre de los mismos constructos, aunque en dimensiones o polos opuestos.

Está claro que a mayor número de factores de riesgo a los que un individuo se exponga, mayor será la probabilidad de que use o abuse de distintas drogas. Ahora bien, del mismo modo que la exposición a estos factores facilita el inicio y/o el mantenimiento en el consumo, la exposición a otros o, lo que es más importante, a los mismos predeterminantes de la conducta, pero en una dimensión distinta (polo opuesto del constructo), puede proteger al individuo, reduciendo la probabilidad de que use y/o abuse de estas sustancias. Por tanto, debe considerarse que cada factor de riesgo/protección que esté implicado en el consumo de drogas puede ser bipolar, si la escala utilizada para medir la naturaleza multidimensional del constructo capta todo el rango. Así, un mismo factor (ej. actitud hacia el consumo) situado en un extremo de la escala puede reflejar un alto riesgo para el uso/abuso de una droga (ej. actitud tolerante, positiva hacia la droga) mientras que, en el otro extremo (ej., actitud de explícita oposición al consumo), puede señalar una alta protección contra el mismo.

La complejidad del estudio y de la intervención en los factores de riesgo es consecuencia del hecho de que la mayor parte de los individuos se sitúan en la mitad de la escala, sin estar en una clara y estable condición de alto riesgo ni de protección, por lo que se ven afectados por distintos factores al mismo tiempo y, dentro de un mismo factor, pueden oscilar de un extremo a otro de influencia dependiendo de su relación con los demás predeterminantes y de otras importantes características relacionales.

2.3. Relación con el abuso de drogas

Si ponemos en relación la población de referencia con el marco de interpretación de los factores de riesgo, un joven con un alto riesgo para el consumo de drogas podrá ser definido como un adolescente menor de 18 años y que, por estar expuesto a determinadas circunstancias, es decir, factores de riesgo personales (que existen ya dentro del individuo) y/o sociales (condiciones externas a él, pero con las que convive), tiene una mayor probabilidad de iniciarse en el uso de sustancias tanto legales como ilegales. Como consecuencia, los jóvenes con alto riesgo para el consumo pueden diferenciarse de los que no lo están por las características personales o las condiciones que influyen en la forma de guiar sus vidas. En este sentido, se han enumerado de forma genérica los siguientes factores de riesgo (Clayton, 1992):

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

Como se puede observar, algunos de estos factores se corresponden a condiciones externas al individuo que pueden incrementar la probabilidad del uso/abuso de drogas, a pesar de que cada una de ellas por sí sola es poco probable que determine el que una persona joven consuma drogas. Lo que sí es cierto es que la hacen más vulnerable y aumenta la posibilidad de que se vea expuesta y sea víctima de situaciones de riesgo. En este sentido, no resulta claro si algunos de estos factores son causa o consecuencia del uso/abuso posterior de drogas.

Diversos estudios han tratado de profundizar en esta circunstancia que ilustra dos características importantes en el estudio de los factores de riesgo y su relación con el abuso de drogas, como son la dirección entre ambos, algunas veces recíproca y otras veces claramente asimétrica; y el orden temporal, aspectos que, como se verá más adelante, no siempre son concluyentes.

2.4. Supuestos básicos

Un aspecto que no debemos olvidar en el estudio de los factores de riesgo implicados en la aparición y mantenimiento de determinadas conductas, en este caso del uso/abuso de drogas, es el carácter dinámico y cambiante de muchos de los aspectos a analizar y de las relaciones entre ellos mismos y las consecuencias que puede conllevar (consumo de sustancias). Así pues, no podremos indagar en los factores que predeterminan la conducta de forma aislada sin tener en cuenta la existencia de importantes relaciones de carácter dinámico y recíproco que se establecen entre sus propios componentes y, sobre todo, entre ellos mismos y el uso/abuso de drogas consecuente.

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

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

2.5. Dificultades en el estudio de los factores de riesgo

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

- (a) Es posible hacer uso de las drogas de forma independiente o bien junto con otras, por lo que pueden encontrarse personas que consumen una sola sustancia o, lo que es más común, otras que mezclan varias de ellas a la vez;
- (b) Los usuarios de drogas no llegan al consumo crónico o al abuso de forma repentina, sino que experimentan variaciones en los patrones de uso, bien experimentando con drogas de forma esporádica, bien estableciendo períodos de uso discontinuo o, por el contrario, continuando el uso de forma habitual;
- (c) Las drogas utilizadas varían tanto en su disponibilidad como en su capacidad de producir riesgo en el futuro;
- (d) No es posible hablar de efectos universales de las drogas, ya que éstos dependen de aspectos como la cantidad de sustancia consumida, la idiosincrasia del consumidor y/o de las ocasiones y lugares de consumo;
- (e) Los efectos farmacológicos producidos por las sustancias de consumo son específicos para cada una de ellas, al igual que las características de utilización;
- (f) En la adolescencia, es necesario atender al proceso evolutivo de la persona que usa/abusa de las drogas y a la función que el consumo cumple en su desarrollo para realizar un diagnóstico ajustado del consumo de drogas;
- (g) El consumo de drogas no puede analizarse de forma aislada, sino que debe tenerse en cuenta la situación cultural ambiental en la que aparece;

2.6. Principios generales

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

(a) Los factores de riesgo (características individuales o condiciones ambientales) pueden estar presentes o no en un caso concreto. Cuando un factor de riesgo está presente, es más probable que la persona use o abuse de las drogas que cuando no lo está;

(b) La presencia de un solo factor de riesgo no es garantía para que vaya a producirse el abuso de drogas y, por el contrario, la ausencia del mismo no garantiza que el abuso no se produzca. Lo mismo sucede en el caso de los factores de protección. El abuso de drogas suele ser probabilístico y, en todo caso, es el resultado de la intervención conjunta de muchos factores de influencia;

(c) El número de factores de riesgo presentes está directamente relacionado con la probabilidad del abuso de drogas, aunque este efecto adictivo puede atenuarse según la naturaleza, contenido y número de factores de riesgo implicados;

(d) La mayoría de los factores de riesgo y de protección tienen múltiples dimensiones medibles y cada uno de ellos influye de forma independiente y global en el abuso de drogas;

(e) Las intervenciones directas son posibles en el caso de algunos de los factores de riesgo detectados y pueden tener como resultado la eliminación o la reducción de los mismos, disminuyendo la probabilidad del abuso de sustancias. Por el contrario, en el caso de otros factores de riesgo, la intervención directa no es posible, siendo el objetivo principal atenuar su influencia y, así, reducir al máximo las posibilidades de que estos otros factores lleven al consumo de drogas.

2.7. Conclusiones

Moncada (1997), establece una serie de conclusiones en lo que se refiere a la problemática del consumo de drogas que nos recuerdan y amplían los aspectos más relevantes en el estudio de los factores de riesgo relacionados con el uso/abuso de sustancias anteriormente citados:

- 1) Se puede afirmar que existen factores asociados al uso de drogas así como otros que aparecen asociados a la abstinencia de las mismas;
- 2) Estos factores han sido clasificados en la literatura como “factores del individuo y sus relaciones con el entorno” (intrapersonales e interpersonales) y “factores

ambientales o del contexto”;

- 3) A mayor concentración de factores, mayor será el riesgo o la protección. Además parece que el número de factores de riesgo al que los niños están expuestos está fuertemente asociado al descenso de sus competencias individuales;
- 4) Existen diferentes factores de riesgo para las distintas drogas;
- 5) Los factores de riesgo para el inicio del consumo de drogas y para otros niveles de consumo tampoco son los mismos aunque, en general, lo que muestran los estudios es una agudización de los factores de riesgo a medida que el sujeto pasa a fases más intensas o más problemáticas de consumo;
- 6) Algunos factores de riesgo tienen una influencia constante a lo largo del desarrollo, mientras que otros agudizan su impacto en determinadas edades;
- 7) No todos los factores tienen la misma validez externa;
- 8) Los diferentes factores muestran mayor o menor correlación con el uso de drogas, dependiendo muchas veces de los instrumentos de medida y de los indicadores que se utilizan;
- 9) Algunos factores son más remotos, aunque no por ello menos importantes y su efecto está mediado por otros más próximos. Estos son altamente predictivos, pero no explican las raíces del problema a largo plazo;
- 10) Se han encontrado factores de riesgo y protección comunes a una gran cantidad de conductas problemáticas o desadaptadas, algunas de las cuales, a su vez, predicen el uso problemático de drogas.

Como dicen Petraitis, Flay y Miller, (1995), se conocen la mayoría si no todos los factores que influyen en el consumo de drogas, pero lo que no conocemos todavía es cómo todos esos factores, o piezas del puzzle, encajan y se relacionan entre sí.

3. FACTORES DE RIESGO: CLASIFICACIÓN

Hoy en día es reconocido por la mayoría de los autores que pueden ser muchos los factores de riesgo determinantes a la hora de explicar el inicio del uso/abuso de drogas por parte de los adolescentes. De la misma manera, existen muchas y variadas clasificaciones, otorgándoles más influencia a unos que a otros, dependiendo de las

orientaciones y perspectivas de partida. Los factores individuales han sido estudiados como variables relevantes en un gran número de investigaciones y son precisamente estos y, más concretamente, los factores biológico-evolutivos, los factores psicológicos, los factores escolares y los factores relacionados con el grupo de iguales, los que estudiaremos a fondo a través de la documentación editada en los últimos años. Aunque se expongan por separado a efectos de presentación, se considera que su posible influencia aparece de forma solapada e interrelacionada sin que pueda hablarse de influencias específicas o absolutamente determinantes, sino de tendencias generales de actuación.

3.1. Factores biológico-evolutivos

Se comenzará hablando de dos variables que resultan muy interesantes de cara a su implicación en los programas preventivos en cuanto al ajuste y potenciación de factores de protección frente al consumo en la población adolescente. El primero de ellos se refiere a la influencia diferencial del sexo de los jóvenes en el consumo y, el segundo, al factor edad como importante factor de riesgo para el uso/abuso de sustancias, siempre que hablemos de un rango determinado en el que el inicio en el consumo puede ser un buen indicador de problemas futuros.

3.1.1. Sexo

Aunque esta variable no es susceptible de intervención preventiva es importante para definir a la población de riesgo con la que nos encontramos. Es por ese motivo por el que muchas investigaciones han incluido este factor en sus análisis acerca del consumo de drogas en adolescentes.

La mayoría de los estudios que han tenido en cuenta este factor a la hora de determinar su influencia en el consumo diferencial entre varones y mujeres han llegado a conclusiones similares que indican que no existen diferencias significativas en cuanto al sexo de los sujetos al comparar grupos de consumidores y no consumidores (Barnes, Welte y Dintcheff, 1992; Farrel, Danish y Howard, 1992; Ohaeri y Odejide, 1993; Ruiz, Lozano y Polaino, 1994; Pons y Gil, 1998; Pons y Berjano, 1999).

Estos datos subrayarían la idea de que no parece existir una vulnerabilidad genética determinada por el factor sexual que dirija a los sujetos hacia el uso o hacia la abstinencia de las drogas, sino que las diferencias de sexo con respecto al consumo de sustancias vendrían definidas a través de otro tipo de condicionantes de índole más ambiental o contextual.

En general, se han encontrado diferencias significativas, tanto en el tipo como en la cantidad de sustancia consumida dependiendo de la aceptación social de las mismas, las expectativas, las actitudes, los valores y las motivaciones hacia el consumo (Pons y Gil, 1998, Muñoz-Rivas, Peña, Andreu y Graña, 1999). Con respecto al tipo de sustancia, unos autores han encontrado que los varones consumen en mayor medida todo tipo de drogas, excepto las médicas (Mirón, Serrano, Godás y Rodríguez, 1997) y que las mujeres consumen significativamente más alcohol que los hombres y estos, a su vez, más alucinógenos, inhalantes y opiáceos fumados (Sáiz y cols., 1999). Otros autores han encontrado que las mujeres consumen menos alcohol (Pons y Berjano, 1999) y drogas ilegales que los varones (López, Martín y Martín, 1998). Asimismo, se viene observando en los últimos años un mayor consumo de tabaco en el sexo femenino (PRSD, 1995; Lora y cols., 1996; Campins y cols., 1996; PNSD, 1998; CAM, 1999).

Por último, cabe mencionar que algunos estudios sobre las actitudes de los jóvenes con respecto a las drogas han indicado que existe una estrecha asociación entre el sexo y este factor, mostrándose los varones significativamente más favorables hacia el consumo que las mujeres (Ortega y Mínguez, 1990; Ortega, Mínguez y Pagan, 1992).

3.1.2. Edad

Una gran variedad de estudios constatan con gran consistencia el efecto positivo de la edad sobre el incremento de la frecuencia e intensidad del consumo de drogas (PNSD, 1994; Ariza y Nebot, 1995; Martínez, García, Domingo y Machín, 1996; Leandro, Hernández, Martínez y Ciriza, 1997; CAM, 1999; Muñoz-Rivas y cols., 1999).

El comienzo en la utilización de las drogas suele situarse, salvando las diferencias cuantitativas puntuales, entre los 13 y los 15 años (Comas, 1990; Mendoza, Sagrera y Batista, 1992; Barrena, Gil, y Sanz, 1992; Sánchez y Berjano, 1995). Estudios recientes indican que la media de edad en la que se consume el primer cigarrillo es de 11 años (Turtle, Jones y Hickman, 1997). Estudios como el de Robins y Przybeck (1985), realizados con el objetivo de delimitar la edad de corte de mayor riesgo, encontraron que el inicio en el uso de drogas antes de los 15 años era un predictor consistente del abuso de drogas posterior (Elzo, 1992). En este sentido, se ha corroborado en repetidas ocasiones que, en términos generales, el consumo temprano de sustancias predice el posterior consumo inadecuado de las mismas. Así, se afirma que cuanto antes se inicie el consumo de cualquier droga, mayor es la frecuencia de uso de ésta (Basabe y Páez, 1992), mayor es la probabilidad de que se desarrollen conductas antisociales (Mirón y cols., 1997) y mayor es la probabilidad de que se dé una implicación extensiva y persistente en otro tipo de sustancias más peligrosas (Kandel y Jamaguchi, 1993; Amengual, Calafat y Palmer, 1993; Anthony y Petronis, 1995; Sánchez y Berjano, 1995; Fergusson y Horwood, 1997).

Por otro lado, si nos situamos en el polo opuesto, estos mismos estudios defienden que una edad más tardía en el inicio del uso de drogas correlacionaría con una menor implicación y una mayor probabilidad de discontinuidad en el mismo. No obstante, es interesante anotar los resultados de un estudio llevado a cabo por Recio y cols. (1992) con población adolescente española, que constata también la existencia de un rango de edad de riesgo posterior a la indicada, en torno a los 16-17 años. Este hecho señalaría una forma alternativa más minoritaria y puntual de entrada en el consumo de las distintas drogas, no escalonada por la edad, sino característica de aquellos jóvenes que habrían desarrollado una profunda abstinencia hasta esa edad.

Recientemente, se han planteado los efectos de interacción entre edad y sexo, al encontrarse que las mujeres, se inician en el consumo de sustancias con más intensidad que los varones para, posteriormente, disminuir su consumo a medida que alcanzan una mayor madurez (Muñoz-Rivas y cols., 1999).

3.2. Factores Psicológicos

A continuación, se expondrán todas aquellas variables englobadas como factores psicológicos más frecuentemente mencionadas en la literatura del tema que nos ocupa y que pueden hacer referencia tanto a los estados afectivos (depresión y ansiedad) y las características de la personalidad como a la presencia de determinados problemas de conducta, problemas psicopatológicos y a la influencia de las actitudes personales hacia la droga y su consumo.

3.2.1. Estados afectivos: Depresión y Ansiedad

A pesar de que en los últimos años diferentes estudios han analizado las relaciones existentes entre la depresión o sintomatología depresiva y/o la ansiedad y el uso de drogas, hasta el momento, los resultados no están del todo claros. No obstante, los resultados obtenidos aportan sugerencias importantes para la elaboración de programas preventivos. En líneas generales, los estudios de los distintos autores que han profundizado en el tema se dividen en dos líneas que plantean diferentes razonamientos para el consumo de drogas:

a) El uso de drogas suele estar precedido de algún tipo de malestar emocional (Kaplan, 1985; Huba, Newcomb y Bentler, 1986) o insatisfacción con la vida (Newcomb, Maddahian, Skager y Bentler, 1987), como expresaron Shelder y Block (1990), que encontraron, en una muestra de jóvenes americanos, que aquellos que eran consumidores de marihuana a la edad de 18 años se habían caracterizado por tener en la infancia problemas de carácter emocional. En este mismo sentido, destacan los resultados obtenidos por Lerner y Vicary (1984), en un estudio longitudinal de 5 años realizado con jóvenes adolescentes que finalizó cuando estos alcanzaron la edad adulta. Los datos señalaron que un temperamento difícil, que incluía frecuentes estados de ánimo negativos y aislamiento social, contribuía de forma determinante al inicio y mantenimiento del consumo de drogas. Así, aquellos niños que se caracterizaban en la infancia por respuestas de aislamiento ante nuevos estímulos, irregularidades biológicas, baja adaptabilidad al cambio, frecuentes expresiones de ánimo negativas y expresiones de afecto muy intensas tanto positivas como negativas eran, con mayor probabilidad, consumidores habituales de alcohol, tabaco y marihuana en la vida adulta

en comparación con los niños que tenían una vida más normal y que mostraron una adaptación mayor y un afecto positivo en una edad temprana. A la vista de los resultados, los autores sugirieron que el estado de ánimo negativo y las respuestas de aislamiento de los niños difíciles podría ser análoga a la depresión y a la alienación social frecuentemente expresada por los abusadores de drogas (Smith y Fogg, 1978).

Con muestras de escolares españoles, algunos estudios corroboran en cierta medida este razonamiento. Por ejemplo, Canals, Blade y Carbajo, (1998), encontraron que la sintomatología depresiva en varones y la ansiedad en mujeres, respectivamente, precedían en edades posteriores el inicio en el consumo de tabaco, la cantidad consumida de cigarrillos y la necesidad de alcohol y, además, que los fumadores de 18 años presentaban significativamente mayor número de acontecimientos estresantes y eran más depresivos que los no fumadores. Más concretamente, estudiaron en qué grado la sintomatología depresiva y la ansiedad entre los 11 y los 15 años podía predecir el consumo de drogas a los 18 años, encontrando los siguientes resultados (significativos sólo en varones): a) a los 11 años, tener menor sintomatología depresiva predecía el consumo de tabaco; b) la presencia de síntomas depresivos a los 12 años predecía el consumo de drogas ilegales y un alto nivel de ansiedad a la misma edad predecía el consumo de alcohol y de drogas ilegales; c) los síntomas depresivos a los 13 años predecían el consumo de tabaco y otras drogas, pero no predecían el consumo de alcohol; d) un alto nivel de ansiedad-estado a los 13 y/o 14 años predecía el número de cigarrillos; y e) la sintomatología depresiva a los 15 años predecía el consumo de tabaco. En resumen, los resultados señalan a la sintomatología depresiva como una de las variables predictoras del consumo de tabaco y drogas ilegales en la edad adulta y como predictor importante del consumo de alcohol y tabaco el hecho de tener un alto nivel de ansiedad durante los primeros años de la adolescencia. Utilizando otra muestra de escolares, Abu-Shams y cols. (1998), encontraron que el nivel de ansiedad y la inestabilidad emocional se relacionaban positivamente con la conducta de fumar. Más concretamente, estas dos variables parecían mediar, tanto en la probabilidad de iniciarse en dicha conducta adictiva como en la frecuencia con la que esta conducta se lleva a cabo.

Como contrapartida, también existen estudios que han encontrado que un

inadecuado ajuste emocional tiene poco efecto en el posterior consumo de sustancias ilegales (marihuana) que hacen, como se mencionaba al principio de este apartado, que los resultados en este ámbito no puedan ser concluyentes. De hecho, Petraitis y cols. (1998), en su interesante revisión de estudios que profundizan en la relación entre distintas variables sociales y psicológicas y el consumo de drogas ilegales, encuentran que la mayoría de las investigaciones que estudian la relación entre un alto nivel de ansiedad y/o la presencia de ánimo depresivo y el uso de drogas no llegan a encontrar una relación significativa entre ambas variables. Por su parte, Hansell y White (1991), aportan pruebas de que un inadecuado ajuste emocional sería, más bien una consecuencia que una causa del consumo de alcohol.

b) El uso de drogas suele ser uno de los métodos más utilizados para aliviar problemas de tipo emocional (Aneshensel y Huba, 1983; Labouvie, 1986), aunque sus efectos no sean muy duraderos o eficaces a largo plazo ya que el consumo, a su vez, suele potenciar los síntomas depresivos (Calafat y Amengual, 1991; Bleichmar, 1994) y la inestabilidad emocional (Sáiz y cols. 1999). Con respecto al tabaco, Vázquez y Becoña (1998), concluyen que, a pesar de que no se han encontrado aquellas dimensiones psicológicas fiables que discriminen entre distintos tipos de fumadores, es más probable que los sujetos con depresión se inicien en el hábito de fumar y, además, posteriormente, estos sujetos tienen más dificultad para dejar de fumar y más posibilidad de recaída. Por otro lado, Graña y Muñoz-Rivas (2000), encontraron que aquellos sujetos que obtuvieron mayores puntuaciones en la escala de depresión consumían en mayor medida drogas legales, fármacos y derivados. En el caso de las drogas ilegales, sin embargo, de las variables del estado de ánimo no fue “estar muy deprimido” lo que predecía un mayor consumo, sino el estar en una situación caracterizada por sentirse pletórico, satisfecho de sí mismo, querido por los otros y alegre.

En esta misma línea, de forma genérica, parece claro que entre los jóvenes en los que se dan otros factores de riesgo, el uso de drogas podría estar fuertemente relacionado con problemas de salud mental. Así, Elliot, Huizinga y Ageton, (1985), informaron que aquellos individuos que tenían más problemas emocionales y se encontraban aislados socialmente, también consumían mayor cantidad de alcohol,

marihuana y otras drogas ilegales (policonsumidores).

Así, parece que, aunque los resultados no son concluyentes en cuanto a determinar si la presencia de síntomas depresivos y/o nivel de ansiedad son una causa o una consecuencia del consumo de drogas, los datos parecen apuntar a que, en general, existe un nivel muy bajo de satisfacción personal presente en los consumidores de sustancias (previo al consumo y también generado por el mismo) que podría influir, a su vez, en la alta frecuencia de trastornos del estado de ánimo y de suicidio entre los adolescentes consumidores (Newcomb, Maddahian y Bentler, 1986; Newcomb y Bentler, 1988; Crumley, 1990; Kaminer, 1991; Stowell y Estroff, 1992; Ruiz y cols., 1994) y que este hecho justifica que ambas variables sean tenidas en cuenta en la elaboración de los programas de prevención del consumo de sustancias adictivas.

3.2.2. Características de la Personalidad

Desde un punto de vista genérico, el estudio de las variables de personalidad entendidas como factores de riesgo o vulnerabilidad para el uso/abuso de drogas ha sido uno de los campos menos desarrollados. Son determinados aspectos, como la búsqueda de sensaciones o la presencia de problemas tempranos de conducta, los que han tenido mayor soporte experimental.

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

Destacan también varios estudios centrados en el análisis de aquellos rasgos de

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

Respecto al consumo de alcohol, Rodríguez Martos (1996), plantea que es posible que exista una propensión general a la desviación y que la personalidad puede favorecer la preferencia por uno u otro tipo de sustancia, así como el tipo de relación que se establezca con ella. De esta manera, más que el tipo de personalidad, los trastornos de personalidad se asociarían a un inicio más temprano y a una mayor gravedad del alcoholismo posterior. Así, la inseguridad y la escasa tolerancia a la frustración, entre otros, son factores de riesgo para el desarrollo de una dependencia, siempre y cuando confluyan las circunstancias adversas correspondientes. Por su parte, Abu-Shams y cols. (1998), indican que los adolescentes fumadores habituales frente a los fumadores esporádicos son más inestables emocionalmente, más impulsivos, entusiastas e incautos, más despreocupados de las normas, más inseguros y aprehensivos, con mayor tendencia a la culpa, menos autosuficientes y tienen menos fuerza de voluntad, mayor ansiedad y mayor grado de extraversión. Los autores concluyen que la personalidad es un factor significativo en el inicio del consumo de tabaco pero no en su mantenimiento ya que, en esta fase, es la fuerza de los efectos de la droga y la dependencia fisiológica de la nicotina, los factores que juegan el papel más importante. Desde un punto de vista evolutivo, Gómez-Durán, González y García (1998), estudiaron las fases por las que pasa la conducta de fumar y encontraron que la personalidad y, más concretamente, la creación de una imagen positiva del fumador, estaba relacionada con el inicio en la conducta de fumar y con las fases de experimentación y habituación. La variable “tomar riesgos” puede incrementar también

la posibilidad de fumar por primera vez y de repetir la experiencia.

3.2.2.1. Búsqueda de sensaciones

De las variables de personalidad que han mostrado relación con las conductas de consumo en la adolescencia, una de las más relevantes y más frecuentemente estudiada ha sido la búsqueda de sensaciones, definida por Zuckerman (1979) como: *"La necesidad de experiencias y sensaciones complejas, nuevas y variadas, y el deseo de asumir riesgos físicos y sociales para satisfacerlas"*(p.17). Esta dimensión general se compone de cuatro dimensiones específicas: a) búsqueda de emoción y aventuras; (b) búsqueda de experiencias; (c) desinhibición; (d) susceptibilidad al aburrimiento. La fuerza asociativa de estas dimensiones puede variar dependiendo de la edad del sujeto (etapa evolutiva) y de las situaciones difíciles (estrés) que éste deba afrontar.

Desde que en los años 60, Zuckerman iniciara su período de investigación conceptual y psicobiológica, el concepto de búsqueda de sensaciones ha sido incluido en múltiples estudios, siendo este autor quien más ha estudiado y relacionado la búsqueda de sensaciones, entendida como rasgo de la personalidad y conducta de riesgo (Zuckerman, 1979; Horovath y Zuckerman, 1993), incluyendo en sus investigaciones conductas como beber y fumar, ya que éstas pueden implicar un riesgo a largo plazo (Zuckerman, 1980; 1987).

En la misma línea, existen muchas investigaciones que relacionan, ya sea como constructo total o como dimensiones separadas, la búsqueda de sensaciones con determinadas conductas, como pueden ser el uso de alcohol y otras drogas ilegales y la criminalidad (Bates, Labouvie y White, 1986; Huba y cols., 1986; Clayton, Cattarello, Day y Walden, 1991) y las conductas antisociales (Romero, 1996).

Dentro de las investigaciones centradas en el estudio de la búsqueda de sensaciones como constructo total, son interesantes los estudios realizados por Teichman y cols. (Teichman, Barnea y Rahav, 1989; Barnea, Teichman y Rahav, 1992) con adolescentes israelíes, en los que encontraron una estrecha relación entre esta dimensión y el consumo de drogas legales e ilegales, siendo ésta la variable de mayor

poder predictivo, muy por encima de factores como la ansiedad, la depresión o las relaciones con los padres (Pedersen, Clausen y Lavik, 1988, 1989). Otros estudios obtienen resultados similares, ya que señalan fuertes correlaciones entre esta variable de personalidad y el uso de drogas, similares a las que se establecen entre éste y las relaciones paternas o la influencia de los compañeros (Joe y Simpson, 1991) y la excitabilidad emocional y la depresión, en el caso de grupos de adolescentes asociales (Levenson, 1990).

En nuestro país, los resultados muestran una tendencia similar, encontrándose una correlación positiva entre la búsqueda de sensaciones y el consumo de determinadas drogas legales como el alcohol (Cárdenas y Moreno-Jiménez, 1989), el alcohol y el tabaco (Del Barrio y Alonso, 1994) y drogas ilegales, destacando los estimulantes (Sáiz y cols., 1999). Además, se ha encontrado con grandes muestras de adolescentes españoles que, comparada con otras variables de personalidad como la impulsividad y la autoestima, la búsqueda de sensaciones es la variable que mejor predice el consumo de las diferentes sustancias (Luengo, Otero, Mirón y Romero, 1995). Otros autores han planteado que la impulsividad, la búsqueda de sensaciones y el gusto por el riesgo pueden favorecer el desarrollo precoz de la dependencia del alcohol (Rodríguez Martos, 1996).

En cuanto a las investigaciones que se han centrado en todas o alguna de las dimensiones de la búsqueda de sensaciones, destacan los estudios de Luengo, Otero-López, Romero y Gómez, (1996), que encontraron que esta variable correlacionaba con el consumo de drogas legales e ilegales, tanto en la escala total como en las subescalas de desinhibición y búsqueda de experiencias, siendo la correlación mayor en ambos sexos en la subescala de desinhibición. Teniendo en cuenta las etapas de adicción a las drogas, los resultados mostraron como la desinhibición influía en el inicio del consumo y en el aumento de la dosis y la búsqueda de experiencias en la escalada en el uso/abuso de drogas legales al consumo de drogas ilegales. En resumen, la búsqueda de sensaciones aparecía asociada, no solamente con uso de sustancias en un momento dado, sino con la progresión o escalada de dicho consumo a otro tipo de sustancias más peligrosas. Más recientemente, Sáiz y cols. (1999), analizando las distintas subescalas del concepto, hallaron que los sujetos que nunca habían consumido drogas mostraban

puntuaciones significativamente menores en la subescala de búsqueda de emoción y aventuras y en la subescala de susceptibilidad al aburrimiento que los sujetos que habían consumido alguna vez sustancias ilegales. Por otra parte, los sujetos que nunca habían consumido puntuaban significativamente menos en la subescala de nuevas experiencias y desinhibición en comparación con el grupo de sujetos que habían consumido alguna vez drogas legales. En el estudio de Graña y Muñoz-Rivas (2000), el modelo que mostró ser el mejor predictor del uso de drogas legales, fue el conformado por la presencia de comportamientos antisociales, la desinhibición, la sinceridad y la búsqueda de excitación como facetas de la búsqueda de sensaciones. No obstante, ninguna otra dimensión de la búsqueda de sensaciones resultó significativa en la predicción de drogas médicas o ilegales. De hecho, mayores puntuaciones en las dimensiones de búsqueda de excitación y sinceridad se mostraron como factores de protección para el consumo de drogas legales.

En conclusión, tras el análisis de las investigaciones más relevantes en este tema, se puede afirmar que la búsqueda de sensaciones, entendida como rasgo de personalidad previo, puede ser un factor de riesgo importante para un posterior uso/abuso de drogas en poblaciones adolescentes, bien sea considerada como constructo total o en alguna de sus dimensiones, de la misma forma que lo son otro tipo de variables de carácter familiar o contextual.

3.2.2.2. Personalidad antisocial: problemas de conductas tempranos y persistentes

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

a una edad temprana nos va permitir predecir en la edad adulta, tanto la edad de inicio como la frecuencia del consumo de sustancias (Orejudo, Miguélez y Arévalo, 1997). Además, el abuso de drogas parece hacerse más probable si la conducta antisocial persiste y se vuelve más variada en la adolescencia temprana incluyendo peleas y mal comportamiento en la escuela (Kandel, 1982; Barnes y Welte, 1986).

Desde esta área de investigación se ratifica también la influencia diferencial que distintos tipos de conductas antisociales tienen en el uso de drogas (Farrel, Danish y Howard, 1992). Concretamente, la presencia de conductas agresivas y antisociales en la infancia parecen predecir el uso/abuso de drogas posterior (Hammersley, Forsyth y Lavelle, 1990; Dryfoos, 1991; Hawkins, Catalano y Miller, 1992; Brook, Whiteman, Finch y Cohen, 1996). Se ha encontrado que la agresividad en niños entre los 5 y los 7 años puede ser un potente predictor de la conducta antisocial posterior que incluye la frecuencia de uso de drogas en la adolescencia (Kellam y Brown, 1982), los problemas de drogas en la edad adulta (Lewis, Robins y Rice, 1985) y la delincuencia en la etapa adolescente (Spivack, 1983; Loeber, 1988; Tremblay, Masse, Perron y Lébranc, 1992). White, Brick y Hansell (1993), concluyeron que la agresividad *per se* es un factor predictivo a la hora de desarrollar problemas posteriores relacionados con el consumo de alcohol. Por su lado, Martínez y cols. (1996), indican que la agresividad temprana, sobre todo si se da en niños tímidos, es uno de los factores que muestran una asociación más fuerte con el uso posterior de drogas. Estudios recientes con adolescentes españoles han encontrado que una mayor presencia de conductas desviadas de las normas de comportamiento social típicas de la edad es un potente predictor del consumo de drogas (Younoszai, Lohrmann, Seefeldt y Greene, 1999; Graña y Muñoz- Rivas, 2000).

Las investigaciones que han indagado en las variables mediadoras entre las conductas antisociales/agresivas y el consumo de drogas en la etapa adulta, han encontrado que las drogas y la delincuencia en la etapa adolescente (Brook y cols., 1996), altos niveles de estrés e inconventionalidad (Brook, Whiteman, Finch y Cohen, 1995), la relación con iguales desviados y el distanciamiento de los entornos convencionales (Mirón y cols., 1997), median entre ambas. Además, autores como Mirón y cols. (1997), han encontrado que existe entre ambos una relación recíproca, de tal manera que, por una parte, los sujetos que realizan conductas antisociales consumen

más alcohol, cannabis y cocaína y, por otra, los sujetos que consumen drogas ilegales, con respecto a los que no la consumen, también realizan más conductas antisociales (conducta contra normas y vandalismo).

A pesar de que los estudios muestran en general que la conducta agresiva precoz conlleva a un incremento de conductas problemáticas en la edad adulta y al uso/abuso de drogas, es preciso señalar que la agresividad temprana no va invariablemente seguida de una conducta antisocial seria en la etapa adulta. De hecho, aproximadamente, sólo el 30-40% de los niños con conductas desadaptadas y agresivas continúa exhibiéndolas de 4 a 9 años más tarde (Loeber y Dishion, 1983). Así, de las muestras estudiadas, pocos jóvenes desarrollaron conductas agresivas físicas al final de la infancia o la adolescencia si habían desarrollado tales conductas en una temprana infancia y, la mayoría de ellos, superaron las conductas agresivas iniciales. En cualquier caso, los datos parecen señalar que si la conducta agresiva continúa hasta el comienzo de la adolescencia (13 años), puede ser considerada como un potente predictor del alcoholismo y de la conducta agresiva en los años de adolescencia posteriores (McCord, 1981; Loeber, 1988; Canals y cols., 1998).

Finalmente, hay que subrayar que variables como la hiperactividad y los desórdenes por déficit de atención parecen incrementar el riesgo de la delincuencia cuando se combinan con problemas de conducta, incluyendo la agresión en todas sus formas. La relación entre ambas variables parece darse en varios sentidos. Por un lado, se ha encontrado entre sujetos diagnosticados de hiperactividad en la infancia una alta prevalencia de trastornos de abuso de sustancias en la adolescencia tardía, así como la emisión de conductas delincuentes (Gittelman, Mannuzza y Bonagura, 1985; Reebye, Moretti y Lessard, 1995) y un consumo más prematuro, más depresión y más ansiedad (Thompson, Riggs y Mikulich y cols., 1996). Además, parece que aquellos que cumplen los criterios comienzan antes a consumir drogas, consumen de forma más severa, y antes de empezar el uso de drogas, tienen una imagen más negativa de sí mismos (Horner y Scheibe, 1997). También se han encontrado resultados que avalan la idea de que la presencia de este síndrome pone en riesgo de consumir más tabaco y más tempranamente a los hermanos de quienes lo padecen (Milberger, Biederman y Faraone y cols., 1997). Por otro lado, Reebye, Moretti y Lessard (1995), también encontraron

relaciones, de tal manera que, la mitad de los adolescentes de su muestra de estudio que estaban en tratamiento por abuso de drogas, cumplían los criterios del desorden por déficit de atención e hiperactividad.

A la vista de los resultados, parece que variables como la personalidad antisocial o los problemas de conducta tempranos y persistentes que continúan en la etapa adolescente, así como la realización de conductas antisociales o, al menos, en contra de las normas establecidas en los primeros años de la adolescencia, vengán éstas precedidas o no de conductas agresivas previas en la infancia, predicen un mayor consumo de drogas, aunque serán necesarios más estudios longitudinales para determinar qué tipo de drogas se ven más influenciadas por este tipo de conductas.

3.2.3. Actitudes favorables hacia la droga

Las investigaciones que han estudiado el peso de esta variable han encontrado una estrecha relación entre el inicio del consumo de drogas y determinadas creencias y actitudes hacia las mismas. En esta área, destacan principalmente Jessor y Jessor (1977), que señalaron que tanto las actitudes de los adolescentes como las normas de los grupos de iguales cambiaban, con relación al consumo de drogas, antes de que los usuarios comenzasen a consumir, siendo el primer paso en dirección hacia el consumo de cualquier sustancia un cambio de actitud desde una postura condenatoria a otra mucho más favorable. A través de la observación e interpretación de las conductas de los padres y el grupo de iguales respecto al consumo de estas sustancias y de la selección y asimilación de estas vivencias en su identidad, los jóvenes cambian las actitudes y, más tarde, las conductas. Además, como consecuencia de incorporar nuevas conductas, surgen nuevos cambios en las actitudes personales favorables hacia las mismas, incrementando su frecuencia y potenciando su mantenimiento.

Desde que estos autores expusieran su teoría, son muchos los estudios, tanto de fuera como de dentro de nuestras fronteras, los que han corroborado estos planteamientos. De forma genérica, se defiende la idea de que el inicio en el uso de cualquier sustancia suele ir precedido por valores favorables hacia el mismo (Kandel, Kessler y Margulies, 1978; Smith y Fogg, 1978; Berjano, 1988; Pons y Berjano, 1999;

Amigó y Seshadri, 1999). Específicamente, Orejudo, Miguélez y Arévalo (1997), concluyen que esta dimensión predice, además del inicio en el consumo de sustancias, la edad de inicio y la frecuencia de consumo. Tanto en la fase de experimentación como en el mantenimiento del consumo, unas expectativas positivas son más predictivas de un uso peligroso de la sustancia que el efecto farmacológico de la misma, por lo que pueden representar uno de los principales factores etiológicos (Frone, Russell y Cooper, 1993; Gómez Durán, González y García, 1998).

En referencia al momento evolutivo en el que se produce este cambio, Pisano y Rooney (1988), concluyeron, con una muestra de chicos estadounidenses con edades comprendidas entre los 9 y los 11 años, que las actitudes favorables hacia el uso de cerveza y vino fueron aumentando a través de estas edades desde el 29% hasta el 47% respectivamente, a pesar de que la tasa real de consumo no se vio modificada, confirmando la existencia de un cambio general de actitudes previo al cambio real del comportamiento. Por su parte, Rooney y Villahoz (1994), con una muestra de jóvenes españoles de entre los 10 y los 18 años obtuvieron resultados similares y mostraron que los mayores cambios sucedieron en las actitudes del grupo con edades comprendidas entre los 13-14 años. Asimismo, detectaron que a la edad de 10-13 años prevalecen las actitudes condenatorias hacia el uso de drogas mientras que, a partir de ella, se vuelven más permisivas y se reduce la estimación del peligro que puede suponer el consumo. Los autores señalan que este tipo de cambios se producen al mismo tiempo que un incremento considerable del consumo de sustancias, tanto por parte de los propios jóvenes como por sus grupos de amigos. En su estudio sobre el alcohol, Pons y Berjano (1999), encontraron que una actitud permisiva, más acusada cuanto más alcohol se consume, junto con el grado de facilitación social, conllevan un mayor consumo de esta sustancia. No obstante, señalan que la relación actitud-conducta aparece mediada por muchas variables (experiencia del sujeto y normas sociales que imperen en el medio) que determinan la fuerza de la asociación entre ambas.

No son muchos los estudios que han profundizado en el tipo de actitudes concretas que pueden tener un peso determinante a la hora de iniciarse en el consumo de sustancias. No obstante, se presentan a continuación las creencias o actitudes de los jóvenes respecto a diversos temas relacionados con el consumo de sustancias que más

se han estudiado:

(a) *Aquellas referentes a los perjuicios del consumo para la salud.* Los estudios realizados con población adolescente española han señalado que, en general, los jóvenes disponen de una información adecuada sobre el peligro del consumo, aunque existen diferencias importantes con respecto al tipo de sustancia considerada. Así, con respecto al alcohol y al tabaco, el conocimiento de los escolares sobre el daño que pueden causar a la hora de consumirlos es bastante satisfactorio (Torres, 1987, 1989; Escámez y García, 1990; Ortega y cols., 1992), mientras que, en el caso del hachís y del uso indiscriminado de fármacos, los porcentajes de chicos que se muestran favorables hacia su consumo aumentan considerablemente (Varó, 1983; Comas, 1986; Ortega y cols., 1992). Incluso hay estudios que muestran que los adolescentes piensan que el cannabis es menos perjudicial para la salud que una droga de uso social como es el alcohol, a pesar de que se muestran claramente concienciados de los efectos nocivos de las drogas ilegales (López, Martín y Martín, 1998). Amigó y Seshadri (1999), estudiaron los efectos que el cannabis tiene para una muestra de jóvenes consumidores y encontraron que los efectos a corto plazo se consideran en su mayoría positivos, mientras que los negativos resultan preocupantes. En cuanto a los efectos a largo plazo, dos terceras partes de la muestra indican que el consumo no ha producido en ellos ningún efecto, mientras que una tercera parte entiende que ha tenido consecuencias positivas en su vida en las relaciones personales (41%), en su nivel de comunicación (36%), en disfrutar más de las cosas (35%), en su bienestar emocional general y capacidad de ver dentro de sí mismo (34%) e, incluso, en la superación de problemas emocionales (26%). Ninguno de ellos considera que a largo plazo los efectos hayan sido negativos. No obstante, un 50% de la muestra opina que la sustancia es muy peligrosa y, un 22%, que es negativa para la salud. Otros estudios muestran una relación entre el nivel de riesgo percibido para la salud y el uso de sustancias de tal manera que es más probable que los adolescentes que piensan que las drogas no son peligrosas empiecen a experimentarlas, ya que el nivel de riesgo percibido es menor en consumidores que en no consumidores (Szalay, Inn, Strohl y Wilson, 1993; Hetcht y Driscoll, 1994; Duitsman y Colbry, 1995; Johnston, O'Malley y Bachman, 1996; PNSD, 1998; Younoszai y cols., 1999). Asimismo, se ha encontrado que el nivel de riesgo percibido es específico a la frecuencia de uso, de tal forma que los adolescentes perciben menor riesgo para la salud

en el consumo de drogas legales que en el de ilegales y el uso continuado de drogas como más perjudicial que el uso esporádico de sustancias (Lo y Globetti, 1995; Johnston y cols. 1996; PNSD, 1998). La correlación negativa entre el riesgo percibido y el consumo de drogas aumenta conforme aumenta el uso de la sustancia y la edad (SAMHSA, 1996^a; PNSD, 1998). Algunos autores plantean que en el campo del riesgo percibido se deberían tener en cuenta, sobre todo de cara a la prevención, las consecuencias del consumo de drogas a corto plazo y no sólo a largo plazo, como se hace frecuentemente (Danseco, Kingery y Coggeshall, 1999).

(b) *Aquellas referentes a la idea de que las drogas no generan dependencia.* En general, los datos señalan que, aproximadamente, entre el 25-30% de los adolescentes encuestados desconocen claramente el hecho de que todas las drogas generan dependencia en aquellos que las consumen (Torres, 1987, 1989; Escámez y García, 1990). Ortega, Mínguez y Pagan (1992), advirtieron que si a estos datos se les suma el gran porcentaje de jóvenes que se muestran indiferentes con respecto a este desconocimiento tanto sobre la dependencia que genera el consumo de drogas como de su peligrosidad para la salud junto con su aceptación social y tolerancia, pueden constituir un riesgo claro, sobre todo para la población más joven (11-14), por ser inexperta y caracterizarse por la búsqueda de nuevas experiencias y sensaciones. En este sentido, puede hablarse de posiciones positivas o favorables hacia el consumo de sustancias, sin que esto suponga que este tipo de actitudes lleve de forma directa al consumo. Sin embargo, es necesario señalar que, una vez que existen este tipo de posicionamientos en los adolescentes, de no existir una clara oposición por parte de la familia o los amigos o dificultades reales para conseguir la sustancia, puede que sean determinantes para la implicación posterior en su uso. Tal es el caso del alcohol y el tabaco en los que, dada la tolerancia social de que disfrutan (uso habitual en todas las clases sociales) y las escasas dificultades existentes para conseguirlos, las actitudes pueden configurarse como importantes y fiables predictores de su consumo.

(c) *Aquellas referentes a que el consumo no perjudica la práctica del deporte ni el rendimiento académico.* Los resultados hallados por los estudios sobre la percepción de que no existe influencia negativa del consumo en estos dos aspectos, son coincidentes con los obtenidos respecto al hecho de que éste no es peligroso para la salud (Escámez y García, 1990; Ortega y cols., 1992). A pesar de ello, es necesario señalar diferencias importantes entre ambas. Así, con respecto a la influencia del uso de

sustancias en la práctica del deporte, se obtienen altos porcentajes de jóvenes que perciben una clara influencia negativa de las drogas en este campo, debido quizás, según señalan los autores, a la amplia información emitida por los medios de comunicación y a la política educativa de los centros escolares sobre la relación droga-deporte (Ortega y cols., 1992). Por el contrario, también son muchos los adolescentes que desconocen y, por lo tanto, no perciben influencia negativa alguna del consumo en el estudio. En este caso, la mayor tolerancia o aceptación del uso de drogas con respecto al rendimiento académico (Escámez y García, 1990; Ortega y cols., 1992) podría explicarse tanto por el uso indiscriminado cada vez mayor de ciertas sustancias supuestamente beneficiosas para la obtención de mejores resultados académicos como por el hecho de que, a la edad de 11-14 años, los modelos más cercanos a imitar son más bien los deportistas de élite y no los hombres de ciencia, como han señalado Ortega y colaboradores.

d) *Aquellas que tienen que ver con el control percibido.* En general los estudios encontrados muestran que los consumidores suelen atribuirse mayor control sobre la sustancia del que realmente tienen, especialmente si consideramos las drogas ilegales, que generan mayor dependencia física y psicológica. Al respecto, investigaciones como la de Amigó y Seshadri (1999), ponen de manifiesto que un alto porcentaje de jóvenes consumidores de cannabis, más específicamente un 30%, piensan que controlan mucho el consumo y, un 46%, piensa que lo controla totalmente. Por su parte, López y cols. (1998), encontraron que los jóvenes consumidores tendían a atribuirse un gran control sobre el consumo de sustancias que realizaban, así como una clara capacidad para evaluar las consecuencias que éste tenía.

Finalmente, es necesario señalar dos conclusiones importantes a las que llegan los estudios en este área pensando, sobre todo, en sus implicaciones de cara a la formulación de programas preventivos. En primer lugar, tal y como han observado repetidamente Ortega y cols. (Ortega y Mínguez, 1990; Ortega y cols., 1992), los resultados sugieren que existe una estrecha relación entre el sexo y las actitudes hacia la droga, siendo los varones los que se muestran, por lo general, más favorables hacia su uso que las mujeres. En segundo lugar, los datos obtenidos subrayan la idea de que, en gran cantidad de casos, los conocimientos objetivos sobre los efectos nocivos de una sustancia tienen escasa relación con el consumo abusivo de la misma, por lo que

aquellas estrategias dirigidas a la prevención que estén basadas únicamente en la acumulación de información por parte de los jóvenes, probablemente no obtendrán el éxito perseguido (Pons, Berjano y García, 1996).

3.2.4. Ausencia de valores ético-morales

Son muchos los estudios que han propuesto que la alienación de los valores dominantes de la sociedad (Jessor y Jessor, 1977; Kandel, 1982; Penning y Barnes, 1982), la baja religiosidad (Jessor, Donovan y Windmer, 1980; Robins, 1980; Kandel, 1982; Newcomb y cols. 1987; Ruiz, 1993; Ruiz, Lozano y Polaino, 1994) y la rebeldía (Bachman, LLoyd y O'Malley, 1981; Kandel, 1982) están relacionadas positivamente con el uso de drogas y la conducta delincuente. De forma similar, una alta tolerancia de la desviación (Jessor y Jessor, 1977), una fuerte necesidad de independencia (Jessor, 1976) y la ausencia de normas (Paton y Kandel, 1978) parecen vincularse de forma directa con el consumo de sustancias. Todas estas cualidades suelen aparecer caracterizando a jóvenes que no tienen lazos de unión con la sociedad y en los que la ausencia de la interiorización consolidada de las demandas sociales de autorrestricción de impulsos se confirma en repetidas ocasiones (Ruiz, Lozano y Polaino, 1994; Pons, Berjano y García, 1996).

Shelder y Block (1990), utilizando para su estudio un grupo de adolescentes consumidores de distintas sustancias, encontraron que la alienación interpersonal medida a la edad de 7 años predecía a la edad de 18 años el uso frecuente de marihuana. Por su parte, Cross y Pruyn (1973), comprobaron que en alumnos de secundaria el consumo no aparecía relacionado con los valores sociales de amistad, confianza y aceptación interpersonal, sino que los valores personales y, más concretamente, el valor de la independencia, eran las variables más importantes. Estudios posteriores confirmaron estos resultados, tanto para el consumo de alcohol y de heroína (Rokeach, 1978) como para el de cocaína y marihuana (Carlson y Edwards, 1987; 1990), concluyendo que los jóvenes orientados por valores personales eran más propensos a iniciarse en el uso de sustancias y, una vez comenzado, a incrementarlo, mientras que aquellos que optaban por valores pro-sociales eran menos propensos a comenzar con el uso de drogas, así como a experimentar con otras más potentes. En la misma línea,

Mirón y cols. (1997), encontraron que, sin diferencia por sexos, los valores que indicaban preocupación por el bienestar individual estaban más presentes entre los sujetos que se involucraban en conductas delincuentes y antisociales que entre los que no realizaban este tipo de conductas.

En nuestro país la mayoría de los estudios realizados en este área han centrado su interés en el fenómeno del consumo de drogas más que en el de los valores que promueven dicho consumo y, además, las investigaciones que se dedican a los valores inciden más en las actitudes que en los valores propiamente dichos. Por ese motivo, no son muchos los estudios que se pueden exponer, aunque destacan algunos de ellos que estudian distintas poblaciones de jóvenes españoles, como es el caso de los trabajos realizados sobre la juventud vasca de Elzo y cols. (Elzo y cols., 1987; Elzo, 1989); los de Peiró, Del Barrio y Carpintero (1983), realizados con población valenciana, concretamente en la ciudad de Torrent, y el realizado en Sevilla por Ruiz, Lozano y Polaino (1994).

Cabe citar también el interesante estudio que Moradillo (1995), realizó en la provincia de Burgos en el que se estudiaron de forma pormenorizada los valores predominantes en los estudiantes de B.U.P., C.O.U., FP1 y FP2 y, además, aquellos que podrían diferenciar a los grupos de consumidores de los no consumidores de drogas. Los análisis llevados a cabo no mostraron diferencias significativas entre ambos grupos en lo referente a los valores que defendían, salvo en el caso de los consumidores excesivos, en el que sí estaban presentes valoraciones distintas. De esta manera, los grupos de consumidores excesivos de alcohol, tabaco y otras drogas no integradas se caracterizaban por: (a) una postergación de los valores psicobiológicos (ej., la alegría, la ilusión, la amistad, la ecología, la armonía interior, la autoestima), especialmente en varones; (b) una menor presencia de valores morales (ej., dirigir tu vida y la responsabilidad) en el caso de varones con alto consumo de alcohol en comparación con los consumidores en menor escala y los abstemios; (c) una menor estimación de los valores sociales (ej., tolerancia, paz, igualdad y liderazgo), especialmente en grandes consumidores de alcohol (varones) y de drogas integradas, pero no en el caso del consumo del tabaco; (d) un menor aprecio de los valores estético-intelectuales (ej.,

sabiduría, sentido crítico, imaginación, buena educación y belleza y armonía) y (e) un menor aprecio por los valores trascendentales (ej., fe religiosa y sentido de la vida).

Además, son muchos los trabajos que citan la religión o la religiosidad, la moralidad y los valores prosociales como valores extremadamente relevantes para la protección del adolescente frente al uso de drogas (Lozano y cols., 1992; Ruiz, 1993; Younoszai y cols., 1999; Muñoz- Rivas y cols., 2000). Peiró y cols. (1983), explican que la religión y la moral pueden ser entendidos como factores de protección al constituir un marco de referencia para los jóvenes en el que predominan los valores prosociales y en el que coexisten grupos de referencia ajenos a la práctica del consumo. Corroborando estos resultados, Ruiz, Lozano y Polaino (1994), encontraron en su muestra de estudio que en el grupo de los no consumidores había un mayor número de creyentes, tanto practicantes como no practicantes, que en el grupo de los consumidores, en el que se daba un mayor porcentaje de adolescentes no creyentes. Más recientemente, Mirón y cols. (1997), confirmaron que los jóvenes que consumen drogas ilegales participan menos en actividades religiosas y además las mujeres consumidoras piensan que sus creencias religiosas tienen poco impacto sobre su conducta. López, Martín y Martín (1998), encontraron a su vez que los sujetos que no consumen drogas ilegales y no consumen alcohol o lo consumen esporádicamente, tienen una mayor inclinación religiosa.

3.3. Factores de Socialización

El proceso de socialización, basado en la Teoría del aprendizaje, parte del supuesto básico de que la adquisición de conductas y valores está determinada, en gran medida, por una matriz de relaciones sociales en la que el individuo se enclava y que es crucial para considerar de forma simultánea a varios miembros de esa red. En este caso, el uso de drogas es una de las muchas conductas que resultan de una interacción entre las propias características individuales del joven y las influencias alternativas de diversos grupos sociales. Así, los grupos significativos para el sujeto: la familia y el grupo de iguales, influyen en su conducta mediante dos procesos fundamentales:

El modelado. Es un proceso directo mediante el cual el individuo lleva a cabo

sus propias conductas, mediante la observación y/o replicación de la conducta de los demás o mediante la adaptación de dichas conductas a su forma de vida. De esta manera, sus comportamientos se encuentran influídos y modulados por los comportamientos de los demás, situación que se ve favorecida si el modelo posee prestigio y poder y/o si mantiene una relación afectiva con el sujeto o éste así lo considera. Así, por ejemplo, es más probable que el joven se inicie en el uso de marihuana si sus padres o amigos la consumen que si lo hacen personas de su entorno con las que no existan lazos de identificación personales y afectivos relevantes.

El reforzamiento social. Es un proceso de acción más indirecta, en el que los adolescentes responden a lo que los padres y los compañeros definen como conductas y valores apropiados en relación con determinados aspectos, favoreciendo el desarrollo de lazos interpersonales en los que tanto los valores y actitudes como las conductas son componentes esenciales.

A continuación, se pasa a analizar de forma más detallada aquellas variables que dentro de este campo se han considerado más relevantes y que pueden ser entendidas como posibles condiciones de riesgo para el uso de drogas.

3.3.1. Factores relacionados con la influencia del grupo de iguales

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

determinante de los iguales en la conducta del adolescente (Berndt, 1979).

Si tenemos en cuenta el uso de drogas, también son muchos los estudios que en este campo señalan que, durante la adolescencia, la asociación con iguales que consumen drogas es un potente predictor del consumo de las mismas (Jessor y Jessor, 1977; Smart, Gray y Bennett, 1978; Huba, Wingard y Bentler, 1979; Akers, Krohn, Lanza-Kaduce y Radosevich, 1979; Kandel, 1982; Kaplan, Martin y Robbins, 1982; Berkowitz y Perkins, 1986; Bauman y Fisher, 1986; Kandel, Davies y Baydar, 1990; Swadi, 1992; Fergusson y cols., 1995; Jenkins, 1996), fundamentalmente por dos motivos: (a) refleja el efecto del modelado del grupo y (b) refleja la disponibilidad de drogas por parte de esos modelos. En este mismo sentido y vinculando esta relación con el proceso de transición hacia el uso de drogas, la evidencia sugiere que la influencia de los amigos es mayor y más relevante a la hora de iniciar el uso ilícito de drogas, es decir, en las etapas iniciales de implicación con las mismas (Brook y cols., 1983; Kandel y Yamaguchi, 1985; Bank y cols., 1985; Elliot y cols., 1985; Kandel, 1985; Needle y cols., 1986; Swaim, Oetting, Edwards y Beauvais, 1989). No obstante, algunos estudios también han encontrado que los adolescentes que tienen amigos consumidores evolucionan más rápidamente en el consumo de drogas a lo largo del tiempo que los adolescentes que no los tienen (Chassin y cols., 1996; Hansen y O'Malley, 1996).

En el polo opuesto, algunos estudios han encontrado que relacionarse con amigos que muestran claras normas en contra de las drogas y que no consumen es un potente factor de protección para el uso de sustancias, siendo este factor más significativo que la influencia de la familia (cohesión familiar o castigo parental), de la escuela (valores escolares) o de los valores prosociales (Younoszai y cols., 1999).

La influencia del grupo de iguales en el consumo de drogas del adolescente se encuentra mediada, según las investigaciones, por dos factores principales: las relaciones de apego e intimidad del joven con respecto al resto de los miembros del grupo y el tipo de droga consumida por los mismos.

Respecto a la primera variable, se ha postulado la idea de que la intimidad

establecida con los compañeros tiene una especial relevancia a la hora de determinar el consumo de alcohol en la adolescencia (Margulies y cols., 1977). Este hecho se confirma al detectarse que el ámbito de influencia recíproca entre el consumo de alcohol del joven y el de sus iguales se circunscribe a los amigos más íntimos, mientras que un ambiente social más amplio constituido por compañeros más lejanos no tiene efecto alguno en el mayor o menor uso de la sustancia (Downs, 1987). Otero, Mirón y Luengo (1989), corroboraron estos resultados afirmando que, en todos los estudios realizados, a la hora de explicar el consumo del adolescente, las variables afectivas como el apego a la familia y a los amigos habían obtenido un papel muy relevante.

En cuanto a la segunda variable, los estudios muestran que la influencia del grupo de iguales varía según el tipo de sustancia de consumo y el grado de implicación en el mismo. Autores como Kandel y Andrews (1987), indican que los amigos son especialmente importantes en el caso de consumo de marihuana y en el caso del alcohol, una vez ha comenzado el consumo, la imitación de los iguales es la forma dominante de influencia social favoreciendo, a su vez, la selección por parte del adolescente de aquellas compañías que refuerzan sus normas y conductas recién establecidas.

Dentro de este campo, los estudios plantean una serie de variables o aspectos específicos del grupo de iguales que con mayor frecuencia se han relacionado con el uso de drogas por parte de los adolescentes y que se exponen a continuación.

3.3.1.1. Asociación con compañeros consumidores

Uno de los más potentes predictores del uso y abuso de drogas entre los jóvenes viene siendo el consumo de sustancias por parte de los iguales (Kandel y cols., 1978; Huba y cols., 1980; Segal, 1985; Dishion y Loeber, 1985; Goe, Napier y Bachtel, 1985; White, Johnson y Horowitz, 1986; Barnes y Welte, 1986; Hundleby y Mercer, 1987; Grichting y Barber, 1989; Otero y cols., 1989; Weng y Newcomb, 1989; Brook y cols., 1990; Díaz y Sanabria, 1993; Pons y cols., 1996) prediciendo el inicio y la frecuencia del consumo (Orejudo, Miguélez y Arévalo, 1997) así como su estabilidad en el tiempo

(Chassin, Curran, Hussong y Colder, 1996). Para otros autores como Farrell, Danish y Howard (1992), el consumo por parte de los amigos es un predictor importante, aunque resulta más significativa una historia previa de consumo o tener una alta expectativa de consumir drogas. En relación al consumo de drogas legales y médicas, para Graña y Muñoz-Rivas (2000b), las variables incluidas en el apartado referente a la asociación del adolescente con amigos consumidores de sustancias fueron las que demostraron mayor valor explicativo, seguidas de aquellas relacionadas con el tipo de actividades realizadas en grupo (ej. frecuentar bares o discotecas en su tiempo libre). Sin embargo, la única variable incluida en el modelo y que predecía un mayor consumo de sustancias de comercio ilegal fue el consumo de cocaína por parte de los amigos. Por otro lado, este estudio corrobora el hecho de que las relaciones de intimidad con los compañeros del grupo, es un potente pronosticador de la implicación del joven en una primera etapa de consumo centrada en el consumo de alcohol y tabaco pero, una vez establecida, 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).

De forma paralela se ha encontrado que los adolescentes que perciben por parte de sus amigos un rechazo del consumo de drogas, consumen en menor medida que aquellos que perciben aprobación por parte de los amigos del uso de sustancias (Bailey, Flewelling y Rachal, 1992; Towberman y McDonalds, 1993; Hemmelstein, 1995; Lo y Globetti, 1995).

El hecho de que el consumo de drogas es un ingrediente importante de la vida recreativa es actualmente bien reconocido. Con el objetivo de encontrar qué aspectos o variables sociales tienen mayor relevancia en relación con el consumo de drogas y aportar información sobre las conductas de riesgo relacionadas con el consumo en estos ambientes Calafat y cols. (2000) realizaron un interesante estudio con una muestra de 1.340 jóvenes de las ciudades de Bilbao, Madrid, Palma de Mallorca, Valencia y Vigo. Los autores concluyeron que la presión al consumo en ambientes como bares y discotecas es alta pues cada una de las sustancias posee un componente simbólico muy poderoso: aseguran la diversión, la capacidad de hacer amigos, de ligar, de conseguir estados emocionales o sensoriales específicos y olvidarse de los problemas cotidianos, y

supone para ellos una suerte de rito de paso de la adolescencia al mundo adulto, que les da la sensación de ser libres y dueños de sus propias vidas.

3.3.1.2. Identificación con grupos desviados

De forma consistente, las investigaciones han encontrado altas correlaciones entre el consumo de drogas en los adolescentes y ciertas variables relacionadas con las conductas delictivas de los amigos, la identificación con grupos no convencionales, la participación activa en actividades desviadas (Gorsuch y Butler, 1976; Jessor y Jessor, 1977; Elliot y cols., 1985; White, Pandina y LaGrande, 1987) y el número de conductas desviadas (McBride y cols., 1991). Investigaciones como la de Hundleby y Mercer (1987), confirmaron que, entre las variables correspondientes al grupo de iguales, las que mejor se relacionaron con el consumo fueron la ingestión de drogas por los amigos seguida de la conducta delictiva de estos. Estos autores explicaron que los resultados obtenidos permitían considerar el consumo de drogas de los jóvenes como parte de un síndrome de conducta desviada, que incluiría tanto la delincuencia como la conducta sexual. Por su parte, Otero, Mirón y Luengo (1989), mostraron la importancia de que el adolescente se identificara con grupos convencionales y no convencionales. Observaron que los consumidores, sobre todo los de drogas ilegales, se relacionaban con más asiduidad e interés con grupos no convencionales que los grupos de no consumidores (Dishion y Loeber, 1985; Goe y cols., 1985). Más recientemente, Mirón y cols. (1997), encontraron que los consumidores, independientemente de su género, tenían más amigos desviados que los sujetos no consumidores.

Por último, es necesario apuntar que existen ciertos efectos de interacción observados entre la influencia del grupo de iguales y la familia. A este respecto, se ha encontrado en repetidas ocasiones que el tener amigos con comportamientos delictivos correlaciona negativamente con la mayor parte de las características paternas que indican afecto, confianza e interés (Hundleby y Mercer, 1987).

3.3.1.3. Rechazo por parte de los iguales

De las tres variables que estudiamos en referencia a la influencia del grupo de

iguales en el consumo de drogas, el rechazo por parte de los iguales es la variable que resulta más difícil de contrastar, ya que los resultados de las investigaciones no son concluyentes en cuanto a establecer una relación directa entre ambas variables. Más bien parece que existe una relación indirecta entre ambas, en el sentido de que una baja aceptación por parte de los compañeros parece poner a los jóvenes en riesgo de tener problemas importantes en la escuela y de exhibir conductas agresivas, cercanas incluso a la criminalidad (Parker y Asher, 1987; Coie, 1990; Kupersmidt, Coie y Dodge, 1990; Ollendick, Weist, Borden y Greene, 1992), que también son factores de riesgo para el abuso de sustancias (Hawkins, Lishner, Jenson y Catalano, 1987).

Los escasos estudios que de forma específica han intentado determinar la dirección de la relación existente entre ambas variables se han centrado en estudiar repetidamente los rasgos característicos de aquellos chicos que han sido rechazados por sus iguales (ej., agresividad, timidez, aislamiento) para analizar su posible relación con el uso de drogas. En esta línea de estudio, Kellam, Ensminger y Simon (1980), mostraron que los jóvenes que habían sido tímidos en los primeros cursos escolares reportaban bajos niveles de implicación en el uso de drogas en la etapa adolescente, mientras que aquellos que habían sido agresivos o que habían tenido períodos tanto de agresividad como de timidez, mantenían altos niveles de uso en edades posteriores. Por el contrario, Brook y cols., (1986), encontraron que los niños con rasgos relevantes para el rechazo por parte de los iguales (ej., inhibición social, aislamiento y agresividad hacia los compañeros) no estaban asociados significativamente con el uso de drogas en la adolescencia. No obstante, la agresividad hacia los iguales durante la adolescencia se ha asociado repetidamente con el grado de uso de drogas y, de manera genérica, se ha estimado que los adolescentes que han sido menos inhibidos socialmente y que han estado menos aislados de sus compañeros en etapas tempranas, tienen una probabilidad mayor de estar en un nivel de consumo más avanzado que el resto de sus compañeros.

En conclusión, los estudios citados sugieren que pueden existir varios vínculos entre el rechazo por parte de los iguales y el posterior uso de drogas. De esta manera, es posible que la timidez, producida por el aislamiento de un niño por parte de sus compañeros, llegue a protegerle contra el uso de drogas al eliminar una fuente de influencia importante para el consumo como es el uso de drogas por parte de los

iguales. Por el contrario, la agresividad puede estar asociada con la aceptación por otros más agresivos y quizás cercanos a la delincuencia que pueden favorecer el uso de drogas, aunque para algunos niños pueda ser el resultado de su exclusión por parte de los compañeros (Cairns y cols., 1988). Para confirmar esta idea, Hartup (1983), sugirió que los niños rechazados creaban amistades con otros niños en la misma situación durante los años de la preadolescencia y estos grupos de amistad solían convertirse en delincuentes en la adolescencia. Hops, Davis y Lewin (1999), distinguen entre ambos sexos a la hora de establecer el grado de importancia de ambos polos, de tal manera que encuentran que en el grupo de chicas existen más consumidoras de alcohol, tabaco, marihuana y otras drogas, que presentan conductas de evitación y aislamiento y, sin embargo, entre los chicos consumidores son más frecuentes las conductas agresivas o negativas hacia sus compañeros desde una edad más temprana. Además, sin diferencia entre ambos sexos, encuentran que, cuanto más acusado es el grado de consumo, mayores son los problemas con los compañeros (existe más rechazo) y más negativa es su percepción del colegio. Por todo lo expuesto, se resalta la necesidad de llevar a cabo más estudios longitudinales de cara a poder confirmar una relación directa entre el rechazo de los amigos y el posterior consumo de drogas.

3.3.2. Factores Escolares

Como indica García (1990), desde una perspectiva evolutiva el medio escolar es, junto al hogar, el lugar donde transcurre la mayor parte de la vida del niño hasta la adolescencia, lo cual hace evidente que los distintos elementos que lo configuran sean susceptibles de generar expectativas, actitudes y conductas que tendrán una influencia determinante en su desarrollo posterior.

A pesar de ello, son escasos los estudios que profundizan en la influencia que el contexto educativo tiene sobre el uso y/o abuso de drogas. No obstante, se han evaluado dimensiones específicas como el absentismo escolar, la ausencia de motivación académica y de expectativas educativas y/o el rendimiento y el fracaso escolar, que podrían condicionar la percepción del contexto escolar por parte del joven y que, en el caso de establecerse una relación positiva entre los mismos, llegarían a reducir el deseo de conformarse con las expectativas del grupo normativo, reforzando

sus propias expectativas de rechazo personal (Kaplan, 1977; 1980).

En cualquier caso, el medio escolar es el agente de socialización implicado en proporcionar las recompensas que el joven necesita para tener una imagen adecuada de sí mismo y de su entorno. Desde esta perspectiva, las escuelas más exitosas respecto al binomio rendimiento/conducta social de los alumnos son aquéllas que basan su actividad en la participación, la responsabilidad, la cooperación y, sobre todo, en la aplicación adecuada de refuerzos (Rutter, Maughan, Mortimore y Ouston, 1979), es decir, aquéllas que logran crear fuertes lazos de unión entre la institución y los jóvenes, disminuyendo así la implicación de los mismos en conductas o actividades desviadas. En este sentido, Elliot, Huizinga y Ageton (1985), detectaron que la probabilidad de que los adolescentes se inicien en la ingestión de tóxicos y se relacionen con compañeros delincuentes es menor cuanto mayor es el vínculo con la familia y la escuela. De hecho, dado que las relaciones de apego y de unión con la familia y la escuela se desarrollan antes en el tiempo que la exposición al consumo de sustancias por parte de los amigos, es probable que el grado en el que los jóvenes se unan a los primeros constituya un factor clave para la posterior selección de iguales consumidores o no en la adolescencia temprana. Otros autores abogan por una relación indirecta entre factores escolares y consumo de drogas como Elliot, Huizinga y Ageton (1982), que concluyen que los vínculos sociales con la familia y la escuela influían en el consumo de drogas indirectamente a través de la asociación con iguales. Younoszai y cols., (1999), encontraron que los valores escolares eran un importante factor de protección en el uso de drogas.

Como ya se ha comentado, el estudio de los factores escolares constituye el punto con menor soporte experimental de todos los factores individuales estudiados que se han relacionado con el consumo de sustancias. No obstante, es posible hablar de la influencia determinante de variables predictoras como el abandono escolar, grado de compromiso con la escuela, fracaso académico y/o el tipo y tamaño de la escuela, cuyos estudios más relevantes en el área se detallan a continuación.

3.3.2.1. Abandono escolar

La relación entre abandono escolar y consumo de drogas debe entenderse como un proceso interactivo en el que los abandonos incrementan el riesgo de abuso de drogas y éste, a su vez, pone al joven en una situación de mayor riesgo para abandonar la escuela, el instituto o la universidad (Barro y Kolstad, 1987). En este sentido, Mensch y Kandel (1988), encontraron que el uso previo de tabaco, marihuana u otras drogas ilegales a cualquier edad aumentaba significativamente la probabilidad de abandono escolar en ambos sexos y que, además, aquellos chicos que abandonaban la escuela tenían una probabilidad mucho mayor de abusar de las drogas en un futuro próximo. Además, señalaron que cuanto más joven se daba el inicio en el consumo (alcohol, marihuana y otras drogas ilegales, en el caso de los hombres y tabaco y marihuana en el de las mujeres), más aumentaba la probabilidad de abandonar la escolaridad sin llegar a obtener la correspondiente titulación. Por otro lado, el hecho de abandonar la escuela se presenta como un importante factor de riesgo para el consumo de drogas posterior (Thornberry y cols., 1995). Por su parte, Elliot y cols. (1985), sugirieron que cuando un adolescente ve frustradas sus aspiraciones académicas por la imposición de límites a sus oportunidades educacionales, está en situación de riesgo para el consumo de drogas ilegales.

Otro aspecto que se ha intentado relacionar con el uso de drogas ha sido el absentismo escolar, pero, al respecto, los resultados no son concluyentes. Mientras que unos autores encuentran una relación entre absentismo escolar y uso de marihuana (Kandel y cols. 1978; Farrell, Danish y Howard, 1992; Schulenberg y cols. 1994); otros estudios no han encontrado resultados significativos entre ambas variables (White y cols., 1987). No obstante, estudios más recientes han encontrado que faltar a clase sin justificación predice tanto el consumo de drogas legales y médicas como el consumo de drogas ilegales, teniendo la influencia de esta variable mayor peso incluso que otras variables familiares en el caso del abuso de drogas ilegales (Muñoz-Rivas y cols. 2000).

3.3.2.2. Grado de compromiso con la escuela

Las investigaciones realizadas en esta área han encontrado que un bajo nivel de compromiso o interés por los temas escolares se relaciona con la existencia y/o

frecuencia del consumo de drogas (Jessor y Jessor, 1977; Kandel y cols., 1978; Smith y Fogg, 1978; Elliot y cols., 1985; Kandel y cols., 1986; White y cols., 1987; Friedman, 1983; Gottfredson y Hoper (1996). Sin embargo, estudios realizados con posterioridad no han encontrado una relación significativa entre ambas variables (Flay y cols., 1989; Bailey y Hubbard, 1990; Brook y cols., 1990; McBride y cols., 1991).

En estudios españoles, se ha encontrado una relación negativa entre el grado de satisfacción con los profesores y el consumo de drogas (Mirón y cols., 1997). Concretamente, los autores encontraron que las mujeres consumidoras de drogas se encontraban menos satisfechas con sus profesores que las mujeres abstemias. Congruentemente, Kaplan y cols. (1984; 1986) encontraron que los jóvenes que se habían sentido rechazados por sus profesores al comienzo de la adolescencia eran más propensos a consumir marihuana en la adolescencia media. Relacionado con esto, Barriga (1987) y Berjano (1988), han indicado la existencia de una relación entre una deficiente adaptación o autopercepción escolar y el consumo de drogas. A nivel transversal, Canals y cols. (1998), encontraron una relación significativa entre el consumo de alcohol y una peor comunicación con los profesores, aunque, a nivel longitudinal, esta relación no resultó significativa. Alonso y Del Barrio (1996), encuentran que el consumo de drogas legales en escolares no es una simple reacción al fracaso escolar, que lleve al niño a aislarse de sus compañeros y a refugiarse en el consumo de drogas. De hecho, la relación con los compañeros fue la única variable de las estudiadas que tuvieron escasa relación con el consumo de alcohol y tabaco. Por el contrario, varios factores asociados a la actividad escolar se relacionaron con el consumo de drogas legales y con diferentes variables asociadas a dicho consumo. En este sentido, concluyeron los autores, que es más probable que niños con bajos niveles de aprovechamiento escolar, malas relaciones con los profesores o que van a disgusto al colegio o que se interesan poco por los temas que estudian, lleguen a consumir tabaco y alcohol en el futuro. Posteriormente, Muñoz-Rivas y cols. (2000), encontraron que la relación con los profesores era una variable predictora del consumo de drogas legales e ilegales, aunque no resultó una variable significativa en la predicción del consumo de drogas médicas.

3.3.2.3. Fracaso académico

En lo que respecta a esta variable, con frecuencia se han intentado establecer patrones causales a través de variables indirectas como la inteligencia. En este sentido, aunque existe una relación inversa entre la habilidad intelectual y la delincuencia una vez que se controla el estatus socioeconómico y la raza (Gottfredson, 1981) y a pesar de la covariación entre la delincuencia y las conductas de consumo de sustancias, no se ha encontrado una relación similar para el uso de drogas. Tanto es así, que estudios como el llevado a cabo por Fleming, Kellam y Brown (1982), señalaron que altas puntuaciones obtenidas en los tests de inteligencia o en la habilidad lectora en grados elementales (E.G.B.) predecían el posterior uso frecuente de alcohol en la adolescencia. Asimismo, Kandel y Davies (1991), concluyeron que una alta puntuación en pruebas de inteligencia estaba asociada con altos niveles de uso de cocaína entre jóvenes adultos. A su vez, Smith y Fogg (1979) y White y cols. (1987), indicaron que el consumo de drogas ilegales aparece positivamente relacionado con la nota media obtenida en la escuela. Por otro lado, cabe mencionar que algunos estudios no han encontrado una relación significativa entre nivel de inteligencia / problemas académicos y el consumo de drogas (Jessor y Jessor, 1977; Kaplan y cols., 1986).

El fracaso escolar, de forma específica, ha sido identificado como un predictor claro del abuso de drogas en la adolescencia y otras edades (Jessor, 1976; Robins, 1980; Paulson, Coombs y Richardson, 1990; Jessor y cols., 1991; Boyle, Offord, Racine y Fleming, 1993; O'Donnell, Hawkins y Abbott, 1995). Incluso se ha encontrado que una pobre ejecución en la escuela puede predecir tanto la frecuencia como los niveles de uso posterior de drogas ilegales (Smith y Fogg, 1978). En este sentido, Holmberg (1985), indicó que los novillos, el pertenecer a clases especiales y el abandono temprano de la escuela eran claros factores pronóstico para el abuso de drogas. De forma similar, Newcomb y cols. (1987), determinaron como factores de riesgo de las drogodependencias el absentismo escolar, un pobre rendimiento académico y un bajo nivel de aspiraciones educacionales. Por su parte, Farrell, Danish y Howard (1992), encontraron que una pobre actuación académica se relacionaba con la prevalencia de consumo de tabaco, vino, licores y marihuana, aunque factores como una historia previa de consumo o tener amigos consumidores tenían un mayor poder predictivo. Dusenbury y cols. (1992) encontraron que las conductas en la clase, así como la actuación

académica están relacionadas con la adquisición de hábitos de consumo de sustancias en la temprana adolescencia. Por el contrario, una ejecución brillante en la escuela reducía la probabilidad del uso de drogas entre chicos pertenecientes a los últimos años de la E.G.B. (Hundleby y Mercer, 1987).

Utilizando el aprovechamiento escolar como variable de estudio, Alonso y Del Barrio (1996), encontraron que los alumnos con menor aprovechamiento escolar son los que reciben más ofertas de tabaco y los que consumen en mayor proporción tanto esta sustancia como bebidas alcohólicas. Por otro lado, estos alumnos confiesan una mayor intención de fumar y tomar alcohol en un futuro.

Asimismo, se ha demostrado que una temprana conducta antisocial en la escuela puede predecir tanto el fracaso escolar como el abuso de drogas en cursos posteriores (Feldhusen, Thurston y Benning, 1973). En este sentido, la evidencia disponible sugiere que el ajuste social es más importante que la ejecución académica en los grados escolares más elementales para predecir el posterior abuso de drogas. En concreto, Dobkin, Tremblay, Mase y Vitaro (1995), encontraron que la presencia de conductas disruptivas en clase a la edad de 6 años era un buen predictor del abuso de sustancias a los 13 años. Por otro lado, se han encontrado diferencias en la importancia de los déficits o retrasos académicos dependiendo del sexo y de la droga consumida. Así, se ha encontrado que personas que consumen tabaco y alcohol presentan déficits académicos tempranos y conductas agresivas. En el caso de consumo de alcohol, tabaco y marihuana se encuentran diferencias entre sexos, de tal manera que en el sexo femenino no fueron significativas las variables académicas, pero sí las conductas de aislamiento; en varones, sin embargo, la pobre adaptación escolar y la actuación académica, sí resultaron significativas. No obstante, en el caso del consumo, tanto de drogas legales como ilegales, los resultados entre ambos sexos se iguala, encontrándose que son significativas las variables académicas, en concreto la actuación académica y la relación con los compañeros, donde las chicas se muestran más aisladas y evasivas y los chicos más agresivos (Hops, Davis y Lewin, 1999). Otros autores encuentran que el fracaso escolar en edades posteriores puede incrementar los efectos de la conducta antisocial temprana y/o contribuir de forma independiente al abuso de drogas (Muñoz-Rivas y cols., 2000). Por tanto, quedaría por demostrar si evolutivamente un pobre rendimiento

en la escuela puede establecerse como un predictor estable del abuso de drogas.

3.3.2.4. Tipo y tamaño de la escuela

En este punto cabe destacar el estudio de Recio y cols. (1992), que llegaron a la conclusión de que la mayor probabilidad de consumo de sustancias por parte de los alumnos se daba en centros de gran tamaño y, sobre todo, en escuelas privadas de carácter laico. Sin embargo, no pudieron confirmar este tipo de relación en aquellos centros de pequeño tamaño o escuelas públicas o privadas de orientación religiosa. De cualquier manera, subrayaron que tanto el tipo de centro como su tamaño sólo afectaban al consumo de algunas drogas de tal forma que el uso de barbitúricos estaba negativamente asociado al carácter privado de escuela, tanto laica como religiosa; el carácter privado laico del centro predecía sólo el uso de tabaco, alcohol y tranquilizantes; el mayor tamaño del centro predecía tanto el uso de alcohol y cannabis como el de tranquilizantes y analgésicos. En una línea de trabajo similar, Mirón y cols. (1997), señalaron que los jóvenes que cursan FP consumen significativamente más alcohol, tabaco, cannabis y drogas médicas que los que cursan BUP o COU. Por otro lado, los que cursan BUP y COU en centros privados consumen más inhalantes que los otros dos grupos. No obstante, no encontraron diferencias importantes en el caso de la heroína y de la cocaína. Pons y Gil (1998), encontraron un mayor número de abstemios entre los adolescentes escolarizados en centros privados, pero no detectaron diferencias significativas en cuanto a la cantidad de alcohol ingerida entre los asistentes a centros públicos y privados. Sáiz y cols. (1999), hallaron una mayor prevalencia de consumo de tranquilizantes y de opiáceos fumados durante el último año entre los alumnos de centros privados, mientras que los alumnos de centros públicos les aventajaban en la prevalencia de consumo en el último mes de anfetaminas.

4. CONCLUSIONES

A lo largo de este capítulo se ha profundizado en la literatura existente acerca de

los factores de riesgo individuales que preceden y facilitan el consumo de drogas legales y/o ilegales. Antes de pasar a resumir los rasgos o características que podrían definir a aquellos sujetos en situación de alto riesgo para el consumo de drogas, cabe mencionar algunos aspectos clave que subyacen a esta revisión y que deben ser tenidos en cuenta si se quieren llevar a cabo propuestas preventivas eficaces en la reducción del uso/abuso de sustancias en la población adolescente:

1. *Los factores de riesgo se han mostrado estables en el tiempo.* Se han llevado a cabo investigaciones en distintos lugares y en distintos momentos y existen diversos factores de riesgo que se han mostrado como predictores estables del uso de drogas, a pesar de que las normas acerca del abuso de sustancias hayan sufrido variaciones generales a lo largo de los últimos 20 años. El carácter estable de estos factores de riesgo les configura como uno de los objetivos viables en el trabajo preventivo.

2. *Existen distintos factores de riesgo que son determinantes en diferentes períodos del desarrollo.* De esta manera, variables que pueden predecir el consumo posterior en determinadas etapas del desarrollo pueden no hacerlo si estudiamos etapas posteriores o viceversa, es decir, factores que predicen el consumo de drogas en edades avanzadas de escolarización pueden no ser significativas en edades tempranas del desarrollo. Tal es el caso, por ejemplo, del pobre rendimiento académico que, como se ha visto, sólo es representativo en cursos posteriores, o la realización de conductas agresivas a edades tempranas de 5 a 7 años, que predicen el abuso de drogas en la última etapa adolescente o en edad adulta.

3. *Cuanto más factores de riesgo estén presentes, mayor es la probabilidad del riesgo para el abuso de drogas.* En este sentido, Farrell, Danish y Howard (1992), encontraron una relación curvilínea entre el número de factores de riesgo y el abuso de drogas de tal forma que, a medida que los factores de riesgo aumentaban, la frecuencia de uso aumentaba a su vez, confirmando los resultados que Rutter (1985) había encontrado en el campo de la psicopatología infantil. Por otra parte, se ha planteado que es posible que una mayor duración de la exposición a factores de riesgo ambientales nocivos pueda exacerbar el riesgo (Newcomb, Maddahian, Skager y Bentler, 1987).

4. *Debe estudiarse la interacción entre los diversos factores de riesgo.* Es importante no sólo estudiar la influencia aislada que un factor puede tener en el uso de sustancias, sino también en qué medida cada factor puede interactuar con otros y de qué

forma dicha interacción puede mitigar o exacerbar su efecto en la conducta de riesgo.

5. *La aproximación preventiva centrada en los factores de riesgo no requiere que estos sean manipulados directamente.* Existen factores, como la edad y el sexo, que no son susceptibles de manipulación preventiva, pero son relevantes a la hora de definir la población de riesgo y deben tenerse en cuenta en todo programa preventivo, dirigiendo los esfuerzos en estos casos a mediar o moderar los efectos que estos pudieran tener en el consumo de sustancias. Así, es fundamental que cuando se elaboren propuestas de prevención, el investigador conozca qué variables va a poder manipular directamente, cuáles va a poder utilizar para mitigar los efectos y cuáles no van a ser susceptibles de ningún cambio y no se van a ver afectadas por la intervención.

6. *Deben considerarse las variables que inciden en el inicio del consumo.* La investigación centrada en el estudio de los factores de riesgo debe tener en cuenta, no sólo las circunstancias personales y ambientales que mantienen y fomentan la realización de conductas no deseadas, entre ellas el uso/abuso de drogas, sino que también debe contar con aquellas variables que influyen en el inicio del consumo o que ponen a un determinado grupo de personas en una situación de riesgo. Este aspecto es fundamental para elaborar programas efectivos de prevención en el campo que nos ocupa y puede hacer conseguir que los efectos de los programas se mantengan no sólo a corto plazo, sino a medio y largo plazo. Por otro lado, no debemos olvidar la población diana a la que van dirigidas las intervenciones. Al tratarse de adolescentes, nos encontramos con la dificultad añadida de la etapa de desarrollo en la que se encuentran, fase que ha sido considerada por la comunidad científica como un período de especial riesgo para la involucración en el consumo de sustancias por la necesidad de apertura a experiencias novedosas, el deseo de ampliar la matriz de relaciones sociales y la búsqueda de autonomía e identidad propias que la caracterizan (Luengo y cols., 1996).

7. *Se deben tener en cuenta los factores que disminuyen la probabilidad de consumo.* Otro aspecto a tener en cuenta es que las aproximaciones centradas en los factores de riesgo, no sólo deben considerar aquellas situaciones que favorecen el consumo de sustancias adictivas, sino también considerar los factores que mitigan o reducen la posibilidad de que estas conductas aparezcan. Desgraciadamente, aunque han sido muchas las investigaciones en el tema, actualmente es difícil concluir qué factores de riesgo son realmente causales en la conducta adictiva y cuáles tienen menos influencia, posiblemente debido a las relaciones interactivas existentes entre todos ellos.

A pesar de que los resultados en este área distan de ser concluyentes en muchos de los aspectos estudiados, existen determinados rasgos o características que se repiten de forma consistente y que parecen definir a aquellos sujetos en situación de alto riesgo. Estos factores, que se resumen a continuación, son los que han servido de marco de referencia para la elección de las variables que se han incluido en el diseño del programa preventivo que se presentará en el capítulo 7.

- a) Iniciarse a una edad temprana en el consumo de sustancias.
- b) Presencia de algún tipo de malestar emocional o insatisfacción con la vida y/o frecuentes estados de ánimo negativo, especialmente en el caso de las drogas legales.
- c) Presencia de altos niveles de ansiedad en los primeros años de la adolescencia.
- d) La presencia en la infancia o la adolescencia (13 años) de rasgos de personalidad tales como agresividad, personalidad depresiva, impulsividad, desadaptación social, una baja resistencia a la frustración y búsqueda constante de emociones, desinhibición y afán de aventura.
- e) Realización de conductas antisociales y/o agresivas en la infancia, especialmente si éstas continúan hasta el principio de la adolescencia o si se combinan con variables como la hiperactividad y los desórdenes por déficit de atención.
- f) Mantener actitudes permisivas o favorables hacia el consumo de sustancias, lo que incluye opiniones equivocadas acerca de los perjuicios del uso/abuso de drogas para la salud, para el rendimiento académico y/o el grado de control que pueden ejercer sobre el consumo.
- g) Predominio de una alta tolerancia a la desviación, una fuerte necesidad de independencia, la ausencia de normas y la escasa interiorización de las demandas sociales de autocontrol de impulsos en jóvenes orientados por valores o su bienestar personal y/o que dan menos importancia a valores religiosos o trascendentales y psicobiológicos,
- h) Asociación con compañeros consumidores de drogas y/o fuerte implicación emocional con respecto al grupo de iguales, aunque existen diferencias dependiendo del tipo de sustancia consumida y el grado de implicación en el mismo.
- i) Ocupar el tiempo libre en frecuentar bares o discotecas donde el consumo de drogas es frecuente.

- j) Identificación con grupos desviados o no convencionales.
- k) Pobre ejecución académica o fracaso escolar en cursos avanzados y el abandono temprano de la escolarización.
- l) Poco o nulo compromiso con la escuela y sus actividades y poca satisfacción con los profesores.

Como ya se ha planteado anteriormente, el estudio de los factores de riesgo de las drogodependencias adquiere su mayor relevancia en la medida en que sirve de base para el diseño y la elaboración de programas preventivos más eficaces y que mantengan sus efectos positivos a largo plazo. Por tal motivo, el siguiente capítulo se centra de lleno en el campo de la prevención del consumo de drogas y, a través del estudio de los programas preventivos que se han venido desarrollando en las últimas décadas, pretende valorar la situación actual de este difícil campo de estudio que tantas consecuencias personales y sociales tiene en nuestros días.

CAPÍTULO 3

PREVENCIÓN DEL USO/ABUSO DE DROGAS EN POBLACIÓN ADOLESCENTE

Desde un punto de vista genérico, el concepto de prevención en el campo de las drogodependencias hace referencia a toda medida o actuación que tiende a reducir o evitar el consumo excesivo de una determinada sustancia y los problemas derivados de su uso.

En la literatura, se pueden encontrar distintas clasificaciones de los tipos de intervención, según se consideren las distintas etapas en las que se encuentre el fenómeno, aspectos más operativos o la población a la que se dirige:

- a) En sentido clásico, se distinguen tres niveles de actuación: la prevención *primaria* (intervenciones antes de que se produzca la enfermedad, que tienen como misión impedir la aparición de la misma), la prevención *secundaria* (intervenciones llevadas a cabo después de que se ha identificado la presencia de los primeros estadios de la enfermedad) y la prevención *terciaria* (acciones dirigidas a detener la propagación y evolución de la enfermedad y sus consecuencias). Estos tipos de intervención, desde una perspectiva más actual, corresponden a lo que se conoce como prevención (primaria), tratamiento (secundaria) y rehabilitación (terciaria).
- b) Desde un marco conceptual, existen dos grandes concepciones de la prevención que responden a una clasificación operativa: la *prevención inespecífica*, donde el problema que se pretende prevenir se incluye dentro de un enfoque global de promoción de la salud y suele llevarse a cabo en la etapa de educación primaria (6-12 años); y la *prevención específica*, que suele llevarse a cabo a lo largo de la educación obligatoria (12-16 años), y utiliza programas de formación y entrenamiento para la prevención de

problemas concretos como es el consumo de drogas y las consecuencias derivadas de un uso abusivo de las mismas.

- c) Más recientemente, se acepta una clasificación aceptada por el NIDA, que se puede aplicar a la prevención de las drogodependencias y que distingue entre los siguientes tipos de intervención: 1) *universal*: dirigida a todos los adolescentes, que incluye programas preventivos escolares que tratan de fomentar habilidades y clarificar valores; 2) *selectiva*: dirigida a adolescentes que se encuentran en una situación de riesgo de consumo mayor que el promedio; 3) *indicada*: dirigida a aquel subgrupo de la comunidad que suele ser consumidor o que ya tiene problemas de comportamiento.

Desde cualquier perspectiva teórica, se ha considerado la prevención primaria como la más deseable, ya que tiene como objetivo retrasar o evitar el inicio en el consumo cuando éste todavía no se ha establecido. Por otro lado, se ha defendido la necesidad de llevar a cabo prevenciones específicas que de forma “clara, concreta y explícita tratan de influir en el consumo de drogas” (Calafat, 1995). No obstante, no debe descartarse la combinación de programas de intervención generales o inespecíficos con otros más específicos. En esta línea, se encuentra la prevención dirigida a los factores de riesgo que pretende, no sólo modificar la influencia de éstos (como es sabido, en muchos casos no es posible), sino también potenciar y reforzar la presencia temprana de los factores de protección que ayudan a los individuos en situación de riesgo a no llegar al consumo de drogas.

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. Más recientemente, el NIDA (1997) detalla los principios básicos que se resumen en la tabla 3.1.

Tabla 3.1. Principios de la prevención según el NIDA (1997):

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.

El objetivo de este capítulo es ofrecer una visión general del avance que ha sufrido la prevención de las drogodependencias en las últimas décadas, desde los primeros acercamientos hasta las intervenciones más actuales para, finalmente, evaluar la situación actual de la prevención del consumo de drogas en nuestro país a nivel

cuantitativo y cualitativo, 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, las principales teorías y modelos explicativos que se han planteado sobre la etiología del abuso de drogas, desde las más sencillas hasta las más integradoras y comprensivas de reciente planteamiento. En segundo lugar, se hace un recorrido por las intervenciones preventivas que se han realizado en las últimas décadas, tanto dentro como fuera de nuestras fronteras (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 escolares de prevención de drogas desarrollados en España que, por su relevancia, su calidad y su grado de desarrollo alcanzado, se han incluido en el catálogo de prevención de programas de drogodependencias de la Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid.

1. TEORÍAS EXPLICATIVAS DE LA ETIOLOGÍA DEL ABUSO DE DROGAS.

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

Se han desarrollado una serie de teorías o modelos sobre la etiología del abuso de drogas que han servido de punto de partida para un gran número de programas preventivos. No obstante, muchos de estos enfoques teóricos se han centrado solamente

en un aspecto o aspectos parciales de dicha problemática y se han caracterizado por su falta de adecuación a la realidad y a la práctica de las intervenciones preventivas (Becoña, 1999).

Petraitis, Flay y Miller (1995), hacen una clasificación de las teorías que se han desarrollado: a) teorías cognitivo-afectivas: teoría de la acción razonada (Fishbein y Ajzen, 1975; Ajzen y Fishbein, 1980), teoría de la conducta planificada (Ajzen, 1985, 1988); b) teorías de aprendizaje social: teoría del aprendizaje social (ej., Akers y cols., 1979), teoría aprendizaje social / cognitivo social (Bandura, 1986); c) teorías del apego social: teoría del control social (Elliot y cols., 1985, 1989), modelo de desarrollo social (Hawkins y Weis, 1985); d) teorías en la que las características intrapersonales juegan un papel relevante: modelo de ecología social (Kumpfer y Turner, 1990-1991), teoría del autodesprecio (Kaplan, Martin y Robins, 1982, 1984), modelo de aprendizaje social de varias etapas (Simons y cols., 1988), teoría de la interacción familiar (Brooks y cols., 1990); e) teorías que integran constructos cognitivo-afectivos, de aprendizaje, compromiso y apego, e intrapersonales: teoría de la conducta problema (Jessor y Jessor, 1977); teoría del cluster de iguales (Oetting y Beauvais, 1986a, 1986b, 1987), modelo de vulnerabilidad de Sher (1991); modelo del dominio (Huba y Bentler, 1982). Estos modelos y teorías, según los autores, asumen que los rasgos de personalidad y afectivos influyen en el uso experimental de sustancias directamente, cuando los estudios longitudinales sugieren que dichas características son pobres predictoras del consumo.

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

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

1.1. Teoría de la Conducta Problema

La teoría de la conducta problema fue formulada desde el área de la psicología social por Jessor y Jessor (1977, 1980), para explicar el consumo de alcohol pero también ha tenido apoyo para el consumo abusivo de drogas, especialmente de la marihuana. Los autores sugieren que la probabilidad del uso de drogas puede predecirse por la propensión general del individuo hacia la conducta problema. Esta hace referencia a la conducta que es socialmente definida bien como un problema, bien como una fuente de preocupación o inquietud, o simplemente como algo indeseable según las normas o instituciones de la sociedad convencional.

La teoría de la conducta problema se basa en tres sistemas explicativos interrelacionados y organizados entre sí: a) *la personalidad* (factores cognitivos que reflejan el significado y la experiencia social, como son los valores, las expectativas, las creencias, las actitudes y las orientaciones hacia sí mismo y hacia los otros); b) *el ambiente* (factores que pueden ser conocidos o percibidos teniendo significado para la persona como son los apoyos, influencia, controles, modelos y expectativas de los otros); c) *la conducta* (resultado de la interacción de la personalidad y la influencia ambiental, se entiende por conducta los propósitos aprendidos socialmente, funciones o significados). Además, existen una serie de variables antecedentes que incluyen, tanto las características demográficas (la educación, ocupación y religión de los padres y la estructura familiar), como el proceso de socialización (la ideología parental, el clima familiar, la influencia de los iguales y la influencia de los medios de comunicación).

Desde esta teoría, el consumo de drogas queda explicado a dos niveles: a nivel distal, por un bajo apoyo y control parental, un bajo control de los iguales, baja compatibilidad entre los padres, expectativas de los iguales y baja influencia de los padres sobre los iguales; a nivel próximo, por una baja desaprobación parental de la conducta problema, tener muchos modelos de amigos consumidores y una alta

aprobación por parte de los amigos de la conducta problema.

La causa por la que los adolescentes participan en actividades problemáticas, tales como el uso de sustancias o una actividad sexual prematura radica en que tales acciones, por lo general, les ayudan a alcanzar metas personales, la aceptación y el acceso a un determinado grupo de iguales o la consecución de un determinado estatus social. Así, la conducta de beber, fumar o consumir drogas puede ser, por un lado, una forma aceptable de afrontar fracasos reales o imaginarios, el aburrimiento, la ansiedad social, la baja autoestima o la infelicidad y, por otro, una manera de dar una imagen de mayor control y dureza o de demostrar una mayor independencia de las figuras de autoridad. En la medida en que los jóvenes perciben estas actividades como funcionales, están más motivados a participar en ellas, por lo que se encuentran en mayor riesgo de consumir, especialmente, aquéllos que no encuentren alternativas para la solución de sus problemas ni para la consecución de sus metas. Como consecuencia de ello, una buena estrategia preventiva sería subrayar los riesgos del abuso de sustancias y proporcionar a este subgrupo de la población alternativas al consumo para afrontar los problemas con los que se encuentran.

Más recientemente, basándose en la epidemiología conductual y la psicología del desarrollo y social, Jessor (1991), ha propuesto una teoría más comprehensiva, bajo el nombre de la **Teoría para la conducta de riesgo de los adolescentes**, en la que considera factores de riesgo y de protección (biológico/genéticos, medio social, medio percibido, personalidad y conducta), conductas de riesgo (conductas problema, relacionadas con la salud y la escuela) y resultados de riesgo (salud, roles sociales, desarrollo personal y preparación para la vida adulta). Para la aparición de las conductas de riesgo en los adolescentes, son de gran importancia la pobreza organizada socialmente, la desigualdad y la discriminación. Conocer la conducta social, teniendo en cuenta la etapa de desarrollo específica, se muestra relevante desde esta perspectiva lo que ha llevado, a su vez, a una confluencia con la psicología del desarrollo y la psicología social (Becoña, 1999).

Jessor propugna una visión comprehensiva y simultánea de todas las conductas de riesgo, sugiriendo que la intervención debe orientarse a cambiar las circunstancias que

sostienen un grupo o síndrome de conducta de riesgo en la adolescencia. Más concretamente, el objetivo sería reducir los factores de riesgo y aumentar los de protección con la idea de orientar un cambio en el estilo de vida, especialmente en aquellos jóvenes que viven en ambientes sociales adversos.

1.2. Teoría del Aprendizaje Social

Esta teoría, desarrollada por Bandura (1969, 1977), integra los principios del condicionamiento clásico y condicionamiento operante para explicar el comportamiento humano (aprendizaje, mantenimiento y abandono de la conducta) y las corrientes psicológicas actuales donde prevalece el papel de la cognición (creencias, actitudes, pensamientos...). En este caso, el consumo de sustancias se conceptualiza como una conducta intencional, funcional y socialmente aprendida a través de un proceso de modelado y reforzamiento, además de la interacción de otros factores personales y socioambientales. A través de estas influencias, el joven aprende que el fumar, el beber o el consumir drogas es una práctica común entre los que le rodean y, por lo tanto, es algo socialmente aceptable y necesario si se pretende conseguir cierto reconocimiento entre sus iguales, incrementando, así, de forma paralela, su susceptibilidad ante las influencias sociales.

Posteriormente, Bandura (1986), red denominó esta teoría como **Teoría Cognitiva Social** e introdujo el término de *autoeficacia* como elemento cognitivo esencial, sin dejar de considerar las otras variables mencionadas. Este término se centra en los pensamientos que los individuos tienen acerca de su capacidad para actuar. La autoeficacia se ve afectada por cuatro tipos de experiencias: directa, vicaria, persuasión verbal y estados afectivos y psicológicos. Así, establece su modelo de determinismo recíproco entre la conducta, los factores cognitivos y/o otros factores personales y las influencias ambientales, en las que unos factores interactúan sobre otros de modo recíproco. Desde este modelo, la influencia de estos tres factores varía dependiendo de las distintas actividades, individuos y circunstancias y se rechaza la existencia en la persona de factores fijos, tales como la personalidad predisponente o factores intrapsíquicos. Existen cuatro procesos mediante los cuales el individuo adquiere su propia concepción de sí mismo y sobre la naturaleza de sus pensamientos: a) la

experiencia directa de los efectos producidos por sus acciones; b) la experiencia vicaria de los efectos producidos por la conducta de otras personas; c) los juicios manifestados por otros y d) las deducciones a partir de conocimientos previos utilizando reglas de inferencia.

Un aspecto importante de esta teoría de la autoeficacia es que, además de analizar los mediadores del cambio, proporciona pautas para maximizar la efectividad de los tratamientos y del cambio de conducta. Partiendo de que la autoeficacia influye en la motivación y en la ejecución, podemos pensar que también va a permitir predecir el comportamiento.

Otro aspecto importante, es que la teoría explica la influencia de los medios de comunicación de masas, que se constituyen como una poderosa influencia para aprender conductas de todo tipo (entre las que se encuentran el consumo de drogas legales e ilegales), formar actitudes y modular creencias (Becoña, 1999).

Los planteamientos de esta teoría permiten utilizar, además de la técnica de modelado, otras que hoy se enmarcan en las denominadas técnicas cognitivo-conductuales. Por todo lo mencionado, esta teoría se plantea de gran repercusión para la realización de programas, tanto de tratamiento como de prevención del consumo de drogas. De hecho, como veremos más adelante, muchos de los programas preventivos parten de la misma o utilizan parte de los componentes expuestos en esta teoría.

1.3. Teoría de las Etapas

Basada en la hipótesis de la escalada y planteada por primera vez en los años 50, fue desarrollada por Kandel (1980, 1982). Desde una aproximación psicosocial, este autor considera que la implicación en el uso de sustancias pasa necesariamente por diferentes etapas o fases. Los adolescentes progresan generalmente de forma secuencial desde la cerveza o el vino a licores más fuertes y a los cigarrillos y, de ahí, a la marihuana y al cannabis, hasta llegar a otras drogas ilegales de mayor poder adictivo. No obstante, es importante señalar que un consumo temprano no conduce necesariamente al consumo en etapas posteriores, aunque sí parece que el uso de

sustancias en una etapa es muy improbable sin el consumo en una etapa anterior. El autor además propone que existen predictores específicos para según qué tipo de sustancias, lo que puede facilitar la adecuación de los programas preventivos. Así pues, en el consumo de alcohol es necesario atender a la participación precoz en conductas desviadas y al uso de tabaco, cerveza y vino; en el consumo de marihuana, al conjunto de creencias y valores favorables hacia su uso y la asociación con grupos de iguales consumidores y, finalmente, en el caso del consumo de drogas como la heroína o la cocaína, es preciso tener en cuenta aspectos antecedentes como la existencia de relaciones insatisfactorias con los padres, sentimientos de depresión, consumo severo de marihuana, presencia de actitudes no convencionales y la exposición al consumo de drogas por parte de los iguales.

1.4. 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.

1.5. Modelo de Estrés Social

Esta aproximación se deriva inicialmente del modelo de psicopatología de Albee (1982) y pretende la integración del tradicional énfasis en las variables individuales y familiares y los recientes hallazgos de las investigaciones sobre competencia y afrontamiento.

Desde esta perspectiva, el consumo de drogas adolescente es considerado como el resultado a largo plazo de todas las vivencias del joven experimentadas tanto con aquellas personas más relevantes de su contexto (ej., familia, amigos) como con los sistemas sociales, desde el nacimiento hasta la adolescencia. Así pues, las experiencias del joven en la familia, la escuela y la comunidad se entienden como influencias relevantes para su adecuada identificación con los padres, con los iguales y con los modelos sociales y para el desarrollo de estrategias de afrontamiento efectivas.

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

competentes en la escuela o en la comunidad y poseen suficientes recursos y oportunidades.

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

1.6. Teoría de la influencia triádica de Flay y Petraitis

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

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

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

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

1.7. Modelo comprensivo y secuencial

Este modelo ha sido desarrollado por Becoña (1999) y plantea que el consumo de drogas se desarrolla a través de una serie de fases: fase previa o de predisposición, fase de conocimiento, fase de experimentación e inicio al consumo, fase de consolidación y fase de abandono o mantenimiento. En él organiza toda la información disponible acerca del consumo de sustancias y de los factores que más frecuentemente han aparecido asociados al mismo. A continuación, veremos de forma más detallada los principales factores que están presentes en cada una de estas fases, aunque no se debe olvidar que todos ellos interactúan y se relacionan entre sí, influyéndose recíprocamente e interactuando de tal manera que delimitan el que una persona sea única y distinta a las demás.

- a) *Fase previa o de disposición.* En esta fase se dan una serie de factores de predisposición que facilitan una mayor probabilidad de consumo en unas personas que en otras y, finalmente, un mayor consumo en aquellas personas que reúnen cierto número de características. Estos factores son previos al consumo, ya están presentes cuando la persona va a llevar a cabo

una determinada conducta o, incluso, años antes. Dentro de estos factores se encuentran: a) factores de predisposición socio-cultural, que incluyen las creencias, expectativas y conductas de nuestro grupo social que favorecen el uso de drogas, como el alcohol o el tabaco, y las hacen socialmente aceptadas en determinadas situaciones (ej., bodas, reuniones de trabajo, celebraciones, etc). Se incluyen también los sistemas de producción de ese sistema social (ej. la publicidad y la venta) y la utilización del tiempo libre; b) factores de predisposición biológica, tienen su importancia en la medida en que se puedan encontrar fármacos para limitar o bloquear el efecto de las sustancias en el cerebro; c) factores de predisposición psicológica, que incluyen el aprendizaje, la personalidad y la inteligencia, que se relacionan entre sí.

- b) *Fase de conocimiento.* El conocimiento acerca de las drogas proviene de la familia, los medios de comunicación, los amigos, los profesores y otros adultos. Los factores que influyen en esta fase son: el ambiente en el que vive el individuo, el proceso de aprendizaje, la socialización (familia, iguales, colegio y televisión) y las expectativas (mecanismos a través de los cuales las experiencias y el conocimiento pasado son utilizados para predecir el futuro, y están derivadas de las creencias, conocimientos y esquemas sobre el mundo).
- c) *Fase de experimentación e inicio al consumo.* En esta fase están presentes los siguientes elementos: a) factores de riesgo para el consumo de sustancias, como los componentes constitucionales, familiares, emocionales e interpersonales, intelectuales y académicos, ecológicos y los acontecimientos de la vida no normativos que generan estrés (Coie, Watt, West y cols., 1993). Estos factores generales deben servir de punto de partida, para luego pasar a otros más específicos que están relacionados con el consumo o la abstinencia; b) la disponibilidad de la sustancia, junto con su modo de presentación (ej. forma, color, vía de ingestión y tamaño); c) la accesibilidad y precio adecuado; d) el tipo de sustancia y la percepción del riesgo; e) las creencias, las actitudes, las normas interiorizadas, los valores e intenciones, claramente asociados a los factores de riesgo y protección; f) el estado emocional, sobre todo una vez que se ha producido el mantenimiento

del consumo; g) la familia, los iguales, la escuela y los medios de comunicación; h) las habilidades de afrontamiento

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

2. APROXIMACIONES CLÁSICAS A LA 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 la reducción o prevención del consumo de drogas. Asimismo, estos enfoques se han llevado a cabo en distintos ámbitos o áreas de aplicación. Por un lado, unos programas se han realizado en el medio escolar como, por ejemplo, los programas basados en la educación informativa y afectiva sobre el

consumo y sus consecuencias. Por otro lado, se aplican programas comunitarios, los emitidos por los medios de comunicación de masas y los basados en el entrenamiento y refuerzo de habilidades de afrontamiento y resistencia a la influencia social.

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

2.1. Enfoques Tradicionales

Tradicionalmente, los programas de prevención del abuso de drogas, (legales e ilegales) se han basado, fundamentalmente, en una educación informativa centrada en presentar los peligros y riesgos asociados al uso/abuso de sustancias. Así mismo, se ha llevado a cabo también una educación afectiva, normalmente desde el ámbito escolar, en un intento de mejorar la autoestima de los jóvenes, de fomentar la toma de decisiones responsables y el enriquecimiento personal y social. Por último, se han desarrollado intervenciones dirigidas a enseñar al joven actividades alternativas al uso de drogas que le puedan reportar las mismas consecuencias gratificantes que le aporta el consumo de drogas.

2.1.1. Educación informativa

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

difundido numerosos folletos, carteles, propaganda y anuncios en lugares públicos (Agencia Antidroga, 1998, 1999).

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

2.1.2. Educación afectiva

Este enfoque preventivo, que pretende fomentar el desarrollo social y personal de los jóvenes, se empieza a extender a mediados de la década de los años 70, como alternativa más eficaz a los programas meramente informativos. La base de estas aproximaciones se encuentra en la idea de que las intervenciones que incrementen la habilidad de los estudiantes para satisfacer sus necesidades básicas a través de las instituciones sociales existentes podrán ayudar en la prevención del abuso de drogas. (Swisher, 1979).

Normalmente, estos programas incluyen actividades para realizar en la clase que buscan aumentar la autoestima, mejorar las habilidades de comunicación, clarificar los valores personales y/o sociales y fomentar la toma de decisiones responsable.

2.1.3. Fomento de actividades alternativas

Este enfoque tiene como objetivo el diseño y puesta en marcha de actividades alternativas al consumo de sustancias que incluyen una amplia variedad de actividades educativas, comunitarias y recreativas como sustitutos del uso de drogas, al ofrecer a los jóvenes oportunidades concretas para el desafío, la excitación y el desarrollo personal.

Las aproximaciones que siguen esta línea de actuación parten de la premisa de que es necesario adecuar las alternativas a las necesidades propias de cada individuo (ej., deseo de relajación física o de mayor energía: fomento del atletismo, el ejercicio físico o el caminar; deseo de estimulación: fomento del arte, la música y del apego a la naturaleza).

2.1.4. Efectividad de los enfoques tradicionales

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

De hecho, es amplia la evidencia que indica que los resultados pueden ser contrarios a los deseados, en la medida en que estos programas pueden producir un incremento del consumo, debido a la curiosidad que despierta en los adolescentes los posibles efectos placenteros de las drogas.

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

Han sido varios los argumentos que se han dado por diferentes autores para explicar la ineficacia de este tipo de programas. Destacan los siguientes (Rhodes y Jason, 1988):

(a) Estos programas parten de la premisa de que los jóvenes se inician en el consumo porque desconocen los riesgos potenciales del mismo. No obstante, la evidencia señala que el consumo se explica a través de gran variedad de factores y no simplemente por la ausencia de conocimientos acerca de sus consecuencias.

(b) Mientras que es probable que la población más joven adopte las opiniones de los adultos a los que respeta, los adolescentes se suelen revelar contra todos aquellos comportamientos y actitudes de los mayores que sean inconsistentes con la información que se les ofrece sobre el alcohol o el tabaco. De esta manera, especialmente cuando observan que sus padres y figuras próximas consumen estas sustancias de forma cotidiana, los adolescentes cuestionarían firmemente los mensajes de los adultos contra el consumo (Gordon y McAlister, 1982).

(c) Los estudios han mostrado resultados contradictorios acerca de los efectos a medio y largo plazo de este tipo de programas. 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 (LaPorte, Cresanta y Kuller, 1980), pueden generalizarlo a otras sustancias, lo que favorecería el uso ocasional para protegerse de problemas futuros personales y de salud.

Así, 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 se ha mostrado como ineficaz, tanto en la prevención del consumo de sustancias como en su reducción una vez comenzado éste. Aún así, como se indicaba anteriormente, este es un enfoque todavía ampliamente utilizado, especialmente en el ámbito escolar.

De forma similar, los programas basados en la educación afectiva y el fomento de actividades alternativas se han mostrado, en general, ineficaces (Moskowitz, Schaps, Malvin, Schaeffer, 1985; Malvin, Moskowitz, Schaps y Schaeffer, 1985). No obstante,

la mayor parte de los autores coinciden en subrayar que, aunque con estos programas no se producen cambios importantes en el comportamiento 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 (Schaps, Moskowitz, Condon y Malvin, 1982).

Como explicación a la escasa efectividad de este tipo de intervenciones, Botvin y Botvin (1993) han planteado las siguientes razones: (a) no toman en consideración factores de carácter psicosocial que fomentan el uso/abuso de sustancias como, por ejemplo, la presión de los iguales hacia el consumo y, (b) la inadecuación de los métodos de enseñanza utilizados, bien porque no han sido evaluados previamente, o bien porque no ponen el suficiente énfasis en el entrenamiento de habilidades a través de técnicas de cambio de conducta validadas empíricamente.

En resumen, de forma consistente, las múltiples investigaciones que han evaluado los programas preventivos basados en estos enfoques teóricos tradicionales, han verificado su ineficacia de cara a la prevención a largo plazo del abuso de sustancias, siempre que han sido implementados como estrategia única de intervención.

2.2. Enfoques Psicosociales

Las aproximaciones psicosociales son más complejas que los enfoques tradicionales y dirigen sus actuaciones a los factores psicológicos y sociales que median en el uso de drogas. 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).

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.

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

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

2.2.1. Programas de entrenamiento en habilidades específicas de afrontamiento

2.2.1.1. Inoculación psicológica

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

Evans y su equipo son los que más ampliamente han desarrollado este tipo de programas que, desde los años 70, se ha aplicado con distintos grados de éxito (Evans, 1976; Evans y cols., 1978; Evans y cols., 1981; Evans, Raines y Owen, 1989). Estos autores señalan que, en la infancia, se dan tres formas principales de presión para fumar: la presión paterna, la de los compañeros y la de los mensajes coercitivos de los medios de comunicación. Así, defienden la idea de que, al exponer gradualmente a los niños a situaciones sociales donde puede haber presión hacia el consumo, se facilitará la práctica de estrategias de afrontamiento que les van a ser útiles en el futuro cuando se enfrenten, de hecho, a compañeros que les coaccionen para que empiecen a fumar. Estos programas no se centran en convencer a los niños para que no fumen, sino que pretende, a través de la repetición de ejercicios tales como el role-playing, que desarrollen habilidades lo suficientemente potentes como para poder resistir a las presiones externas hacia el consumo.

Algunos autores han introducido variaciones en los procedimientos que establecieron Evans y sus colaboradores con el objetivo de descubrir qué componentes se muestran más relevantes a la hora de aumentar la eficacia de este tipo de programas (McAlister y cols., 1980; Hurd y cols., 1980; Perry, Killen, Slinkard y McAlister, 1980; Arkin y cols., 1981; Telch y cols., 1982; Luepker, Johnson, Murray y Pechacek, 1983). Salvando las diferencias que puedan existir entre los procedimientos que elaboran los distintos grupos de investigación, todos ellos defienden dos objetivos comunes: aumentar la conciencia de los estudiantes sobre las diversas influencias sociales hacia el consumo de tabaco y otras drogas, y enseñar habilidades específicas de resistencia a las presiones sociales.

2.2.1.2. Habilidades de resistencia a la influencia social

Este enfoque está basado en la teoría del aprendizaje social (Bandura, 1977) que, como ya se ha comentado, considera que el uso de drogas es una conducta que se adquiere, inicia y refuerza socialmente por el uso de drogas por parte de las personas cercanas al joven. A través de los tres tipos de influencias: familiares, del grupo de iguales y de los medios de comunicación, el adolescente aprende y configura sus

propias percepciones sobre lo que es una conducta aceptada, normal o deseable. Por tanto, esta propuesta se centra en tratar la presión social hacia el consumo, uno de los factores de riesgo que se ha mostrado más relevante en el inicio y el mantenimiento del abuso de drogas adolescente y juvenil, a través del entrenamiento en habilidades de resistencia a dicha influencia.

Este tipo de programas, que han tenido su mayor difusión a partir de los años 80, se aplica generalmente en el medio escolar donde los profesores entrenan a los estudiantes a identificar y resistir las influencias sociales hacia el uso de drogas y, en la mayor parte de los casos, a superar las dificultades y el estrés anticipatorio asociados al proceso de resistencia a tales influencias (Botvin, 1986). Para ello se sirven de diversas técnicas como instrucciones, modelado y role-playing.

Algunos de los programas que se llevan a cabo desde esta orientación introducen una serie de variantes en sus objetivos y estrategias que pueden aumentar la efectividad de los mismos:

- a) En primer lugar, el objetivo de algunos programas ha sido promover en los jóvenes normas negativas frente al uso de drogas (Hansen y cols., 1988; Hansen y Graham, 1991; Mackinnon y cols., 1991; Hansen, 1992). Así, el uso de drogas es considerado como una conducta socialmente inaceptable, se identifican las consecuencias a corto plazo del mismo y se provee de evidencia suficiente de que el consumo de drogas no es tan amplio entre los compañeros como los niños piensan y, por último, se fomentan los compromisos públicos para mantenerse libres de drogas (Perry y cols., 1989; Botvin, 1986).
- b) En segundo lugar, se han utilizado distintas técnicas como: (a) el entrenamiento en solución de problemas y la toma de decisiones; (b) habilidades para el fomento del autocontrol, la autoeficacia y la comunicación interpersonal; (c) estrategias de afrontamiento adaptativas para suavizar el estrés y la ansiedad y, (d) habilidades asertivas generales (Flay, 1985; Botvin, 1986; Otero, 1994). Al respecto destacan por un lado, el programa de entrenamiento en habilidades como el desarrollado por Botvin

que combinó, tanto elementos del entrenamiento en resistencia a la influencia social como el entrenamiento en habilidades de competencia social (Botvin y Wills, 1985); por otro lado, proyectos más recientes en los que las estrategias de resistencia en el aula se combinaron con programas en los medios de comunicación y estrategias de implicación de los padres en intervenciones más globales con el fin de cambiar las normas con respecto al uso de drogas e incrementar la capacidad general de resistencia de los adolescentes (Pentz y cols., 1989).

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

Los estudios de evaluación muestran distintos grados de efectividad de este tipo de intervenciones dependiendo de la sustancia a la que nos estemos refiriendo. En el caso del consumo de tabaco, por ejemplo, se han observado reducciones significativas en la prevalencia del mismo después del entrenamiento en comparación con los controles (Flay, 1985; Botvin, 1986; Bukoski, 1986; Tobler, 1986; Murray y cols., 1988; Moskowitz, 1989). No obstante, en el caso de otras sustancias, los resultados no son tan concluyentes. Así, en el caso del alcohol o la marihuana, aunque muchos autores han defendido que es posible hablar de efectos similares en la prevención o en la demora en el inicio del consumo de las mismas (Johnson, Schoutz, y Locke, 1984; Botvin, 1986; Hansen y cols., 1988; Pentz y cols., 1989; Ellickson, Bell y McGuigan, 1993), otros no han encontrado efecto alguno de este tipo de programas en el caso de sustancias distintas al tabaco (Biglan y cols., 1987; Gersick, Grady y Snow, 1988).

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

2.2.2. Programas de entrenamiento en habilidades sociales y personales (generales)

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

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, auto-refuerzo, 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 refuerzo contingente, el feedback y una práctica intensiva de las habilidades aprendidas a través de tareas para casa.

2.2.2.1. Programa de entrenamiento en habilidades vitales

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

relacionadas con la resistencia a las influencias sociales hacia el fumar, el beber o el uso de drogas.

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

En la aplicación de este programa se utilizan técnicas como: instrucciones, demostraciones, ensayos comportamentales, retroalimentación, reforzamiento social y prácticas extensivas en forma de tareas comportamentales para casa (Botvin, 1995)

Desde el desarrollo del programa LST en 1979, los autores han realizado una serie de estudios de evaluación dirigidos a probar su eficacia. Así, desde el primer estudio piloto para evaluar la efectividad de este programa en la reducción del consumo

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

2.2.2.2. Programa de entrenamiento en habilidades sociales y asertividad.

El programa STAR (Students Taught Awareness and Resistance), basado fundamentalmente en el modelo de competencia social del abuso de drogas, ha sido dirigido por Pentz y su equipo (1986, 1989). Desde esta propuesta, se considera que el consumo de sustancias en la adolescencia temprana es el resultado de influencias sociales y escasas habilidades sociales y asertivas con las que resistir la presión social al mismo. Así pues, se considera que aquellos jóvenes con baja competencia social podrían tener una probabilidad mayor de usar drogas como forma de afrontamiento de la ansiedad social, al contar con menos recursos para resistir la presión social hacia el consumo. El modelo se sustenta en los resultados de investigaciones que muestran fuertes correlaciones entre el uso de drogas en los jóvenes y: (a) el consumo por parte de los padres y compañeros; (b) variables cognitivas como la baja autoeficacia; (c) problemas de conducta como el fracaso escolar, la delincuencia o la agresividad; (d) el estrés y, (e) un apoyo social pobre por parte de los adultos.

El programa se organiza, de forma genérica, desde una orientación cognitivo-conductual y, más específicamente, desde el entrenamiento en asertividad y autoeficacia general, como medio para incrementar la competencia social de los estudiantes. Tiene

cinco componentes centrales: programa escolar, de los medios de comunicación, de padres, órgano coordinador y gestor de iniciativas locales y política sanitaria local.

El programa consta de 10 sesiones impartidas por dos profesores entrenados, un asistente y varios estudiantes elegidos por sus compañeros y entrenados para dirigir grupos y de una duración de 55 minutos por sesión. Primero, los alumnos aprenden conceptos clave y practican la identificación de situaciones de presión. Después, observan demostraciones de técnicas simples para resistir la presión que llevan a cabo los modelos. Finalmente, practican las habilidades de afrontamiento y las aplican a varias situaciones para generalizar el aprendizaje. Las 10 lecciones que contiene este programa incluyen: 1) introducción; 2) conocimiento de las consecuencias del consumo y del no consumo de drogas; 3) aprendizaje de aquellos aspectos más relevantes de las sustancias adictivas; 4) aprender a decir "no"; 5) resistir la presión de los compañeros; 6) potenciar el cambio positivo al no consumo; 7) identificar las influencias de los anuncios publicitarios; 8) diseño de esloganes anti-droga; 9) identificación de las influencias de los adultos y, 10) proyección de videos con modelos competentes. Asimismo, existen un manual y un libro de trabajo para cada estudiante y para sus padres, proyectos comunitarios y asistencia técnica.

Ha sido ampliamente evaluado, tanto por evaluadores externos como internos y todos los estudios comparan los efectos del programa con un grupo control. Las investigaciones demuestran su eficacia en: a) retrasar o reducir el consumo de drogas en los jóvenes de edad escolar, b) cambiar las actitudes hacia el alcohol y otras drogas, c) estimular la participación de los padres que se hacen más conscientes de las actividades de prevención en la comunidad, consideran su participación importante y hablan con sus hijos sobre drogas, d) estimular estilos de vida libres de drogas en la comunidad (Pentz y cols., 1989, 1989b; Johnson y cols., 1990). Es importante asimismo señalar que, según los autores, la efectividad de estas estrategias es mayor si se introducen antes de los períodos de transición escolar.

2.2.2.3. Programa de entrenamiento en habilidades cognitivo-conductuales

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

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

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

4.2.1. Efectividad de los enfoques psicosociales

Los programas que se han llevado a cabo desde esta perspectiva han tenido una gran trascendencia ya que permiten, tanto la posibilidad de llevar a cabo un programa global de prevención primaria en un escenario natural como poder reducir el consumo de sustancias en poblaciones escolares. Por ese motivo, han sido numerosas las investigaciones de evaluación que se han propuesto (en la tabla 4.2. se resumen los

estudios más significativos) y que muestran, en general, resultados alentadores a corto plazo, en comparación a la efectividad de los enfoques tradicionales. Sin embargo, los resultados a largo plazo parecen ser menos consistentes e indican que los efectos de estos programas no se mantienen en años posteriores a su implementación.

Como se puede observar en la tabla 3.2., tanto los programas específicos orientados al entrenamiento de habilidades de resistencia a la influencia social hacia el consumo como aquéllos centrados en el desarrollo de una gran variedad de estrategias generales de manejo de la vida cotidiana, tienen efectos conductuales y cognitivos positivos en el consumo de drogas adolescente. Además, no sólo afectan a las actitudes y creencias con respecto a los posibles efectos beneficiosos del uso de sustancias sino también a las tasas reales de su consumo.

Tabla 3.2. Estudios de evaluación de las aproximaciones psicosociales.

AUTOR/ES	CARACTERÍSTICAS DEL ESTUDIO	DISEÑO DE EVALUACIÓN	RESULTADOS
Evans y cols. (1981, 1989)	Estudiantes de 7° de E.G.B. con intervenciones repetidas en 8° y 1° de B.U.P. Programa: proyección de cintas de video con material sobre presiones sociales, pequeños grupos de discusión. Información sobre las altas tasas de fumadores.	Medidas Pre-Post. Seguimiento: 2 años.	Menos conductas de fumar y pocos intentos de iniciar el consumo en los sujetos experimentales al final de 8° de E.G.B. y 1° de B.U.P.
Macía (1984, 1986)	Estudiantes de 7° y 8° E.G.B. Primeros cursos de BUP. Duración: 10 sesiones. Programa: entrenamiento en habilidades sociales y de autocontrol. Difusión de información sobre las drogas y sus efectos. Modelado y ensayo de conducta.	Medidas Pre-Post	Incremento significativo del conocimiento de los jóvenes sobre la droga y sus consecuencias Mejora de las habilidades comportamentales dirigidas a prevenir las situaciones asociadas al inicio del consumo.
Botvin (1985)	Estudiantes de 8° de E.G.B. Programa (LST): entrenamiento en habilidades de vida personales y sociales. Fomento de la competencia social.	Medidas Pre-Post	Menores tasas (50%) de inicio en el consumo de alcohol, tabaco y marihuana en sujetos entrenados. Cambios significativos en actitudes, asertividad, ansiedad social y autoestima.
Pentz (1986)	Estudiantes de 7° de E.G.B. Duración: 10 sesiones. Programa (STAR): incremento de la competencia	Medidas Pre-Post	Incremento significativo de la competencia social y menores tasas de consumo en sujetos entrenados en comparación

	social y entrenamiento en asertividad. Información, práctica guiada, modelado y feedback. Implementado por profesores e iguales entrenados.		con los controles.
Botvin y cols., (1989, 1990)	Estudiantes de 7° de E.G.B. Duración: 15 sesiones. Programa: entrenamiento en habilidades cotidianas. Implementado por los profesores habituales.	Medidas Pre-Post	Tasas menores de consumo en el grupo experimental en comparación con grupo de control. Efectos significativos de la intervención en el conocimiento de las consecuencias del consumo y en las expectativas con respecto al mismo.

Calafat y cols. (1989)	Estudiantes de 8° de E.G.B, 1° de BUP y FP-I. Programa: (a) formación del profesorado y (b) trabajo en grupos de discusión, representación de escenas y elaboración de trabajos de investigación. 4 Módulos: conceptos básicos, proceso de iniciación a las drogas, presión de grupo, ayuda a los demás.	Medidas pre-Post	Mejora de las habilidades de afrontamiento a situaciones relacionadas con las drogas. Incremento del conocimiento de las situaciones facilitadoras del consumo y la forma de prevenirlas.
Caplan y cols. (1992)	Estudiantes de 7° y 8° de E.G.B. Duración: 20 sesiones. Programa: manejo del estrés, incremento del autoconcepto y de la autoestima, entrenamiento en solución de problemas y toma de decisiones, información sobre las consecuencias del consumo, habilidades de resistencia y comunicación y uso de los recursos comunitarios.	Medidas Pre-Post	Decrementos significativos del consumo. Cambio positivo de las actitudes hacia las drogas.
Escámez y Baeza (1993)	Estudiantes de 7° y 8° de E.G.B. Programa: cambio actitudinal sobre las drogas a través de contenidos informativos y técnicas pedagógicas específicas.	Medidas Pre-Post	Cambio significativo de las actitudes con respecto a las drogas y a su consumo. Mayor intensidad y fuerza de aquellas opuestas al mismo.
Donaldson y cols. (1994)	Estudiantes de 7° y 8° de E.G.B. Programa: información sobre las consecuencias del consumo, educación normativa, entrenamiento en habilidades de afrontamiento.	Medidas Pre-Post	Eficacia del empleo del entrenamiento en habilidades sociales y de la corrección de las creencias normativas para la prevención del consumo de drogas.

Una de las principales limitaciones de este tipo de programas ha sido que los resultados no parecen mantenerse a largo plazo. Al respecto, los estudios apuntan al deterioro considerable de los efectos positivos iniciales entre los 2 y los 8 años posteriores a la aplicación de los mismos (Hansen y cols., 1988; Flay y cols., 1989; Murray, Pirie, Luepker y Pallonen, 1989; Botvin y cols., 1990). Lamentablemente, son escasos los estudios de prevención que han realizado un seguimiento exhaustivo de los jóvenes participantes desde la niñez hasta la adolescencia o la edad adulta y que puedan llegar a determinar la verdadera influencia de este tipo de intervenciones en la

prevención del uso/abuso de drogas en la población más joven.

Otra limitación de 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. Es decir, aunque las estrategias de resistencia a la influencia social son útiles para reducir la prevalencia del uso de drogas adolescente, pueden no tener un efecto significativo en la prevalencia del abuso temprano de las mismas (Hawkins, Catalano y Miller, 1992).

A pesar de las limitaciones que se han expuesto, 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.

2.2.3.1. Limitaciones prácticas

Desde un punto de vista práctico, se han propuesto una serie de problemas técnicos que podrían explicar las limitaciones de este tipo de programas a la hora de mantener los cambios en los patrones de uso de sustancias de los jóvenes de una forma más duradera. Dichas dificultades se concretarían en las siguientes:

(a) *La complejidad.* Son programas que tratan un rango demasiado amplio de habilidades, lo que puede llevar a que los adolescentes que reciban esta intervención piensen que no van a tener tiempo suficiente para trabajar en cada área y, o bien traten cada tema de forma superficial, o bien se sientan sobrecargados y no se impliquen demasiado en su desarrollo.

(b) *El coste.* Se refiere al coste económico que conlleva la implementación de este tipo de programas. Así, la mayor parte requieren que la escuela incluya manuales para los profesores y alumnos participantes, tenga en cuenta los sueldos de las personas

que lo van a implementar, ponga a su disposición una serie de medios audiovisuales y pague los alquileres de los lugares donde se lleven a cabo. Todo ello supone que el coste económico puede llegar a ser enorme. Asimismo, muchos de estos programas requieren numerosas horas de preparación, además del tiempo de implementación propiamente dicho, ya que incluyen entre 7 y 20 horas en reuniones previas a su desarrollo (Glasgow y McCaul, 1985).

(c) *Población diana*. El hecho de que se realicen en las escuelas conlleva que las personas que se benefician de ellos son poblaciones de clase media escolarizadas pero no se incluyen aquellos sectores pobres de la comunidad que no tienen acceso a la escolarización y que se encuentran en mayor riesgo para el consumo de drogas o que, de hecho, ya consumen. Por otro lado, este tipo de programas no tiene en cuenta las diferencias culturales que pueden existir en estas poblaciones de riesgo.

(d) *Foco al que se dirige el programa*. Se refiere al tipo de variables a las que se dirigen estos programas que en este caso, como hemos visto, se centran casi exclusivamente en el desarrollo de estrategias de afrontamiento en la población adolescente, aunque éstas constituyen sólo un componente de todos aquellos que explican la etiología del abuso de drogas. Así pues, se deben tener en cuenta otros aspectos como las malas relaciones con los padres y profesores, la falta de recursos de la comunidad y/o el soportar niveles excesivos de estrés, ya que son factores que pueden tener también un papel relevante en la decisión del joven de tomar drogas. Habría que considerar, por ejemplo, el ambiente familiar (ej. tener un padre alcohólico), que puede dificultar el mantenimiento y generalización de los efectos del programa si las pautas de manejo son incompatibles con las que los alumnos ven en el programa o si los padres no les refuerzan por lo conseguido en las sesiones.

2.2.3.2. Problemas metodológicos

Además de las limitaciones técnicas que se han presentado, las distintas revisiones han planteado una serie de problemas metodológicos, que también explicarían el nivel de eficacia de los programas psicosociales:

(a) *La medida del consumo de tóxicos*. La mayor parte de los estudios utilizan autoinformes basados en la información subjetiva, aunque muchos otros intentan

controlar estos sesgos analizando muestras biológicas (ej., análisis de orina). Estas variaciones en los procedimientos de control de la validez de los resultados dificultan la comparación de los datos obtenidos por los distintos estudios y obstaculizan la generalización de los mismos.

(b) *El método y la unidad de análisis utilizados.* En muchos trabajos, la asignación a los grupos de control y tratamiento se hace al azar y la unidad de asignación varía desde escuelas, clases o individuos. Así, por ejemplo, muchos de ellos que han usado la escuela o la clase como unidad de asignación, han dirigido el análisis estadístico a nivel individual, confundiendo las diferencias potenciales entre clases y escuelas con efectos del tratamiento (Botvin y Wills, 1985).

(c) *Los programas no explican la tasa de abandono del programa.* No informan sobre si hay o no diferencias entre los alumnos que permanecen y los que se retiran del entrenamiento, lo que imposibilita la estimación de si este desgaste diferencial puede comprometer a la validez interna de los estudios de partida.

(d) *Los estudios de evaluación los hacen sus propios investigadores.* El hecho de que se evalúen los programas por parte de quienes los han diseñado, muy interesados en que los resultados sean positivos y eficaces, podría poner en entredicho, en cierta medida, la objetividad de los resultados obtenidos.

2.3. Enfoques dirigidos desde los medios de comunicación

Los programas que se llevan a cabo desde este enfoque, se basan en el hecho de todos conocido de 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.

2.3.1. Efectividad de los programas dirigidos desde los medios de comunicación

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 (Johnson y Solis, 1983; Johnston, 1985; Perry, Klepp y Schultz, 1988; Black, 1989), otras sostienen que, o no tienen efecto alguno o, incluso, pueden potenciar el consumo (Flay y Sobel, 1983; Atkin, Hocking y Block, 1984).

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

(a) Lleguen realmente a la población objetivo, emitiéndose en los rangos de mayor audiencia o a través de programas o anuncios dirigidos de forma específica a los jóvenes.

(b) Ofrezcan, no sólo información sobre las drogas o fomenten el miedo sobre sus consecuencias sino que promuevan, asimismo, estrategias para resistir otros poderosos mensajes influyentes de los medios de comunicación o de su contexto.

(c) Se asocien con eventos o celebraciones importantes que puedan atraer la atención del público hacia un tema específico de la campaña (ej., incluir el mensaje de cambio de conducta en una actividad de ocio atrayente para la población diana).

(d) Se utilicen mensajes claros y simples y que sean repetidos a lo largo del tiempo de emisión del programa.

(e) Subrayen el cambio de conducta positivo, en vez de centrarse en las consecuencias negativas de la conducta actual puesto que, como se ha observado, la provocación del miedo raramente es eficaz.

(f) Pongan de manifiesto las recompensas que pueden obtenerse por el cambio, más que por la evitación de las consecuencias negativas a largo plazo.

(g) Impliquen en su diseño y desarrollo la utilización de figuras clave (ej., líderes políticos, deportivos, culturales y/o artísticos), de grupos relevantes o, lo que parece más importante, de modelos característicos del grupo de iguales.

(h) Se apliquen conjuntamente con técnicas de marketing social y comercial que aumenten su relevancia y utilidad.

(i) Se utilicen tanto estrategias educativas como de entretenimiento u ocio.

(j) Dispongan de centros de atención para facilitar el seguimiento inmediato de los cambios de conducta que ocurran como resultado de su emisión.

(k) Dirijan los mensajes de cambio a aquellos individuos que ocupen una posición interpersonal de influencia (ej., pares, familia) con respecto al joven consumidor.

(l) Se incluyan mensajes que pongan de manifiesto temas de relevancia para el desarrollo de la identidad del adolescente (ej., libertad, autonomía, aceptación por el grupo de iguales).

(m) Se organicen dentro de un marco de prevención integral en combinación con programas de cooperación familiar, entrenamiento a profesores y alumnos en las escuelas y apoyo y refuerzo comunitario de los esfuerzos preventivos.

En 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 cols. , 1992; Backer y Rogers, 1993).

2.4. Enfoques comunitarios

Las intervenciones basadas en este enfoque tienen un carácter más complejo que las aproximaciones realizadas a partir de los años 70 comentadas anteriormente y parten de una premisa explicativa más cercana a la realidad personal y social del uso de drogas. Se asume que el abuso de sustancias es un proceso progresivo y crónico con múltiples causas y factores predeterminantes, por lo que las estrategias preventivas deben adaptarse a las diferentes etapas del problema e implicar a los distintos factores tanto generales como específicos que afectan al comportamiento de los jóvenes: el individual, el familiar, el grupo de iguales y la comunidad que incluye la escuela, los lugares de trabajo y el vecindario local. Por ello, no se centran exclusivamente en la población diana, sino también en las variables ecológicas que influyen en el consumo e integran los esfuerzos preventivos en la familia, la escuela, la comunidad y los medios de comunicación, con lo que esta aproximación intenta abarcar no sólo al individuo sino también las múltiples variables sociales y ambientales implicadas en el uso de drogas adolescente.

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.

(c) *La oferta comunitaria* de estilos de vida alternativos y el fomento de la organización y participación del grupo diana en actividades alternativas al consumo (ej., culturales, deportivas y sociales).

Es éste un reto actual en el campo preventivo que supone un compromiso mayor de la sociedad y una estrecha colaboración entre los agentes sociales y comunitarios para el desarrollo de programas preventivos realmente eficaces. Es a partir de la segunda mitad de los años ochenta cuando han comenzado a desarrollarse intervenciones a nivel macrosocial con resultados bastante positivos, aunque son todavía escasos los estudios sobre la eficacia real de los mismos. Es fuera de nuestras fronteras donde más propuestas se están llevando a cabo y donde, gracias a la obtención de resultados concretos, se defiende la utilidad de este tipo de intervenciones para la prevención del consumo de drogas en niños y adolescentes (Kim, 1982; Rhodes y Janson, 1987; Perry, 1987; Lefebvre, Lasater, Carleton y Peterson, 1987; Ungerleider y Bloch, 1987; Casswell y Gilmore, 1989; Johnson y cols., 1990). En nuestro país, la expansión de este tipo de intervenciones tanto específicas (incidencia concreta en la drogodependencias) como inespecíficas (abarcando todo el espectro de salud) es bastante más reciente, implementándose de forma independiente según las distintas comunidades autónomas (País Vasco, Mallorca, Cataluña, Valencia, Andalucía o Madrid) y que, por el momento, parecen señalar efectos iniciales positivos aunque en la mayor parte de los casos todavía no existen estudios de evaluación concretos que confirmen estas impresiones (Generalitat de Catalunya, 1988; Calafat y cols., 1989;

García- Rodríguez, 1991; Comunidad de Madrid, 1989; Junta de Andalucía, 1990; Gobierno Vasco, 1991; Albein, Sevilla y Carrera, 1992; Pérez de Arróspide y Ruiz, 1993; Froján y Santacreu, 1993; Plan Regional sobre Drogas, 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.

2.4.1. Eficacia de los enfoques comunitarios

Si queremos conseguir resultados realmente eficaces mediante la aplicación de las intervenciones basadas en el modelo comunitario, se deben tener en cuenta las dificultades que plantean tanto prácticas como metodológicas. En primer lugar, la inclusión en este tipo de programas de un gran número de variables (ej., familiares, comunitarias, escolares, publicitarias), en muchos casos, limita la accesibilidad de los investigadores a la hora de valorar todos y cada uno de los factores que contribuyen a los resultados finales o de determinar si la intervención en alguno de ellos se ajusta de forma eficaz a los objetivos planteados. Además, la forma peculiar en que cada comunidad o población adapta y pone en marcha el programa limita nuevamente las posibilidades a la hora de hacer comparaciones significativas entre los mismos. Así pues, parece que el control de los beneficios y la completa valoración de todas las variables implicadas en una intervención comunitaria puede llegar a ser una tarea extremadamente difícil y de complicada solución desde un punto de vista puramente práctico.

En segundo lugar, al ser los profesores, los miembros de la comunidad (ej., padres, asistentes sociales) y los propios estudiantes los que implementan los

programas, es posible que en la práctica se produzcan variaciones importantes en el desarrollo de los mismos. Como se ha comprobado en los estudios llevados a cabo, no todos los distritos escolares y las comunidades realizan las intervenciones tal y como se les recomienda, lo que aumenta la probabilidad de variación de los resultados de una población a otra y plantea serias dificultades con respecto a la eficacia y generalización de los programas comunitarios (Bukoski, 1991).

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

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

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.

3.1. Énfasis preventivo en los factores de protección versus factores de riesgo

Las intervenciones basadas en los factores de riesgo se enfrentan al hecho de que algunos de estos factores que se muestran como relevantes, tanto en el inicio como en el mantenimiento y asentamiento del consumo de drogas, no son susceptibles de intervención, ya que se pueden mostrar resistentes al cambio e, incluso, ser imposibles de cambiar. Por este motivo, ha empezado a tener mayor relevancia en los últimos años el desarrollo de investigaciones centradas en los factores de protección como alternativa para la prevención del abuso de sustancias.

Como es sabido, los factores de protección median o moderan los efectos de la exposición al riesgo (Rutter, 1985; Cowen y Work, 1988; Werner, 1989). Desde este enfoque, las estrategias de intervención se centrarían en el fomento y potenciación de estos factores que inhiben el abuso de drogas entre aquellos jóvenes que están expuestos a situaciones de riesgo. En esta línea, las investigaciones que han estudiado este tipo de poblaciones han identificado algunos subgrupos de individuos que son capaces de manejar la exposición al riesgo con éxito (Werner, 1989). Por ello, se dirige el interés

preventivo hacia el análisis y comprensión de la etiología de aquellos factores que pueden proteger al individuo de los problemas de salud, incluido el abuso de drogas.

A diferencia de las intervenciones basadas en los factores de riesgo, las acciones preventivas que se sustentan en los factores de protección, adquieren su mayor relevancia en sujetos bajo situaciones de riesgo y en las diferencias encontradas en distintos individuos expuestos a las mismas situaciones. Así, mientras que no parecen necesarias las intervenciones específicas sobre factores de protección en aquellos sujetos que no han sido expuestos al riesgo, es bajo estas circunstancias, donde vamos a poder comparar el efecto diferencial en el consumo de cada uno de dichos factores y el grado de interacción entre los mismos.

En esta línea de trabajo, dos conceptos han supuesto un avance para la identificación del alcance de la susceptibilidad individual al riesgo (Rutter, 1985): los conceptos de vulnerabilidad y elasticidad. El primero señala una susceptibilidad intensificada al riesgo y el segundo, es la habilidad de resistir o vencerlo. La premisa básica es que algunas características o condiciones deben necesariamente mediar o moderar los efectos de la exposición al riesgo, de tal forma que reduzcan la vulnerabilidad y se mejoren o refuercen las respuestas elásticas, protegiendo a los individuos, que están expuestos a situaciones de riesgo, de resultados no deseados. De hecho, estudios pioneros como el de Werner y Smith (1982), ya señalaron que la presencia en los individuos de determinadas características como: ser hijo primogénito, haber sido criado en familias pequeñas con bajo nivel de conflicto y tener un nivel intelectual alto, podían amortiguar los efectos de otros factores de riesgo como la deprivación económica o la pobreza extrema.

Centrado en el estudio de los mecanismos de protección, Rutter (1985), describió los "procesos interactivos" para identificar las interacciones multiplicativas o los efectos sinérgicos, a través de los cuales una variable potencia el efecto de la otra. Así, en concreto, se muestra como especialmente relevante la identificación de los procesos de protección o la especificación de las interacciones particulares entre las variables que, de forma persistente, han demostrado su carácter preventivo en el abuso de drogas. Por su parte, Brook y cols. (1990), han identificado los siguientes

mecanismos por los que los factores de protección reducen el uso de drogas adolescente: por un lado, la presencia de los factores de protección modera la exposición a los factores de riesgo (por ejemplo, un fuerte vínculo o nexo de unión entre padres y adolescentes amortigua el riesgo para el uso de drogas fomentado por los iguales); por otro lado, un factor de protección puede reforzar otro factor de la misma clase, potenciando su efecto (por ejemplo, la existencia de un fuerte vínculo de unión entre los adolescentes y sus padres mejora los efectos de otros factores de protección como el convencionalismo, las conductas maternas positivas y la armonía marital).

Todo lo expuesto sugiere que los objetivos para una eficaz prevención pueden cumplirse, tanto a través de intervenciones directas sobre los factores de riesgo como a través de la potenciación de los factores de protección (la intervención sobre estos últimos toma especial relevancia en aquellos casos en los que los primeros no son susceptibles de ser modificados o moderados). A su vez, para que la prevención sea viable, es imprescindible tener en cuenta todas aquellas variables que están implicadas en el inicio y mantenimiento del uso de drogas adolescente, como los factores de vulnerabilidad individual, las presiones sociales, las relaciones familiares, la pobre ejecución escolar, las habilidades sociales, etc. Por otro lado, se debe llevar a cabo una estrategia multicomponente que asista, no sólo a la población adolescente general susceptible de iniciar el consumo a través de la salud tradicional, la educación y los sistemas humanitarios de servicios, sino también a aquellos sujetos que ya se encuentran en una situación de mayor riesgo debido a la exposición a múltiples factores, abordando aquellas variables más significativas que afectan a esos grupos concretos. Asimismo, se plantea como necesario que todo programa preventivo especifique qué esfuerzos específicos se orientan hacia la reducción o eliminación de los factores de riesgo y cuáles se dirigen a incrementar o fomentar aquellos factores que protegen al individuo de situaciones que le pueden llevar al consumo de drogas.

3.2. Modelo Preventivo: Teoría del Desarrollo Social

De igual manera que ocurría con las intervenciones basadas en los factores de riesgo del uso/abuso de drogas, el interés preventivo basado en los factores de protección, o en la combinación entre ambos, debe sustentarse en una teoría de causalidad y prevención. Dentro de las propuestas de prevención que desarrollan

programas centrados en el fomento de variables de protección frente al consumo de sustancias, Hawkins y colaboradores han propuesto el modelo de desarrollo social (Hawkins y Weis, 1985; Hawkins y Lam, 1987; Farrington y Hawkins, 1991; Hawkins y cols., 1992), que describe la existencia de procesos protectores concretos que parecen incidir en la reducción de problemas del comportamiento. Este modelo surge como integración de la teoría del control (Hirschi, 1969) y de la teoría del aprendizaje social (Bandura, 1977) y enfatiza el papel determinante de la vinculación a familias prosociales, a la escuela y a los compañeros como un medio de protección frente al desarrollo de comportamientos problemáticos, conductas desadaptadas en la escuela, el absentismo escolar y el abuso de drogas. En este caso, el concepto de vínculo está muy relacionado con el concepto de unión/vínculo definido por Bowlby (1969, 1973) y Brook y cols. (1990).

El modelo de desarrollo social parte del supuesto de que los jóvenes que desarrollan fuertes lazos con las unidades sociales mantienen normas firmes en contra del abuso de drogas, que hacen menos probable su implicación en el uso de las mismas. Por ese motivo, se estudian los procesos a través de los cuales se realiza la vinculación de los jóvenes con una unidad social determinada (ej. familia, colegio, instituciones religiosas, comunidad). Es decir, se profundiza en las oportunidades que ofrece la unidad social para la implicación del joven, las habilidades personales que el joven tiene y, por último, los refuerzos concretos que se le ofrecen al joven por los intentos de vinculación a dicha unidad. Se trata, pues, de mejorar y fomentar la vinculación social interviniendo tanto en el medio ambiente social como en las capacidades individuales usando los principios de la teoría del aprendizaje social.

Partiendo de este objetivo general, toda investigación o intervención que se centre en los factores de protección y esté basada en esta perspectiva de desarrollo social, focalizará su interés en: (a) entender mejor el proceso por el que los factores de riesgo y los de protección contribuyen a la etiología del abuso de drogas en adolescentes y, (b) probar todas aquellas aproximaciones prometedoras para su prevención. De forma explícita, los objetivos derivados de esta teoría son: (a) crear oportunidades para que los jóvenes lleguen a implicarse en actividades prosociales; (b)

dotar a los adolescentes de las habilidades necesarias para acometer con éxito estas actividades y, (c) ofrecer refuerzos positivos por los éxitos conseguidos.

3.3. Intervenciones específicas: Revisión de estudios

Los programas y estudios que han tenido como objetivo prioritario el fomento y potenciación de los factores de protección y/o la detección, reducción o eliminación de los factores de riesgo en el uso/abuso de drogas adolescente, proceden de fuera de nuestras fronteras, ya que los programas multicomponentes españoles sólo se han detenido en alguno de estos factores de protección, pero nunca de forma prioritaria.

A continuación, se exponen los programas más relevantes que se han llevado a cabo en las últimas décadas y cuya relevancia estriba en que: a) intervienen sobre los factores de riesgo que ocurren antes del inicio del consumo; b) utilizan métodos de intervención que han demostrado ser eficaces y que tienen efectos positivos en la conducta problema; c) se dirigen a aquellos factores de riesgo implicados en un amplio rango de desórdenes, incluyendo el abuso de drogas, la conducta antisocial, la delincuencia y la criminalidad adulta posterior; d) pueden llegar a incrementar los factores de protección contra el abuso de drogas en poblaciones de alto riesgo. En cualquier caso, muestran los aspectos más importantes que deben considerarse si nos disponemos a organizar y desarrollar programas preventivos centrados en aquellos factores de riesgo/protección que sean realmente eficaces.

3.3.1. Cambio de las leyes y las normas sociales con respecto al consumo

Tanto las leyes como las normas sociales han mostrado su influencia en la iniciación del uso de drogas, ya que están presentes antes incluso de que se produzca la influencia de otras variables. De hecho, existe una estrecha relación entre las leyes, las normas de la sociedad y las tasas de alcoholismo y de abuso de drogas.

Si el objetivo de intervención es reducir la prevalencia del abuso de drogas, debemos dirigir los esfuerzos a controlar la disponibilidad de las drogas, tanto legales como ilegales, ya que la evidencia empírica muestra que la legalización de las drogas es inefectiva. Así, en el caso del alcohol, por ejemplo, se han establecido, además de aumentos en los impuestos, restricciones en la edad de consumo, en las horas de compra y en los lugares para el mismo. Estas restricciones y aumento de precios del alcohol pueden reducir los niveles de abuso de alcohol considerado a través de las tasas de cirrosis y del número de accidentes de tráfico con resultado fatal relacionados con el consumo de alcohol. Concretamente, se ha mostrado más efectiva la subida de los impuestos que las restricciones de los lugares de bebida y de edad, aunque estas estrategias también han tenido efectos deseables en la reducción de las tragedias de tráfico relacionadas con el alcohol (Blöse y Holder, 1987; Decker, Graitcer y Schaffner, 1988). Algo diferente ocurre con las drogas ilegales en las que, ni doblar la prohibición de las drogas, o incrementar los arrestos de los traficantes, afectan al precio al por menor o a la disponibilidad de las drogas ilegales en la calle (Polich, Ellickson, Reuter y Kahan, 1984).

A la vista de los resultados, los investigadores coinciden en que el más poderoso efecto de la prohibición y de las actividades dirigidas a hacer cumplir la ley es comunicar a través de las normas sociales la desaprobación de la distribución y del uso de drogas ilegales. En este sentido, las normas sociales contrarias al uso parecen asociarse repetidamente con reducciones en la prevalencia de la frecuencia de uso de marihuana (Robins, 1984) y de otras drogas ilegales (Johnston, 1991).

Respecto al cambio de las normas sociales referentes a las conductas de influencia sobre las drogas y el alcohol, se han desarrollado gran cantidad de programas e intervenciones que han incluido actividades de "Di no", coaliciones comunitarias contra las drogas, campañas publicitarias y determinados cambios políticos. En este campo, Johnson y Solis (1983) y Perry, Klepp y Schultz (1988), revisaron algunos de los programas comunitarios de promoción de la salud más importantes dirigidos a reducir los trastornos cardiovasculares cambiando las conductas de fumar y otros comportamientos de alto riesgo relacionados con este problema. Estas intervenciones incluían la implicación de los medios de comunicación y la elaboración de programas

de selección de factores de riesgo y programas de educación de jóvenes y adultos. Los autores concluyeron que todos ellos habían constatado bajos niveles de inicio en el consumo de tabaco entre los jóvenes y el cese o la reducción del tabaquismo en los que ya consumían.

Los medios de comunicación y las empresas de publicidad han colaborado en numerosas ocasiones en la llamada “publicidad antidroga”, a través de la que se pretenden fomentar actitudes negativas con respecto al uso de drogas ilegales. A pesar de que estudios como el de Atkin y cols. (1984) indican que este tipo de publicidad puede ser nociva para la salud, al incitar a los jóvenes al consumo de drogas, los estudios de opinión muestran que, si estos mensajes antidroga se integran dentro de un programa preventivo, se obtienen cambios significativos en las normas sociales con respecto a la droga y en la actitud de los jóvenes y sus familiares, que pueden llegar a perdurar incluso un año después (Black, 1989).

Los cambios en las normas sociales también han sido promovidos a través de las políticas escolares referentes al uso de drogas (Moskowitz y Jones, 1988). En el caso del consumo del tabaco en las escuelas, los estudios recientes sobre políticas escolares reguladoras han encontrado que actitudes más comprensivas como, por ejemplo, el enfatizar la prevención del consumo y las limitaciones de las oportunidades de uso cerca de los lugares próximos a la escuela, parece reducir de forma significativa la conducta de fumar en los estudiantes, a pesar de que los efectos en la prevalencia del consumo sigan siendo menos consistentes. Estas políticas parecen afectar principalmente a la conducta de fumar a través de la especificación clara de las normas con respecto al tabaco más que a través de la divulgación de las consecuencias punitivas por la violación de las mismas, que parece no tener efecto alguno sobre la reducción del tabaquismo (Pentz y cols., 1989). A pesar de estos resultados, se necesita más investigación sobre la efectividad de las políticas escolares en la prevención o reducción del uso de otras drogas diferentes al tabaco y sobre los efectos de tales disposiciones en aquellos sujetos que se encuentran en situación de mayor riesgo para el abuso de drogas.

3.3.2. Programas de actuación en la infancia temprana

Este tipo de intervenciones han utilizado una gran variedad de componentes desde el cuidado de la salud, la nutrición, el cuidado de los niños, el soporte social para las madres, los servicios de planificación familiar y las visitas a domicilio de trabajadores sociales. Repetidamente, en los programas en la infancia temprana se han producido diferencias significativas entre los participantes de alto riesgo y las familias control. Los efectos positivos de la intervención han podido observarse en distintas poblaciones y en factores de diversa índole como, por ejemplo, en la ejecución académica temprana (Bronson, Pierson y Tivnan, 1984), en el aumento de la asistencia a la escuela y en el decremento de las agresiones hacia las madres y profesores (Seitz, Rosenbaum y Apfel, 1985).

En general, los resultados de los estudios y programas realizados en este área señalan que la educación y la escolarización en la infancia temprana producen un efecto amortiguador de la influencia negativa de ciertos factores de riesgo para el abuso de drogas como puede ser la deprivación económica o social (Horacek y cols., 1987). En este sentido, destaca el programa denominado: "Perry Preschool Project" llevado a cabo por Berrueta-Clement y colaboradores (1984). La intervención se centró en potenciar el desarrollo intelectual y social de niños afro-americanos con edades comprendidas entre los 3 y 4 años pertenecientes a barrios con pobreza extrema. Los resultados indicaron que el programa experimental logró reducir el fracaso escolar, los casos de embarazos no deseados en la etapa adolescente y la conducta criminal al comparar a los sujetos experimentales y a los sujetos que formaban parte del grupo control. El programa experimental consistía en la participación diaria en un programa preescolar durante un período de 1 a 2 años y visitas a domicilio los fines de semana de profesores dedicados al entrenamiento de las madres en habilidades de manejo de los chicos. A la edad de 19 años, los participantes en esta escuela experimental tuvieron menores tasas de arrestos y agresiones, asistieron en menor medida a clases de educación especial y finalizaron en mayor número la escuela secundaria en comparación con el grupo control. Estos resultados coinciden con los obtenidos por otros estudios similares llevados a cabo a través de programas de educación en la infancia temprana que también han encontrado efectos positivos similares en el desarrollo intelectual de los niños (Ramey y cols., 1988; Gotts, 1989).

Estos hallazgos sugieren que los programas de soporte para padres y los dirigidos a la infancia temprana pueden limar los efectos nocivos de factores como la pobreza extrema y la desorganización del barrio reduciendo fundamentalmente tres factores de riesgo para el abuso de drogas adolescente: los problemas de conducta en la infancia, los problemas de manejo familiar y el fracaso escolar. A pesar de lo alentador de los resultados obtenidos, es necesario llevar a cabo mayor número de estudios de seguimiento para evaluar la efectividad a largo plazo de este tipo de programas en grupos de alto riesgo, que confirmen la utilidad de los mismos en el campo de la prevención primaria.

Respecto a la implantación de programas de educación sobre drogas a una edad temprana se han encontrado dos tipos de argumentos en contra: por un lado, que este tipo de programas en Primaria, incrementaría demasiado el conocimiento acerca de las drogas entre los alumnos (Dawson, 1997) y por otro, podría aumentar su curiosidad por las drogas lo que podría conllevar efectos contrapreventivos.

Lloyd, Joyce, Hurry y Ashton (2000), revisaron los estudios de evaluación de los programas de intervención en Educación Primaria llevada a cabo en los últimos años en distintos países encontrando que existen pocos estudios de evaluación y los que existen se centran en la evaluación de procesos o resultados inmediatos (tales como cambios en conocimientos, actitudes o habilidades sociales). Uno de los estudios llevados a cabo ha sido el "*Proyecto Charlie*" (Hurry y Lloyd, 1997). El proyecto Charlie es un programa multicausal de habilidades vitales que incorpora aprendizaje en habilidades de resistencia, selección de los compañeros, la toma de decisiones y la resolución de problemas, el aumento de la autoestima y sesiones de información. El estudio de evaluación se llevó a cabo 4 años después de la implantación del programa cuando los participantes ya estaban en Secundaria y se encontraron los siguientes resultados: los participantes consumían significativamente menos tabaco, drogas ilegales (aunque no resultó significativo), se mostraban más habilidosos a la hora de resistir la presión de los compañeros y expresaban actitudes más negativas respecto a las drogas. Por otro lado, no encontraron que los participantes tuvieran mejores habilidades de toma de decisiones ni hubo cambios a largo plazo en los conocimientos. Otros proyectos como "*DARE*", a

pesar de estar ampliamente difundido y utilizado, no muestran resultados significativos ni en el aumento de conocimientos ni en el cambio de actitudes. Varios estudios de resultados que se han llevado a cabo muestran resultados alentadores (*“Illawarra Drug Education Programme”*, *“New Hampshire Study”*, *“Say Yes Firs”t* y *“Proyecto CARE”*) ya que tienen impacto en el posterior consumo de drogas, tanto legales como ilegales, siempre y cuando empiecen en Educación Primaria y continúen en Secundaria, estén basados en habilidades para la vida, sean interactivos, universales y de larga duración.

3.3.3. Entrenamiento en habilidades de competencia social

La idea de la que parte este tipo de intervenciones es la relación existente entre la agresión y otros problemas de conducta en los primeros años de la escolaridad y el mayor riesgo de consumo de drogas posterior. Por otro lado, diversos estudios señalan que aquellos niños que son agresivos, disruptivos y rechazados por sus iguales durante la infancia suelen caracterizarse por carecer de habilidades interpersonales eficientes (Spivack y Shure, 1974). De ahí que se hayan desarrollado estrategias preventivas de corte educativo que se esfuercen en mejorar la competencia social de los niños durante la infancia, ya que ello puede ser especialmente relevante a la hora de reducir el riesgo posterior de consumir drogas (Hawkins, Doueck y Lishner, 1988). Además, se ha argumentado que generalmente los chicos competentes socialmente manejan con menor esfuerzo la conducta desadaptada en el colegio y tienen mejores habilidades cognitivas en aquellas áreas, como la solución de problemas, esenciales para un adecuado rendimiento académico (Asher y Renshaw, 1981). De igual modo, se sostiene que el aprendizaje de ciertos valores morales básicos, como los que conciernen a los derechos y a las necesidades de los demás, son esenciales para el desarrollo de la conducta prosocial. Es muy probable que aquellos chicos de familias en las que las prácticas de manejo familiar son pobres y donde existen conflictos familiares importantes no aprendan las competencias interpersonales básicas dificultando, como consecuencia, su desarrollo posterior.

Las aproximaciones preventivas dirigidas a la promoción de la competencia social en los jóvenes han utilizado distintos métodos de intervención que varían desde el

entrenamiento en habilidades de interacción social para incrementar la frecuencia de sus contactos sociales (Ladd y Asher, 1985) y el fomento y desarrollo de instrucciones en clase para enseñar procesos cognitivos y habilidades conductuales para la superación de problemas de carácter interpersonal (Weissberg y Allen, 1985), hasta la utilización de técnicas como el role playing, la consecución de metas, el modelado o habilidades de solución de problemas sociales y videos que ilustran distintas formas de afrontamiento alternativas ante situaciones difíciles (Caplan y cols., 1992). Los estudios de evaluación sobre la efectividad de estos planteamientos han llegado a conclusiones bien distintas de tal manera que, mientras algunos investigadores han informado en repetidas ocasiones de los efectos positivos de las intervenciones en la conducta interpersonal de los jóvenes incluidos en el programa (Ladd y Asher, 1985; Rotheram, Armstrong y Booraem, 1986; Bierman, Miller y Stabb, 1987), otros, por el contrario, no han encontrado efectos directos en la adaptación social de los participantes (Allen y cols., 1976).

En cualquier caso, sí existe evidencia suficiente que señala que la mejora de la competencia social en los jóvenes puede ser una aproximación sumamente prometedora de cara a la prevención del abuso de drogas, ya que se han obtenido resultados positivos en la reducción del consumo de alcohol y otras drogas que llegan a mantenerse, incluso, varios años después de la intervención (Pentz y cols., 1989; Kim, McLeod y Palmgren, 1989).

En conclusión, en la medida en que las intervenciones dirigidas a la promoción de la competencia social reduzcan, por un lado, la agresividad y otras conductas problema en los niños y, por otro, el consumo problemático de drogas en la adolescencia, representan una estrategia viable de intervención a tener en cuenta en los programas preventivos multicomponentes.

3.3.4. Promoción del rendimiento académico

En los últimos años, diversas estrategias pueden considerarse como una promesa importante en el campo de la prevención, ya que han obtenido efectos positivos sobre los factores de riesgo relacionados con el rendimiento académico y las conductas problema en la escuela. Dentro de estas estrategias se incluyen la educación en la

infancia temprana como se ha expuesto anteriormente (Berrueta-Clement y cols., 1984), las prácticas instruccionales realizadas por los profesores para el manejo de los conflictos en clase en niveles básicos de la escolaridad (Hawkins y Lam, 1987; Hawkins y cols., 1988) y la tutorización académica de los escolares más retrasados (Coie y Krehbiel, 1984):

(1) Aplicación de instrucciones en el manejo de la clase.

Algunos estudios han probado la utilidad de ciertos métodos de instrucción en la conducción de las clases que tienen como objetivo fundamental mejorar el rendimiento y la vinculación social a la escuela y, al mismo tiempo, reducir la conducta desadaptada de los estudiantes. Para ello, se han utilizado, por lo general, un conjunto de instrucciones activas y supervisiones directas que los profesores proveen con respecto a los esfuerzos de los estudiantes. En estos programas, los profesores de las clases han utilizado un paquete de métodos instruccionales que engloban la enseñanza interactiva, el entrenamiento proactivo de la clase y el aprendizaje cooperativo obteniendo resultados significativamente mejores que los grupos de control (Hawkins y Lam, 1987).

Los métodos de aprendizaje cooperativo se han incluido sobre todo en clases de preescolar y primeros cursos de la enseñanza obligatoria y, en la mayor parte de los casos, no se ha propuesto como estrategia única de intervención, sino que ha sido acompañada de otras que han posibilitado la consecución de mejores efectos. Se han utilizado propuestas como el desarrollo del lenguaje, el fomento de una buena disposición hacia el estudio y el desarrollo del autoconcepto, a través de grupos tutorizados y de atención en clases especiales (Slavin y cols., 1990) o, también, se han combinado con el aprendizaje de estrategias de manejo en clase, el fomento de la motivación de profesores y alumnos, contactos periódicos con los padres, el uso de instrucciones interactivas y estrategias de prevención disciplinarias (Freiberg, Brady, Swank y Taylor, 1989). De cualquier forma, aquellas aproximaciones al aprendizaje cooperativo que han resultado ser las más eficaces se han llevado a cabo en pequeños grupos de trabajo de 4 a 6 niños en los que los estudiantes con diferentes capacidades y formación aprenden conjuntamente la materia del curso, recibiendo refuerzo por la

ejecución correcta de todos los miembros del grupo (equipo). En cualquier caso, este tipo de estrategias se han diseñado con la finalidad de animar a los participantes a ayudar y a servir de soporte a iguales con distintas capacidades, raza o formación para la consecución de las metas académicas.

En general, los estudios controlados centrados en el análisis de la eficacia del aprendizaje cooperativo han encontrado efectos positivos de este tipo de estrategias tanto en el rendimiento escolar como en las actitudes frente a la escuela y a los iguales de los escolares y, en combinación con métodos de instrucción, han obtenido reducciones importantes de las expulsiones y suspensos de los estudiantes más retrasados (Madden y Slavin, 1983; Hawkins y Lam, 1987; Dolan, Kellam y Brown, 1989). A pesar de estos resultados tan positivos con respecto al control de estos importantes factores de riesgo para el abuso de drogas, no está del todo claro que puedan influir de forma directa en la prevención del consumo de sustancias o los efectos reales preventivos que puedan llegar a tener a corto y largo plazo (Schaps, Moskowitz, Malvin y Scheffer, 1986).

(2) Tutorización.

En la mayoría de los estudios y programas, la tutorización individual de aquellos estudiantes más retrasados con problemas de conducta ha sido utilizada bien como única estrategia de intervención o bien de forma conjunta con el entrenamiento en habilidades de competencia social expuesto anteriormente, consiguiendo generalmente mejores resultados (Coie y Krehbiel, 1984).

En general, la evidencia existente sugiere que tanto los métodos de instrucción utilizados por los profesores en el manejo de las clases como los programas de tutorización individualizada pueden servir para reducir de forma eficaz el fracaso académico y las conductas problema de los estudiantes en los primeros años de la escolarización, pero se necesita más investigación que determine los efectos de estas estrategias en la prevención del uso de drogas en chicos mayores pertenecientes a cursos más avanzados y que soportan el peso de la influencia de otros factores de riesgo adicionales.

3.3.5. Cambios en la organización de los colegios

Puesto que las características organizacionales de los colegios parecen estar directamente relacionadas con las conductas de los estudiantes, su rendimiento académico y el apego al colegio y puesto que influyen de forma determinante en la capacidad de los centros para realizar cambios que puedan prevenir el abuso de drogas, se ha propuesto repetidamente que estos factores deben ser considerados como objetivos potenciales de los programas de prevención. Más concretamente, estos se entienden como punto de partida primordial para la consecución de cualquier meta preventiva como la implementación de estrategias dirigidas, por ejemplo, a la mejora de la enseñanza en clase, los programas de tutorización o la implicación parental en la ejecución de los estudiantes en la clase.

Son muchas y variadas las modificaciones propuestas por los diversos autores con respecto a la reestructuración de los colegios para poder llevar a cabo programas preventivos. Así, se han probado cambios importantes como: (a) la introducción de modificaciones significativas en el desarrollo curricular para incrementar las oportunidades de implicación de los estudiantes; (b) una mayor integración del colegio en la comunidad; (c) el manejo desde la escuela de los factores de riesgo más importantes asociados al consumo; (d) la adecuación de los procedimientos de disciplina en el colegio y, (e) la implicación de los padres, los profesores y trabajadores de salud mental en el desarrollo e implementación de planes comprensivos para la ejecución de los programas académicos y sociales (Comer, 1988; Alonso, Freijo y Freijo, 1996). Además, se han llevado a cabo programas de intervención más amplios como, por ejemplo, el realizado por Gottfredson (1986) que implicaba: (a) el establecimiento de una estructura organizacional que facilitara la toma de decisiones y el manejo de los colegios de forma compartida entre los directivos del centro y los alumnos; (b) la utilización de una propuesta curricular desarrollada por especialistas; (c) la inclusión de innovaciones académicas como el aprendizaje cooperativo, la lectura comprensiva y tareas encaminadas al desarrollo y fomento de la especialización laboral y, (d) servicios dirigidos a los estudiantes de alto riesgo para incrementar su implicación académica y su rendimiento incluyendo planes de tratamiento individuales,

objetivos conductuales y la monitorización mensual por parte de especialistas. En cualquiera de los casos, los resultados han señalado siempre la posibilidad de modificar eficazmente la estructura de los colegios consiguiendo efectos positivos como la reducción de los factores de riesgo asociados, disminuciones significativas en las tasas de actos delictivos en la escuela, el absentismo y las expulsiones, el fomento de la ejecución académica y de mayores vínculos de unión a los centros escolares, mayores expectativas educativas de los estudiantes y tasas significativamente menores de uso de drogas (Gottfredson, 1986, 1988; Comer, 1988; Felner y Adan, 1988).

3.3.6. Implicación de la juventud en actividades alternativas al consumo

En el momento actual, son muchos los autores que defienden que potenciar actividades en el ambiente escolar que posibiliten a los jóvenes el participar activamente en el desarrollo de sus destrezas y en el funcionamiento global de los colegios (ej., implicación en la dirección del colegio, programas basados en la educación profesional en los que se les ofrecen a los estudiantes oportunidades concretas para aprender sobre el mundo del trabajo y programas tutorizados en los que los participantes son reclutados para ayudar a otros estudiantes) pueden llegar a incrementar de forma significativa el vínculo con el colegio y, al mismo tiempo, reducir la alienación y la rebeldía de los alumnos disminuyendo la probabilidad de que cometan actos que violen las normas establecidas incluyendo las prohibiciones con respecto a las drogas (factores de riesgo para el consumo y la delincuencia).

De forma similar, se ha sugerido que cambiando las actividades de riesgo se pueden promover alternativas libres de drogas eficaces para aquellos que están en riesgo de usarlas en virtud de las características personales que los definen, al buscar situaciones emocionantes y que suponen un bajo peligro.

Atendiendo a la efectividad de estas aproximaciones en la prevención del abuso de drogas, la evidencia obtenida, como en otros casos, resulta ser contradictoria. Quizás, la característica más relevante sea el hecho de que cuando se posibilita a los sujetos de alto riesgo la realización de nuevas habilidades que supongan novedad o emociones

intensas se produce, por lo general, una mejora en su comportamiento general y en los logros académicos al dotarlos de un control más adaptativo sobre su medio ambiente.

3.3.7. Programas comprensivos focalizados en el riesgo

La prevención del abuso de drogas, debido a que es un fenómeno influido por múltiples factores de riesgo, puede conseguirse de manera más eficaz a través de una combinación de intervenciones dirigidas a las distintas unidades de socialización con el objetivo de promover principios de prevención consistentes. En general, este tipo de programas de prevención comprensivos que combinan múltiples intervenciones dirigidas a las distintas fuentes de influencia social han mostrado efectos positivos en la reducción de los suspensos y de las expulsiones de la escuela, en la disminución de los porcentajes de consumo de sustancias y en la prevalencia de actos delictivos auto-informados (Puska y cols., 1982, Hawkins y cols., 1988; Pentz y cols., 1989).

Así pues, se señala desde esta interesante perspectiva que la incidencia del inicio temprano en el uso de drogas y la delincuencia en la población adolescente puede reducirse favorablemente a través de la promoción consistente de oportunidades y expectativas hacia la conducta prosocial de los jóvenes tanto en casa como en la escuela, la mejora del desarrollo de habilidades, la implicación activa de los compañeros, padres y profesores en el desarrollo e implementación de las estrategias preventivas y en la monitorización de las mismas, además de la necesaria utilización de todo tipo de reforzadores de cualquier conducta positiva que suponga la implicación prosocial de la familia, los iguales y el colegio (Hawkins y cols., 1992).

4. SITUACION ACTUAL DE LA PREVENCION DE LAS DROGODEPENDENCIAS

Como se ha podido observar a lo largo de esta exposición son muchos y variados los intentos que, desde distintas perspectivas y en distintos ámbitos, se han llevado a cabo en el campo de la prevención de las drogodependencias, tanto en España como fuera de nuestras fronteras. Especialmente, en los últimos años se han producido

grandes avances en este campo y el número de profesionales que trabajan en él es cada día más extenso.

Actualmente contamos, entre otros, con dos estudios que nos dan una idea de la situación de la prevención de las drogodependencias en España. Por un lado, el estudio del GID (1996) que revisa los programas de prevención de los últimos 15 años y resume las principales características de las distintas intervenciones según el ámbito en el que se desarrollan (escolar, comunitario, sanitario, laboral y de los medios de comunicación), comparando los programas llevados a cabo en los años ochenta y en los años 90 (en la tabla 3.3. se resumen las principales características de los programas escolares de los años 80-90). Por otro lado, Bellver y García (1997), revisan los programas de prevención escolar y comunitaria llevados a cabo entre 1985 y 1994 clasificándolos en cuanto al objetivo general que se plantean y las estrategias preventivas que utilizan para ello. Respecto al objetivo, los 170 programas que revisan se clasifican de la siguiente manera: dinamizar la comunidad (17,6 %), formar (15,2%), información (14,1%), reducir el consumo (10,0%), evitar el inicio de consumo (10,0%), educar para la salud (10,0%), sensibilizar (8,2%), formación/cambio de actitudes (7,6%) y mejora de la competencia individual y social (7,0%). Respecto a las estrategias preventivas utilizadas se apuntan las de participación activa (22,3%), formativas (18,2%), no específicas (18,2%), de comunicación de la información (14,7%), de prevención comunitaria (14,1%), de creación de infraestructuras (7,0%), de elaboración/difusión de materiales (4,5%), de investigación (0,5%).

Tabla 3.3. Características de las intervenciones escolares llevadas a cabo en España en la década de los años 80-90.

AMBITO	AÑOS 80	AÑOS 90
ESCOLAR	<p>Iniciativas puntuales, sin continuidad y no integradas en el currículo.</p> <p>Se encuadran en los esquemas de la prevención primaria.</p> <p>Carácter informativo.</p> <p>Abordan todo tipo de drogas, especialmente las ilegales.</p> <p>Se hacen esfuerzos para la sensibilización a profesores y padres, pero no se realiza seguimiento.</p> <p>Las acciones formativas corren a cargo de asociaciones y org. Subvencionadas y de las entidades locales.</p> <p>Son escasas las relaciones entre los centros</p>	<p>Las iniciativas tienen una mayor continuidad en el tiempo.</p> <p>Programas enmarcados en el concepto de Educación para la Salud.</p> <p>Programas de una cierta amplitud.</p> <p>Seguimiento y apoyo al profesorado.</p> <p>Elaboración de proyectos de prevención ajustados a la realidad de los centros educativos.</p> <p>Con la LOGSE la prevención se integra en el currículo.</p>

	<p>educativos y otras instancias de nivel comunitario. Iniciativas de prevención inespecífica en forma de actividades de tiempo libre. No se realiza en la mayoría de los programas una evaluación sistemática.</p>	<p>Visión más integral. Vinculación de la prevención con el desarrollo personal del individuo (énfasis en la formación, toma de decisiones, habilidades sociales, etc.) Centrados en las drogas institucionalizadas. Mayor implicación del M.E.C. Nivel comunitario. Materiales didácticos. Evaluación de procesos y menos de resultados.</p>
--	---	---

A través de los apartados expuestos hasta ahora se pueden ver los distintos enfoques y perspectivas que se le ha dado al fenómeno de las drogodependencias y que tienen en consideración distintos factores a la hora de explicar dicho fenómeno. Debido a la importancia que la evaluación tiene en todos los programas de prevención se presentan a continuación los programas más representativos que se están llevando a cabo actualmente en España y que aparecen incluidos en el catálogo de Prevención de Drogodependencias de la Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid. Los criterios de selección incluyen su calidad, su relevancia, el grado de desarrollo alcanzado y la importancia que se le da a la evaluación. A efectos de clasificación se establecen dos grandes grupos: a) aquellos que han realizado evaluación de resultados (extraída de estudios experimentales controlados o de estudios cuasi-experimentales) y b) aquellos que han llevado a cabo evaluación de procesos o materiales (incluyen información sobre nivel de implantación del programa, grado de participación alcanzado, datos sobre satisfacción de los mediadores, etc.)

4.1. Programas escolares de prevención desarrollados en España con evaluación de resultados

4.1.1. 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.
- Efectos positivos en la 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.

4.2.1. PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE DROGODEPENDENCIAS EN CENTROS EDUCATIVOS DE LA COMUNIDAD DE MADRID (PPD)

Ha sido desarrollado por el Ministerio de Educación y Cultura, la Comunidad de Madrid (Agencia Antidroga) y el Ayuntamiento de Madrid (Plan Municipal contra las drogas). Tiene como objetivo fundamental dotar a los centros educativos de instrumentos y recursos para potenciar la adquisición de hábitos saludables entre el alumnado y actuar, así, consciente y educativamente frente al fenómeno de las drogodependencias. Específicamente, el programa pretende reducir el consumo de drogas entre la población escolar de la Comunidad de Madrid (tanto las cantidades como el número de personas que las consumen) y retrasar las edades de inicio en el mismo con especial énfasis en el consumo de tabaco y alcohol, así como el cannabis. La población diana son alumnos entre 6-16 años.

El PPD se dirige al conjunto de la comunidad educativa y, específicamente, a los centros educativos que deseen elaborar y desarrollar un proyecto de prevención de las drogodependencias. Así, a los centros que se incorporan a este programa, se les forma en el diseño y desarrollo de su proyecto de prevención, se les proporcionan materiales adecuados y se les da apoyo técnico y económico. La formación va dirigida al profesorado (a través de los centros de profesores), a los padres (a través del movimiento asociativo) y a los mediadores sociales (mediante las escuelas de animación).

El programa se basa en tres líneas de actuación: información, formación y participación. Para desarrollar estas áreas, se ha desarrollado un programa tutorial, “*A tu Salud*”, para dotar a los alumnos de 14-16 años de instrumentos y criterios para tomar decisiones ante el fenómeno de las drogodependencias. El contenido que propone este

programa tutorial de 11 sesiones se agrupa en seis áreas: información sobre drogas, el discurso social y los estereotipos, algunos mecanismos del fenómeno de las drogodependencias, los procesos de grupo (en concreto la presión de grupo), el uso del tiempo libre y los recursos personales para afrontar situaciones.

Los estudios de evaluación realizados (Grupo de Evaluación de Criterios, 1998) muestran que el programa es capaz de modificar habilidades concretas como la reacción ante situaciones hipotéticas de oferta de consumo, el consumo propiamente dicho de tabaco, alcohol y cannabis y conductas mediadoras como las creencias y actitudes ante las drogas e intenciones de consumo. Concretamente, en el estudio realizado con alumnos de entre 14 y 17 años de los 16 centros escolares participantes, se llegó a las siguientes conclusiones:

- Hay claras diferencias entre los alumnos del PPD y los del grupo control en lo referente a creencias, actitudes sobre las drogas y sus efectos.
- Los alumnos participantes muestran menor intención de consumo de alcohol en situaciones de riesgo, en comparación con grupo control. No hay diferencias entre ambos grupos en cuanto a la intención de consumir cannabis.
- Los alumnos del PPD presentan una edad más tardía en el inicio al consumo de tabaco.
- El grupo experimental presenta una reducción del número de consumidores de alcohol en la actualidad y del número de alumnos que han probado otras drogas.

4.2.2. TU DECIDES. PROGRAMA DE EDUCACIÓN SOBRE DROGAS

Este programa, desarrollado por Calafat, Amengual, Farrés, Mejías y Borrás, tiene como objetivo general enseñar a jóvenes de entre 13-16 años en el ámbito escolar a tomar decisiones sobre el uso de drogas en conexión con el resto de problemáticas del adolescente. Está basado en el modelo de Becoña de estilos de vida y factores de riesgo que lo condicionan.

La duración del programa se establece entre 4 y 9 sesiones de 50-60 minutos preferentemente impartidas en días alternos o con una separación máxima de una semana entre las mismas. Existe además un programa complementario para aplicar a partir de los 16 años y así evitar la extinción de los resultados que parece darse a los 2 años tras su aplicación. En cuanto a los materiales, se utilizan un manual del alumno en el que se incluyen 4 fascículos donde se describen las historietas en forma de cómics que van a dar lugar a la toma de decisiones y un manual del profesor para guiarle en las sesiones. Los profesores voluntarios que aplican el programa reciben una formación previa de 10 horas, donde se les explican los fundamentos del programa y el desarrollo de las lecciones. Se recomienda también que los profesores participen en un cursillo sobre técnicas de prevención del abuso de drogas. Asimismo, es muy recomendable que los padres de los alumnos participen en una charla-coloquio sobre el abuso de drogas a la que también asistirá el profesor que imparte las sesiones y conectar el programa con otros de promoción de la salud y de prevención comunitaria.

Se dirige a las drogas en general, con especial énfasis en las drogas legales, alcohol y tabaco, así como el cannabis. Las actividades que desarrolla son: lecturas del material, discusión en clase, representación de escenas y trabajos de investigación por grupos. Las cuatro lecciones de las que consta el programa tienen los siguientes objetivos: 1) aspectos conceptuales como tolerancia y dependencia, distinguir entre efectos positivos y negativos de las distintas drogas; 2) describir los factores de riesgo del consumo y conceptualizar el hábito como un conjunto de toma de decisiones; 3) aprender a decir “no” y exponer conductas alternativas al consumo, evitando el alcohol y el tabaco como facilitadores de la relación social; 4) distinguir entre uso y abuso, no conducir si se toma alcohol, adoptar una postura activa ante el problema del abuso y conocer recursos de ayuda.

La aplicación del programa consigue modificar la toma de decisiones, tiene una influencia positiva sobre el consumo de alcohol y tabaco y mejora las relaciones con los padres (Calafat y cols., 1989, 1995). En concreto, los estudios de evaluación llevados a cabo en 1982, 1987-88 y 1989-92 muestran los siguientes resultados:

- A los 4 meses de aplicación disminuyó el uso de alcohol, tanto en número de consumidores como en cantidad total, en el grupo experimental.
- A los 4 meses de aplicación disminuyó el número de fumadores en el grupo experimental y se redujeron a la mitad los fumadores de fin de semana, pero se mantuvieron los fumadores diarios.
- Al año, en el grupo experimental, aumentaron los no consumidores de alcohol, se mantuvieron los consumidores moderados y disminuyeron los consumidores de riesgo.
- A los dos años, aparecieron nuevos bebedores en el grupo experimental, aunque con frecuencias bajas de consumo. En el grupo control, el aumento fue progresivo a lo largo de todo el proceso.
- Al año y a los dos años, el grupo experimental se mantuvo en las cifras de fumadores obtenidas a los 4 meses del programa. El grupo control aumentó el consumo en todas sus frecuencias.

4.2.3. CHILD DEVELOPMENT PROYECT (CDP). FASE 1

Este programa, dirigido a niños de entre 5 a 10 años y desarrollado en California por Eric Scharps, se basa en la idea de que cuanto más crea el niño que su comunidad escolar está interesada en él y que se preocupa por sus necesidades, más capacitado estará para alcanzar logros académicos, sociales y emocionales y para resistirse al consumo de alcohol, tabaco y otras drogas. Por ello, tiene como objetivo principal posibilitar que los centros escolares se transformen en comunidades de cuidado y apoyo para sus alumnos, a fin de promocionar más eficazmente su desarrollo personal, intelectual, social y ético. Entre sus objetivos específicos se encuentran:

- Aumentar el gusto de los alumnos por la escuela y fomentar la motivación de los niños por aprender.
- Aumentar el altruismo y la preocupación por los demás.
- Mejorar las habilidades para resolver problemas.

El programa se realiza en dos fases: la primera, de alrededor de un año de duración, centrada en crear un fuerte sentimiento de pertenencia a la comunidad escolar y en ella se enmarcan (entre otros muchos) los contenidos específicos de resistencia ante el consumo de drogas; y la segunda, de dos años de duración, más centrada en objetivos académicos y de mejora del aprendizaje. Las actividades que lo componen son las siguientes: relaciones de niños de diferentes cursos/edades; reuniones en clase (planificación de actividades y resolución de los problemas del aula por parte de los alumnos); actividades para casa y, actividades de colaboración desarrolladas por el conjunto del centro escolar.

Las variables que se modifican con la aplicación del programa son las que se especifican a continuación:

- Conductas mediadoras: pensamiento crítico y habilidades de razonamiento, aplicación de conocimientos y habilidades para la resolución de problemas.
- Conducta directa: reducción del consumo de marihuana, alcohol y otras drogas.

A lo largo de los 19 años que se viene aplicando en más de 100 escuelas, se han desarrollado tres evaluaciones basadas en estudios cuasi-experimentales. Los resultados muestran un aumento significativo en el sentimiento de pertenencia del alumno a la escuela, en su motivación respecto a ésta y en una reducción de su implicación en conductas problemáticas. La aplicación del programa aumenta la resistencia al consumo de drogas cuando los niños participantes llegan a la adolescencia y reduce otras conductas de riesgo tales como: llevar armas a la escuela, amenazar a los demás y relacionarse con bandas. Asimismo, se ha comprobado el desarrollo de un mayor sentimiento crítico, de mejores habilidades de razonamiento, de aplicación de conocimientos y habilidades para la resolución de problemas y de un mayor fortalecimiento de los vínculos entre la escuela, la familia y la comunidad. (Battistich, Schaps, Watson y Solomon, 1996; Solomon y cols., 1996; Battistich, Schaps, Watson y Solomon, 1997; Coburn y Meyer, 1998).

4.2.4. PROGRAMA DE PREVENCIÓN DEL TABAQUISMO EN LA E.S.O.

Ha sido desarrollado en Bilbao por Melero y Flores para reducir el inicio en el consumo de tabaco entre escolares de 12 a 16 años, mejorando la información sobre los riesgos asociados al tabaquismo, reduciendo actitudes positivas hacia el consumo, promoviendo actitudes de desinterés por el tabaco y disminuyendo el paso al consumo regular de tabaco. Recoge elementos de la Teoría del Aprendizaje Social de Bandura, del Entrenamiento para la toma razonada de decisiones de Fishbein y Azjen, y de la Neutralización de la presión grupal y otras influencias sociales de Botvin.

Se desarrolla en un trimestre lectivo, a razón de una sesión por semana, aunque se puede adaptar a otras necesidades. Consta de las siguientes actividades que se desarrollan en clase con el profesor: presentación de los temas; trabajo en grupo; realización de trabajos de investigación; debates; desarrollo de experimentos; dramatizaciones; torbellino de ideas; visionado de videos; actividades de expresión plástica y verbal.

Las variables que se modifican con la aplicación del programa son:

- Habilidades concretas: toma de decisiones, neutralización de la presión grupal y otras influencias sociales.
- Conducta directa: consumo de tabaco.
- Conductas mediadoras: actitudes y valores favorables al respeto por la salud y el bienestar, de rechazo de las conductas contrarias.

Los resultados de la evaluación del programa (modelo cuasi-experimental con medida pre y post en grupo experimental y control) (Melero, Flores y Pérez Oñate, 1997; Melero, 1998; Melero, Flores y Pérez Oñate, 1999), reflejan que los alumnos a los que se les ha aplicado el programa, mejoran en la percepción del riesgo del tabaco, muestran menos actitudes positivas hacia su consumo, tienen una mayor conciencia respecto a la necesidad de establecer límites sociales protectores para la salud de las

personas no fumadoras y perciben menor vulnerabilidad a la presión grupal. El análisis de la dimensión conductual muestra, que si bien el número de estudiantes que han probado el tabaco en el momento de realizar la medida post-intervención aumenta, este incremento es mayor en el grupo control. Por otra parte, se observa una reducción de la proporción de escolares en el grupo experimental que consumen tabaco con regularidad.

4.2.5. PROGRAMA DE PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS ENTRE ADOLESCENTES DE LA CIUDAD DE GRANADA

Desarrollado por Carrasco Giménez y Tomás J. en Granada, pretende prevenir el consumo de drogas y promocionar hábitos de vida saludables en adolescentes en tránsito hacia una nueva etapa escolar (primaria-ESO; es decir, 12-13 años), fomentando el retraso de la edad de inicio en el consumo de alcohol y tabaco, y disminuyendo la prevalencia en el consumo de estas sustancias.

Los autores se basan en el modelo de Rothes y Janson y, a partir de él, desarrollan su propio modelo. Para ellos el consumo drogas se daría teniendo en cuenta el factor curiosidad, más el cociente entre una serie de factores de riesgo (estrés, exposición a modelos que emplean el consumo de drogas como recurso de enfrentamiento) y una serie de factores de protección (apego, habilidades de afrontamiento, recursos, conductas incompatibles, redes de apoyo, exposición a modelos que no utilizan la droga como estrategia de afrontamiento). Así, el modelo plantea que, reduciendo los factores de riesgo y aumentando los de protección, la prevalencia del consumo disminuye.

El programa está diseñado para ser aplicado a lo largo de dos cursos académicos, donde semanalmente se imparten sesiones de 60 minutos de duración (el primer año se imparten 23 sesiones y ,el segundo año, 13). Es impartido por personas ajenas al centro escolar, concretamente estudiantes de la Facultad de Psicología de Granada, debidamente entrenados previamente en el modelo teórico, sus componentes y procesos de evaluación. Se dirige a las drogas en general, con especial hincapié en el alcohol y tabaco.

Los componentes que incluye son: entrenamiento en habilidades sociales, preparación para los cambios físicos que ocurren durante la adolescencia, información sobre las consecuencias para la salud del consumo de tabaco y alcohol, entrenamiento en solución de problemas, aprender a ser descriptivos y corregir la sobreestimación del consumo de tabaco.

El programa modifica las siguientes variables:

- Habilidades concretas: habilidades sociales, habilidades de afrontamiento y solución de problemas.
- Conductas mediadoras; información, actitudes y síntomas sobre cambios físicos esperables, conocimiento de las consecuencias para la salud del consumo de tabaco, percepción de la incidencia del consumo de tabaco.

Los estudios de evaluación llevados a cabo (Carrasco Giménez, Adame y Vila Castelar; Carrasco Giménez, Adame y Vila Castelar, 1997), no muestran ningún efecto, ni preventivo ni contrapreventivo, en lo que al consumo de tabaco se refiere. No obstante se consiguen los siguientes logros: incremento de las habilidades sociales y de resolución de problemas, más información y mejor aceptación de los cambios físicos asociados a la pubertad y mayor conocimiento de las consecuencias para la salud del consumo de tabaco.

4.2.6. PREVENCIÓN DEL ABUSO DE SUSTANCIAS EN LA ESCUELA. PASE

Ha sido desarrollado por el Instituto Municipal de la Salud de Barcelona y se viene impartiendo en escuelas de Barcelona desde 1991, a adolescentes de entre 11 y 13 años. Su objetivo es reducir el consumo habitual de tabaco y alcohol mediante el refuerzo de actitudes contrarias al consumo de sustancias adictivas. El programa está dirigido a reforzar la capacidad de los escolares para resistir las presiones externas relacionadas con el inicio del consumo de drogas.

El programa, basado en la Teoría del Aprendizaje Social y la Teoría de la Difusión, se desarrolla en 10 sesiones de 50 minutos cada una. Los autores recomiendan impartir el programa integrado dentro de las actividades de la programación general del curso. Los profesores son los que desarrollan los contenidos del programa en el aula, contando con el apoyo de los equipos municipales de prevención de drogodependencias.

Los contenidos del programa están centrados, principalmente, en la identificación del papel de las presiones sociales y grupales en la generación del comportamiento humano. Otros contenidos son: los mecanismos de la publicidad y su influencia en el comportamiento, la expresión de la opinión propia, la dificultad del abandono de una dependencia y los valores y actitudes en relación a las sustancias que pueden generar dependencia. Las actividades que desarrolla incluyen: información sobre drogodependencias, vídeos, reunión con padres, debates, redacciones, encuestas, tabulaciones, etc.

Las variables que se pretenden modificar son las siguientes:

- Conducta directa: consumo de alcohol y tabaco.
- Conductas mediadoras: actitudes sobre el tabaco y el alcohol e intención de consumo.

Los resultados de la investigación cuasi-experimental que se llevó a cabo para valorar la eficacia de la intervención en relación con un grupo de control (Villalbi y Aubá, 1991; Villalbi, Ballestin, Nebot y cols., 1997; Villalbi y cols., 1998), muestra los siguientes datos: se detectan cambios significativos en actitudes y creencias respecto al tabaco y una reducción significativa en el número de quienes dicen que fumarán de mayores; respecto al alcohol, en el grupo control aumenta significativamente la proporción de escolares que dicen haber bebido más de dos bebidas alcohólicas seguidas y que han tomado más de cuatro bebidas alcohólicas en el último mes.

4.2.7. TABACO, ALCOHOL Y EDUCACIÓN. PROGRAMA DE ACTUACIÓN INTENSIVA PARA LA PREVENCIÓN DEL CONSUMO DEL TABACO Y ALCOHOL EN EL PRIMER CURSO DE EDUCACIÓN SECUNDARIA OBLIGATORIA

Está dirigido a una población de entre 11 y 13 años y ha sido desarrollado por Carlos Alonso Sanz desde el Plan Regional de Drogas – Consejería de Sanidad, Junta de Comunidades de Castilla - La Mancha. Su objetivo es mejorar el estado de salud de los escolares de Castilla – La Mancha, para lo que presenta 3 estrategias u objetivos específicos:

- Reducir el consumo actual de alcohol y tabaco, así como la intención de consumir estas sustancias en el futuro.
- Incrementar los conocimientos de los escolares en relación al tabaco y al alcohol, generar normas subjetivas menos tolerantes con su consumo, así como aumentar las expectativas negativas y disminuir las positivas respecto a las consecuencias derivadas del consumo de tabaco y alcohol.
- Aumentar la autoestima y la asertividad en los escolares, especialmente en lo que se refiere al rechazo de ofertas de tabaco y alcohol.

El programa, de 13 sesiones de 50 minutos de duración cada una, se basa en el modelo teórico de la influencia social, según el cual el comienzo del uso de sustancias es el resultado de la interrelación de factores sociales y personales. La conducta de consumir sustancias tóxicas se considera aprendida a través de procesos de modelado y de refuerzo, que son mediatizados por factores personales tales como las cogniciones, las actitudes y las expectativas. El uso de sustancias está promovido y apoyado por las influencias sociales de los iguales, la familia y los medios de comunicación. La vulnerabilidad ante tales influencias está determinada por las cogniciones relativas al tema, las actitudes y las expectativas, así como por las habilidades para enfrentarse a los que ofrecen el uso de sustancias.

Tiene dos modalidades: “sólo profesor” en la que las actividades son impartidas por los profesores; “compañeros líderes”, impartida por alumnos identificados como líderes en la clase, previamente formados por los profesores. Se plantea en ambas modalidades, el trabajo grupal como método fundamental para implementar el programa. Asimismo, las actividades deben estar integradas en el marco de la

Educación para la Salud y deben ser elementos transversales en las áreas habituales del aprendizaje escolar.

El programa se estructura alrededor de 2 componentes: el primero, de prevención específica del consumo de alcohol y tabaco, relacionado estrechamente con el área de Ciencias de la Naturaleza; el segundo, de prevención inespecífica, que incluye actividades dirigidas hacia el desarrollo de la autoestima y la adquisición de habilidades sociales básicas, ambos temas relacionados con el área de Lengua y Literatura. Las actividades que desarrolla incluyen: reunión informativa con los padres de los alumnos, trabajo en grupo, tareas para casa y role-playing.

La evaluación del programa (Alonso y Del Barrio, 1997, 1998), muestra como más recomendable la modalidad de “sólo profesor”, en la que se observa un moderado efecto positivo en la prevención del consumo de alcohol y un efecto mínimo sobre el consumo de tabaco. Esta versión también ha producido un aumento de las expectativas negativas respecto a fumar, si bien es cierto que no ha reducido en ningún caso las expectativas positivas. En la versión con líderes se observó un efecto contrapreventivo. Por otro lado, se ha detectado un aumento de los conocimientos sobre el tabaco y alcohol atribuible al programa. En cuanto a las normas subjetivas relacionadas con el consumo de estas sustancias, el programa ha incrementado el rechazo del consumo de alcohol percibido en padres e iguales, así como el rechazo del consumo de tabaco percibido en los iguales. En cuanto a la asertividad, en la versión profesor sin líderes, el programa ha aumentado la probabilidad de rechazar ofertas de alcohol. Por el contrario, no ha aumentado la probabilidad de rechazar ofertas de tabaco de un modo asertivo.

4.2.8. PROGRAMA DE PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS EN LA ESCUELA (PPCDE)

Desarrollado por el Servicio de Prevención, Reinserción y Coordinación del Comisionado del Plan de Galicia sobre Drogas, tiene como objetivo principal influir en las creencias y actitudes de los alumnos de Educación Infantil y Primaria sobre las drogas y su consumo, así como en la intención de consumo futuro y el consumo actual

de drogas, de los alumnos de Educación Secundaria. Se dirige a una población de entre 5 y 18 años.

El programa integra componentes de la teoría cognitiva social de Bandura, tales como el concepto de autoeficacia. Las actividades propuestas tienen como referente el determinismo recíproco entre la conducta, los factores cognitivos y personales y las influencias ambientales recogidas en esta teoría.

El PPCDE no tiene una duración específica, ya que consiste en una serie de materiales educativos que pueden utilizarse en diferentes sesiones o asignaturas. Así, es el centro escolar o profesor quien decide sobre su utilización en función de las necesidades y de los objetivos que pretende. No obstante, para que el programa alcance cierto grado de eficacia, es necesario dedicarle entre 10 y 20 horas. En cualquier caso, no se desarrolla un procedimiento estandarizado y estructurado sino que el programa se constituye como una propuesta flexible, adaptable a distintas condiciones.

La intervención va dirigida a las drogas en general, con énfasis en las legales y el cannabis, así como a un amplio rango de edad, que cubre desde Educación Infantil hasta la etapa adolescente. Las actividades (debates, lecturas, trabajo en grupo, actividad audiovisual, etc.) están diseñadas en función de los rasgos evolutivos del período escolar obligatorio, en las cuales, el concepto específico de “droga” se inserta en otros conceptos y prácticas conductuales más globales tales como: hábitos de salud, autoestima, toma de decisiones y presión de grupo. Incluye 10 áreas temáticas: situaciones de riesgo y análisis de necesidades, adicciones y entorno, la salud, el alcohol, tabaco, drogas ilegales, tu opinión personal, el tiempo libre, toma de decisiones y juegos.

La evaluación del programa realizada por la Xunta de Galicia (2000), señala que el nivel de aplicación del programa determina la magnitud y efectos del mismo. Para realizarla, se establecieron comparaciones entre un grupo control, un grupo con centros que implantaban el programa de forma intensa, y otro grupo de baja intensidad de aplicación del programa. En los resultados se observa que en el grupo control hay un aumento en las actitudes favorables al consumo de alcohol, tabaco y otras drogas mayor

que en los grupos de intervención. Igualmente, se muestra cómo entre los alumnos que realizaron el programa, la prevalencia de consumo de tabaco, alcohol, cánnabis y otras sustancias es mucho menor que entre los que no lo siguieron. Estas diferencias en actitudes, intenciones de conducta y consumos expresados, revelan un efecto positivo del programa, tanto en la formación de actitudes negativas ante el consumo de drogas como en la reducción del consumo expresado.

4.2. Programas escolares de prevención desarrollados en España con evaluación de procesos

4.2.1. PLAN INTEGRAL DE PREVENCIÓN ESCOLAR (PIPES)

Ha sido creado y desarrollado por la Federación de Ayuda contra la Drogadicción (FAD). Los objetivos de este programa escolar, que está inspirado en estrategias de Educación para la Salud y en el modelo del Aprendizaje Social son la promoción de estilos de vida más saludables, la disminución de los factores de riesgo y el desarrollo de los factores de protección entre los escolares participantes. El PIPES dura un curso escolar (9 meses), debe estar integrado en el currículum del centro y se dirige a estudiantes de entre 6-16 años. Se plantea como una guía general de actuación en la que se indican una serie de actividades (trabajo en grupo, sesiones de vídeo, estudio de casos, rellenar cuestionarios, encuesta, discusión en grupo, lectura de materiales, estudio y resolución de problemas, concurso, dramatización/escenificación, juegos, auto-registro, demostraciones, actividades artísticas y pasatiempos) para abordar las 4 áreas fundamentales que aborda:

- Clarificación del sistema de valores de los alumnos y ajuste de su conducta al mismo.
- Desarrollo de actitudes a favor de la salud incompatibles, por tanto, con el abuso de drogas.
- Aumento de la competencia individual para la interacción con otras personas.
- Aprendizaje de habilidades para la toma de decisiones.

En concreto, este programa plantea 47 actividades para Educación Primaria, que trabaja sobre las áreas: “mi cuerpo”, “yo mismo”, “los otros y yo” y “la familia”. Por otro lado, integra 43 actividades para Educación Secundaria organizadas en las siguientes áreas: “conocimiento y análisis de la realidad” y “adquisición de recursos personales”. Aunque se dirige a las drogas en general, pone especial énfasis en las drogas legales: alcohol y tabaco.

Al no existir evaluación de los resultados, no podemos especificar las variables que se modifican con la aplicación del programa o sus efectos sobre el consumo de drogas. No obstante, mediante la evaluación del proceso (FAD, 1997, 1997b, 1998, 1998b), se observa que, en 1997, el programa se había implantado en 672 instituciones escolares de las Comunidades de Madrid, Andalucía, Valencia, Castilla-La Mancha y La Rioja. Aunque la satisfacción de los profesores es buena en general respecto a la formación recibida, se observa una discontinuidad en la aplicación de todas las fases del PIPES, quizás debidas a las características del profesorado y sus condiciones laborales (itinerancia, etc.).

4.2.2. EN LA HUERTA CON MIS AMIGOS

Este programa de Szabo y Shaw ha sido adaptado al castellano por Mateos, Múgica y Ortigosa (AGIPAD, en Donostia) y al catalán por Sarasíbar. El objetivo de este programa escolar basado en la teoría del Aprendizaje Social (Bandura, 1977), es contribuir a la maduración psicoafectiva, a la adquisición de hábitos de salud y al inicio de un trabajo preventivo sobre el abuso de drogas en niños pequeños (5-9 años), a través de la presentación y posterior discusión de una serie de cuentos. También busca la implicación de los padres de los niños participantes en el programa.

Dependiendo de la versión utilizada, varían los materiales empleados y, además, la duración del programa se adapta a la edad del grupo de niños y al nivel de aplicación que quiera llevar a cabo el profesor. No obstante, en cuanto a su contenido, en general el programa está constituido por 18 cuentos que tratan los siguientes temas: presentación, las soluciones mágicas a los problemas, las consecuencias de hacer trampas y mentir, el miedo racional e irracional, querer parecerse a otro, los celos y la

huida, el malentendido y la reprimenda injusta, la exclusión, las diferencias físicas, los prejuicios y la discriminación, los juicios basados en las apariencias, la presión de grupo y el robo, el uso responsable de los medicamentos, la venganza, las diferencias culturales, querer ser mayor, la libertad de elegir y la igualdad de los sexos y hacer frente a la decepción. En la versión castellana se aplican los 6 primeros cuentos a los niños de 5 años durante 6 semanas; los 10 primeros cuentos a los niños de 6 años durante 10 semanas; los 16 primeros cuentos a los niños de 7 años durante 16 semanas y, la totalidad de los cuentos a los niños de 8 años durante 18 semanas.

Las actividades que se desarrollan en el programa son las siguientes: relato de cuentos, discusión en grupo, actividades artísticas (teatro, plástica), escritura creativa, excursiones, creación de poemas y canciones, marionetas y juegos.

El programa, integrado dentro del currículum escolar y adaptado a las fases de la LOGSE, no ha tenido evaluación de resultados hasta el momento pero sí de materiales y procesos (AGIPAD, 1994; Ayuntamiento de Donostia, 1999; Gobierno de Navarra, 1997). La evaluación de materiales realizada en 1994 (1º versión de AGIPAD de 1993), muestra la idoneidad de los mismos para trabajar los temas tratados, el tiempo invertido, la cooperación de los padres, la metodología y la identificación de los niños con las situaciones y los personajes de los cuentos. Por otro lado, la evaluación llevada a cabo sobre la aplicación del programa en el curso 1997-98 en el País Vasco, mostró una buena aceptación por parte de docentes y escolares aunque, en Navarra, (evaluación del curso 1995-96) la implantación fue parcial, la implicación de las familias escasa y la adecuación del material a los alumnos y la metodología de la clase fue buena.

4.2.3. LA AVENTURA DE LA VIDA: OSASUNKUME

Ha sido desarrollado por el equipo de EDEX en Bilbao y adaptado a varios idiomas. Su objetivo es promover en los niños de entre 8 y 11 años estilos de vida saludables y autónomos que incluyan conocimientos sobre aquellas conductas y circunstancias susceptibles de comprometer el propio bienestar, incorporando actitudes y valores favorables hacia su cuidado y promoción y estimulando habilidades adecuadas para comportarse de acuerdo con tales conocimientos, actitudes y valores.

El programa de prevención se inscribe en una estrategia de “Educación para la Salud” a partir de la siguiente hipótesis: aquellos niños que desde temprana edad, a) consideren la salud y autonomía personal como valores a proteger y respetar, b) mantengan hacia la salud y la autonomía una actitud favorable, c) dispongan de conocimientos adecuados para lograr estos objetivos y d) manejen habilidades eficaces para todo ello, tendrán mayores probabilidades de abstenerse de relaciones problemáticas con las drogas y otras situaciones de riesgo para el propio bienestar.

Se plantea como una propuesta de duración flexible aunque sus componentes pueden cubrir todo un curso escolar. El tiempo total dedicado a estas actividades oscila entre 10 y 30 horas. Además, se presentan sesiones de seguimiento durante cuatro cursos consecutivos (3º - 6º EPO) en las que se desarrollan los mismos contenidos pero a través de historias o materiales diferentes. Se presentan también actividades y materiales para padres y para la comunidad.

Fundamentalmente se trabajan 4 áreas: autoestima (respeto por uno mismo y afrontar a los desafíos), habilidades para la vida (manejar la tensión, relacionarse y tomar decisiones), drogas (medicamentos, alcohol y tabaco) y hábitos de vida saludables (actividad y descanso, alimentación, seguridad e higiene), todo ello en tres escenarios de socialización: familia, centro escolar y barrio.

Los protagonistas de La Aventura de la Vida son una pandilla de chicos y chicas a los cuales siempre acompaña la mascota del programa, un gato llamado “Osasunkume”. El profesor distribuye un álbum con cromos entre los alumnos y luego lleva a cabo un debate a partir de las experiencias de los escolares evocadas por el material. En los cromos del álbum y en los textos se refleja una parte de la vida cotidiana de cada uno de los protagonistas que es cercana a la de los alumnos y alumnas que participan del programa. Otras actividades del programa incluyen: expresión plástica, representación teatral y juegos.

En cada edición se convoca un Concurso Escolar consistente en realizar un trabajo conjunto relacionado con el programa. El premio principal para el trabajo seleccionado es un viaje a Disneyland París para toda el aula. Además, a lo largo del

semestre, su suceden diversas concentraciones de carácter festivo a iniciativa de distintos Ayuntamientos, con la colaboración de diferentes entidades ciudadanas de carácter local. Como cierre, se realiza una Gran Fiesta Final, en cuyo transcurso se entregan los premios correspondientes al Concurso Escolar, contando con la participación de la mascota del programa.

La implantación del programa se ha extendido desde el País Vasco hasta Cataluña, otros territorios de España y 15 países de América Latina. Se han realizado dos estudios de evaluación de procesos desde que el proyecto se empezara en el curso escolar 89-90, uno de ellos en el curso 91-92 (Melero, 1993) y otro en el curso 94-95 (Pérez Oñate, 1995). En la última evaluación realizada, la cobertura fue de más de 50.000 alumnos y 2.500 profesores. Los resultados muestran las siguientes conclusiones:

- El programa es considerado útil y atractivo entre el profesorado que lo aplica.
- Existe convicción respecto a que es útil para promover entre los escolares estilos de vida más saludables.
- Los escolares lo ven como un programa de educación en diversos valores, entre ellos la salud.
- Los escolares plantean que los aprendizajes que obtienen con el programa son fundamentalmente: prevención de las drogodependencias, protección del medio ambiente y convivencia respetuosa.

5. CONCLUSIONES

En las últimas décadas se han llevado a cabo desde distintas orientaciones teóricas y perspectivas muchos intentos para idear y desarrollar modelos preventivos del abuso de drogas adolescente que pudieran ofrecer resultados alentadores. A pesar de la validez de los planteamientos teóricos en los que se basan algunos de ellos, cuando el éxito ha sido valorado en términos del impacto de los mismos en la conducta de uso de

sustancias, muchos de estos enfoques han resultado ser ineficaces. Tal es el caso de las aproximaciones tradicionales centradas de forma exclusiva en la divulgación de la información, la educación afectiva o los enfoques alternativos, a pesar de que muchos de sus componentes puedan haber obtenido efectos puntuales de gran valía que han sido utilizados en programas posteriores como aspectos necesarios de la prevención.

El enfoque psicosocial supone un avance importante con respecto a las aproximaciones tradicionales en el sentido de que tiene en cuenta variables predictoras del consumo de drogas como son las presiones sociales, la carencia de habilidades sociales básicas, la baja autoestima, bajos niveles de competencia individual, estados depresivos, etc. No obstante, si bien estas intervenciones han mostrado su efectividad a corto plazo, no reflejan resultados tan alentadores varios años después. Asimismo, se plantean como tendencias generales de actuación y no se adaptan a una población en concreto y a los factores de riesgo / protección que determinan el consumo en dicha población.

Recientes meta-análisis (Bukoski, 1991; Tobler, 1992; Tobler y cols., 2000), realizados para examinar el impacto de las diferentes estrategias específicas llevadas a cabo a través de las últimas décadas, señalan algunos aspectos relevantes que han favorecido la obtención de efectos positivos tales como: (a) el uso de la presión positiva de los pares, el conocimiento y los consejos transmitidos por los iguales y la participación directa de los mismos en el desarrollo e implementación de los programas; (b) la mejora de las habilidades sociales y asertivas de los jóvenes, al reducir el consumo o evitar el inicio del mismo en el caso de adolescentes sin características de riesgo especiales y, (c) el fomento de alternativas comunitarias con oportunidades de reconocimiento y realización de actividades de ocio no relacionadas con las drogas y aquellas diseñadas específicamente para tratar las necesidades de riesgo (ej., aumento de la baja autoestima, incremento de los logros académicos, desarrollo de habilidades interpersonales, habilidades personales y de aventura física), por ser efectivas con aquellos jóvenes más vulnerables al uso de drogas; d) la interacción grupal como parte esencial del desarrollo de la intervención; e) la implementación del programa por parte de profesionales/consultores de salud mental debidamente entrenados. Así mismo, parece determinante la relación entre las estrategias utilizadas y la edad de la población

a la que se dirigen, en concreto al nivel de desarrollo cognitivo, psicológico, fisiológico y social. De esta manera, mientras que para los chicos de 12 a 14 años, las técnicas dirigidas a la adquisición de habilidades interpersonales y de negación/ resistencia a las presiones sociales hacia el consumo parecen las más efectivas; para los mayores, de 15 a 18 años, han tenido mayor éxito aquellos programas con sesiones más estructuradas y enfocadas exclusivamente hacia la droga.

Esto supone que además de conocer y utilizar de manera genérica las técnicas o estrategias preventivas que se han mostrado más eficaces en el campo de la prevención, es necesario también atender a aquellos factores concretos que determinan el consumo de sustancias, que son específicos para cada población a la que se dirigen y que requieren de intervenciones concretas. Así pues, la aproximación a la prevención dirigida al riesgo supone una alternativa real para llegar a identificar estrategias eficaces de prevención. La implementación y el análisis de estas aproximaciones que se esfuerzan por reducir o mitigar los efectos conocidos de los antecedentes del abuso de drogas por parte de los adolescentes pueden incrementar nuestro conocimiento sobre cuáles de ellos están relacionados causalmente con el abuso de drogas y qué estrategias de prevención se dirigen realmente a estos factores de riesgo. En este sentido, se plantea que un modelo de prevención viable debe incluir la atención simultánea a los factores de riesgo presentes en diferentes dominios sociales y ajustarse a las distintas etapas del desarrollo del adolescente. Además, la investigación sugiere que los esfuerzos preventivos deben dirigirse a las poblaciones de más alto riesgo, es decir, a aquellas que se encuentran expuestas a un largo número de factores de riesgo durante el desarrollo.

Teniendo en cuenta estas últimas consideraciones se han desarrollado programas focalizados en el manejo de determinadas variables de riesgo, obteniendo resultados muy positivos al lograr efectos protectores después de varios años de seguimiento. Este tipo de aproximaciones se ha centrado, entre otros, en la educación en la infancia temprana, la promoción de la competencia social y académica y las estrategias de cambio organizacional escolar. No obstante, no se conocen con certeza todavía los resultados que este tipo de intervenciones pueden tener para chicos que se encuentran en situación de alto riesgo familiar, social o personal y que necesitan de programas adaptados a su idiosincrasia particular.

Otro aspecto importante a considerar en un programa de prevención es la evaluación de resultados que, a pesar del gran número de programas que se han llevado a cabo, se ha realizado en muy pocas ocasiones. Recientemente se han diseñado e implementado programas de prevención (resumidos en el apartado 3.1. de este capítulo) que realizan evaluación de resultados a través de estudios experimentales pero, de nuevo, todos ellos siguen sin tener en cuenta los factores de riesgo y de protección que podrían ser relevantes en la muestra de aplicación del programa y se limitan a aplicar de manera genérica las técnicas que se han mostrado efectivas en la prevención de drogodependencias.

En definitiva, parece necesario desarrollar programas preventivos que realicen una evaluación previa de los factores de riesgo y de protección que están presentes en la población diana y que tenga en cuenta estas variables, llevando a cabo una evaluación posterior de resultados y una evaluación de seguimiento.

En resumen, después de varias décadas de estudios e investigaciones podemos decir que se conocen con bastante exactitud los factores que determinan el consumo de drogas y que se tiene una idea más o menos clara de las estrategias que se deben llevar a cabo en la prevención si queremos conseguir resultados eficaces. No obstante, en la práctica plasmar estos conocimientos teóricos ha resultado ser una tarea ardua y costosa. Aunque los programas de prevención en nuestro país van cada vez más en la dirección de los principios básicos de la prevención establecidos por el NIDA (1997) (tabla 3.1.) y han sido grandes los esfuerzos en los últimos años por realizar programas con mayor rigor metodológico, más estructurados y continuados, todavía nos queda un largo camino por recorrer en el camino de la prevención de las drogodependencias (Becoña, 1999).

Por ello, en la elaboración de futuros programas de prevención deben tenerse en cuenta los puntos fuertes y débiles de las intervenciones preventivas en España en un intento de paliar las deficiencias actuales de los programas que se llevan a cabo en nuestro país (GID, 1996, tabla 3.4.) y de no seguir desarrollando aproximaciones que de forma repetida han mostrado su ineficacia en el campo que nos ocupa.

Tabla 3.4. Puntos fuertes y débiles de las intervenciones preventivas en España.

PUNTOS FUERTES	
1.	La creación y paulatina consolidación de estructuras, de iniciativa pública y de iniciativa privada, dedicadas total o parcialmente a promover y ejecutar actuaciones cuya finalidad es la prevención del abuso de drogas.
2.	Se han promulgado disposiciones legales – tanto por la Administración Central, como por las Comunidades Autónomas – dedicadas a favorecer la reducción de la oferta de sustancias y a controlar su uso.
3.	La prevención de las drogodependencias ha sido integrada en el currículum escolar, en los niveles de enseñanza primaria y secundaria.
4.	De forma similar a lo ocurrido en el ámbito educativo, cabe también destacar el trabajo que se ha realizado en otros sectores con problemáticas específicas. Entre tales sectores se podrían citar el penitenciario o el militar.
5.	Se han diseñado y realizado un gran número de programas, campañas y acciones de todo tipo encaminadas a conseguir una reducción en la demanda de drogas y a prevenir su consumo abusivo.
6.	Numerosos profesionales y voluntarios se han implicado en tareas de prevención y se han formado para esta tarea.
7.	Fruto del ensayo y la reflexión se ha creado un cuerpo de conocimientos teórico-prácticos específicos sobre prevención, que viene avalado por la experiencia acumulada a lo largo de estos años de trabajo e intervenciones.
8.	Como consecuencia de lo anterior, se dispone de una buena base de materiales preventivos, muchos de los cuales han sido positivamente experimentados.
9.	En el diseño y puesta en práctica de los programas se constata una evolución hacia planteamientos más eficaces y funcionales.
10.	Se detectan algunas tendencias positivas en los indicadores de consumo de drogas y de actitudes respecto al fenómeno.
PUNTOS DEBILES	
1.	Una insuficiencia global de recursos y medios.
2.	Inestabilidad del personal-clave.
3.	Discontinuidad en la iniciativas.
4.	Iniciativas basadas en el voluntarismo o en la capacidad de empuje de una sola persona.
5.	Deficiencias de corte metodológico en las intervenciones, que afectan especialmente a su planificación y evaluación final.
6.	Dificultades de coordinación entre las instituciones.
7.	Se constata la existencia, todavía, de dificultades para trasladar los planteamientos de la LOGSE en materia de prevención de drogodependencias a la actuación de profesoras y profesores.
8.	La inexistencia de mecanismos estables para el registro pormenorizado de las actuaciones preventivas.
9.	La persistencia de actuaciones de dudosa eficacia preventiva.
10.	La dificultad para establecer relaciones causa-efecto entre las actuaciones en materia de prevención de drogodependencias y la evolución de los datos de consumo y actitudes ante el fenómeno.

En este sentido, para superar las principales deficiencias de los programas de prevención en España, tanto a nivel práctico como metodológico y en el investigador, desde el Plan Nacional sobre Drogas (Martín, 1997), se plantean diez propuestas de consenso que deberían tenerse en cuenta si queremos llevar a cabo propuestas de prevención más eficaces a corto y largo plazo:

1. *Revisar el significado y alcance de las campañas dirigidas a la población general.* Se propondría diversificar las campañas informativas ampliando el público destinatario que no tiene por qué centrarse exclusivamente en la población general, sino abrirse a campañas con destinatarios definidos y limitados.
2. *Procurar el desarrollo planificado y programado de las acciones preventivas.* Una prevención bien planificada debería responder a necesidades previamente valoradas, dirigirse a poblaciones perfectamente acotadas y definidas, sustentarse en modelos teóricos que estén contrastados y validados, perfilar objetivos realistas y concretos y, lógicamente, ser susceptibles de evaluación.
3. *Promover la aplicación de estrategias globales.* Consecuentemente, aplicar programas multicomponentes, relacionados con los individuos, la familia, la escuela, los medios de comunicación, las organizaciones comunitarias, etc. integrados por múltiples estrategias dirigidas a las distintas causas del consumo de drogas y, específicamente, a los factores de riesgo. También se deben reforzar aquellos factores de protección que impiden el uso inadecuado de las drogas, mediante el fomento de habilidades personales y sociales, aportación de información adecuada a la edad, generación de alternativas al consumo de drogas, etc.
4. *Buscar una mayor exigencia metodológica.* Como punto de partida encontramos la “Ponencia técnica sobre criterios básicos de intervención en los programas de prevención de las drogodependencias” del Plan Nacional sobre Drogas (1996) que incluye: la evaluación de las necesidades, la definición de los objetivos, la explicitación de estas poblaciones destinatarias, la adecuación de las estrategias a los objetivos y a las poblaciones destinatarias, la evaluación de los procesos (cobertura, actividades, recursos humanos, temporalización, recursos materiales y presupuesto) y de los resultados (sensibilización, cambio en los conocimientos, cambio en las actitudes/valores y cambios en los comportamientos/estilos de vida), la catalogación de los programas (en función de los objetivos que persigue, de la población a la que se dirige, de la naturaleza de las estrategias utilizadas; primaria, secundaria y terciaria; específica e inespecífica) y la valoración de los materiales utilizados.

5. *Anticipar las edades de los destinatarios de los programas de prevención y promover la participación de la familia.* Intervenir a edades más tempranas, desde una perspectiva de largo plazo y de un modo más continuado, teniendo en cuenta la etapa evolutiva en la que se encuentra el grupo destinatario y considerando el papel de la escuela y la familia.
6. *Simultanear la prevención secundaria y la reducción de daños.* Cobra sentido incluir actividades de detección y control de las patologías orgánicas y psicológicas asociadas al consumo y otras encaminadas a prevenir el contagio y transmisión de enfermedades. Por tanto, merecen ser tenidos en cuenta como elementos complementarios, tanto los trastornos físicos, psicológicos y sociales producidos por el tipo de sustancia consumida como el modo de consumirla.
7. *Priorizar las poblaciones de alto riesgo.* De esta manera, cuanto mayor sea el riesgo soportado por un grupo o colectivo, más temprano e intensivo debe ser el tipo de intervención propuesta. Además, se debería adaptar la intervención a los factores de riesgo específicos del grupo sobre el que vayamos a intervenir.
8. *Propiciar la intervención comunitaria.* En el sentido de trabajar, más que “para” la comunidad, “con” la comunidad participando, así, activamente los mediadores sociales en representación formal de la comunidad.
9. *Incrementar la transferencia de metodología y difundir las mejores prácticas.* Es preciso compartir experiencias, metodologías y evaluaciones con una actitud abierta y colaboradora.
10. *Acometer con decisión la investigación preventiva.* Es decir, no actuar por actuar, sino llevar a cabo intervenciones planificadas, con mayor rigor metodológico y permanentemente evaluadas.

Segunda Parte
INVESTIGACIÓN EMPÍRICA

PLANTEAMIENTO GENERAL

INTRODUCCIÓN

A lo largo del capítulo anterior se planteaba cómo las estrategias preventivas actuales, si bien algunas de ellas están basadas en supuestos teóricos válidos, no han resultado tan efectivas como se habría deseado. También hemos visto como las aproximaciones basadas en los factores de riesgo y de protección resultan alternativas recomendables frente a los enfoques tradicionales que sólo tenían en cuenta aspectos aislados del consumo de drogas. A pesar de ello, el estudio realizado nos permite concluir que actualmente no existe ningún programa de prevención en España que se diseñe y elabore teniendo en cuenta no solo postulados teóricos sino datos empíricos que señalen las variables específicas que son significativas para la muestra en la que se pretende aplicar el programa. Además, aquellas intervenciones que se plantean dentro del enfoque de los factores de riesgo se han implementado de forma aislada, sin continuidad en el tiempo y sin llevar a cabo una evaluación a largo plazo de su efectividad.

Este es el punto de partida del presente trabajo de investigación cuyo objetivo final consiste en la presentación de un programa escolar de prevención de drogodependencias, específico y adaptado a la población a la que se dirige, los adolescentes de Mahadahonda en la Comunidad de Madrid. El programa se plantea como la vía de actuación preventiva más eficaz, al estar basada no sólo en resultados teóricos sino empíricos.

Los objetivos generales que se persiguen en esta segunda parte de investigación empírica son los siguientes:

(a) conocer la situación real del consumo de sustancias en una muestra representativa de adolescentes del Municipio de Majadahonda perteneciente a la

Comunidad de Madrid con edades comprendidas entre los 14 y los 18 años, considerando el uso de drogas legales, ilegales y médicas (fármacos que pueden ser utilizados sin prescripción médica expresa.

(b) determinar aquellas variables tanto psicológicas como de socialización que puedan ser predictoras del inicio en el consumo en nuestro grupo de estudio.

(c) presentar el diseño y elaboración de un programa de prevención escolar adaptado a la población diana, en este caso los adolescentes del municipio de Mahadahonda,

Para la consecución de los objetivos propuestos, la investigación empírica realizada previamente a la elaboración del programa escolar, se ha desarrollado a través de dos estudios diferenciados pero necesariamente complementarios. Como punto de partida, se presenta, en primer lugar, el primero de los capítulos del presente trabajo en el que se exponen los objetivos generales de investigación junto con el método utilizado para la selección de la muestra de estudio, la formación del equipo de campo, la presentación del instrumento de evaluación y, finalmente, el procedimiento a través del cual se desarrolló la propuesta del estudio en su totalidad. A partir de aquí, se presentan los estudios específicos realizados.

Si queremos ajustar a las necesidades del momento el plan preventivo que vamos elaborar, es necesario conocer de forma precisa en qué situación se encuentra el consumo de drogas en la población de estudio. A la hora de elegir las sustancias psicoactivas que se van a incluir en los análisis, debemos considerar aquellas que han resultado relevantes en los estudios previos realizados en el área por entidades nacionales y locales de reconocido prestigio, o bien por estudios que, al haber utilizado la misma metodología que nosotros, bien nos pueden servir como marco de referencia.

Del análisis de los datos recogidos por distintos estudios representativos desde comienzos de la década con población adolescente (Mendoza y Sagrera, 1991; Comunidad de Madrid, 1992, 1995, 1996, 1997, 1998, 1999; Comas, 1994; Mendoza, Sagrera y Batista, 1994; PNSD, 1994, 1996, 1998), se observa la importante consolidación de un patrón estable de consumo de alcohol y tabaco así como un aumento considerable del consumo de drogas de comercio ilegal como la cocaína, los alucinógenos, las anfetaminas o las drogas de síntesis, prácticamente desconocidas hace pocos años que parece indicar un considerable

aumento no sólo del uso abusivo de una sustancia adictiva sino de varias a la vez.

Con respecto al alcohol, esta situación se agrava si consideramos que el porcentaje de consumidores habituales se ha duplicado con respecto a los primeros años de la década de los 90, indicando un 43.9% que beben con una frecuencia semanal (PNSD, 1998) y que, en la mayoría de los casos, este consumo supone la consolidación de un patrón de uso frecuente de ésta y otras sustancias en la edad adulta. En este mismo sentido, también se vienen observando en los últimos años notables diferencias en el patrón de consumo que realizan nuestros jóvenes con respecto al patrón mediterráneo tradicional caracterizado por el consumo de vino y por una menor frecuencia de episodios de embriaguez. Así pues, se observa que la cantidad consumida por los jóvenes bebedores es considerablemente mayor, centrándose en el consumo de combinados (51.1%) y de cerveza (39.9%) (PNSD, 1998), aumentando el número de adolescentes que ingieren grandes cantidades de alcohol sobre todo los fines de semana y fuera del ámbito familiar. A pesar de los altos porcentajes de consumo que demuestran las últimas encuestas, es significativo el hecho de que sólo el 12.8% perciba que su consumo es excesivo, lo que hace necesario también intervenir en estas creencias erróneas cuando se elaboran programas de prevención. Esta situación toma especial relevancia si tenemos en cuenta la alta proporción de consumidores que afirman tener problemas (ej., conflictos sociales, peleas) como consecuencia del consumo.

El tabaco es otra de las sustancias adictivas que consumen mayoritariamente los jóvenes entre los 14 y los 18 años. Es importante señalar que actualmente, a diferencia de otras drogas, existe la tendencia en las mujeres a presentar prevalencias mayores, pero son los hombres los que realizan un consumo más intenso. Dicha tendencia supone un cambio importante respecto al patrón de consumo de los años 80 en los que éste era mayor en el sexo masculino. Si bien los últimos estudios nacionales muestran una reducción de la prevalencia de consumo, éste sigue resultando elevado si tenemos en cuenta la edad que estamos considerando (34.7% han fumado alguna vez, PNSD, 1998).

En cuanto al consumo de drogas ilegales, el cannabis ocupa un lugar prioritario dentro del consumo de los adolescentes de nuestro país, siendo de las más consumidas después del tabaco y el alcohol. El uso de esta sustancia ha experimentado un gran aumento en los últimos años, pasando de ser consumida por un 4% en los años 90 a serlo por un

17.2% en 1998. Además, los estudios confirman un aumento importante del consumo de psicoestimulantes como la cocaína, los tranquilizantes, los alucinógenos y las anfetaminas y sus derivados y el surgimiento de sustancias psicoactivas desconocidas al principio de la década de los 90, como es el caso de las drogas sintéticas. Es ésta una situación especialmente alarmante si se considera que gran parte de los consumidores de estas sustancias, además de consumir varias a la vez, reconocen experimentar como consecuencia de su uso importantes problemas como conflictos sociales y familiares y absentismo escolar.

En el caso de la Comunidad de Madrid las prevalencias se elevan por encima de la media en el consumo de alcohol y tabaco y siguen la tendencia general en el uso de cannabis, cocaína, drogas sintéticas y alucinógenos y son inferiores a la media en el consumo de tranquilizantes y anfetaminas.

Teniendo en cuenta los datos obtenidos en estos estudios nacionales y locales, el primero de los estudios realizados se centrará en el análisis de las prevalencias de consumo de drogas tanto legales (entre las que se incluyen el alcohol en sus diversas formas y el tabaco) como las ilegales y médicas (el cannabis, los fármacos antiinflamatorios y tranquilizantes, los derivados morfínicos, los alucinógenos, los inhalantes, las anfetaminas, la cocaína, la heroína y las drogas de síntesis), considerando diversos parámetros de análisis. Asimismo, para el grupo de jóvenes que mantienen un consumo más habitual (aquellos que afirman utilizar cualquiera de las sustancias en el mes previo a la realización de la encuesta) se realiza un estudio detallado del mismo a través de variables demográficas como la edad y el sexo de los sujetos, la edad de inicio y la distribución temporal del uso de cada una de las sustancias y, especialmente, el patrón de continuidad en el mismo. También dentro de este primer análisis, se expone un estudio descriptivo de las características de los adolescentes de nuestra muestra relacionadas con rasgos violentos o con el tipo de conductas violentas que ejercen, vinculando posteriormente su importancia en el consumo de drogas.

El consumo de drogas, en la actualidad, es entendido como un fenómeno de múltiples causas y determinantes. En este sentido, son muchas las variables que se han asociado repetidamente al consumo de drogas adolescente señalando el papel que éstas

podían ocupar como importantes factores de riesgo. La necesidad de elaborar programas eficaces de intervención y prevención en este campo ha subrayado la importancia de enmarcar la conducta a la que se dirigen. Así pues, desde hace años, se sostiene la idea de que para poder conseguir resultados positivos que logren mantenerse a corto, medio y largo plazo, es necesario atender no sólo a aquellas variables que mantienen y consolidan el consumo sino a aquellos factores precursores del inicio del mismo, aquellos predictores fiables de la conducta adictiva.

Tal es el propósito de la investigación centrada en el estudio de los factores de riesgo/protección en la población adolescente, que no sólo pretende detectar aquellas características tanto individuales como ambientales que incrementan el riesgo de consumir drogas en determinados jóvenes sino también determinar aquellas otras que pueden llegar a reducir o atenuar la probabilidad de iniciarse en este tipo de conductas y que exhiben determinados grupos de adolescentes inmersos en esta misma problemática social y personal. Esta aproximación focalizada en los factores de riesgo requiere, en primer lugar, la identificación de aquellos a los que las intervenciones, especialmente de carácter preventivo, deben atender de forma prioritaria. A pesar de los esfuerzos realizados, hasta el momento, no se cuenta con toda la información necesaria para seleccionar las variables de mayor peso a la hora de predecir el uso de drogas. No obstante, es posible hablar de determinados rasgos o características que podrían definir, de forma genérica, a aquellos sujetos en situación de alto riesgo y que podrían posibilitar la elaboración de un perfil típico que pudiera ayudar a señalar los aspectos a los que deben dirigirse los esfuerzos preventivos entre los que podrían considerarse:

(a) Posible influencia diferencial de variables biológico-evolutivas como la edad o el sexo. En relación con la edad, los resultados de diversos estudios informan que el inicio a una edad temprana del uso de una droga predice un consumo posterior mayor y más persistente de ésta, el desarrollo de conductas antisociales y de otras sustancias más peligrosas (Basabe y Páez, 1992; Elzo, 1992; Kandel y Jamaguchi, 1993; Amengual, Calafat y Palmer, 1993; Anthony y Petronis, 1995; Sánchez y Berjano, 1995; Fergusson y Horwood, 1997; Mirón y cols., 1997). Referente a la variable sexo los estudios plantean que no existe una influencia determinante de esta variable sobre el consumo (Barnes, Welte y Dintcheff, 1992; Farrel, Danish y Howard, 1992; Ohaeri y Odejide, 1993; Ruiz, Lozano y

Polaino, 1994; Pons y Gil, 1998; Pons y Berjano, 1999). Atendiendo a las actitudes de los jóvenes hacia las drogas, otros autores (Ortega y Mínguez, 1990; Ortega, Mínguez y Pagán, 1992) encuentran que, de forma genérica, los varones parecen mostrarse mucho más favorables hacia el consumo que las mujeres. Por otro lado, en general, se han encontrado diferencias significativas, tanto en el tipo como en la cantidad de sustancia consumida, dependiendo de la aceptación social de las mismas, las expectativas, las actitudes, los valores y las motivaciones hacia el consumo (Pons y Gil, 1998; Muñoz-Rivas, Peña, Andreu y Graña, 1999).

(b) Un bajo nivel de satisfacción personal previo al inicio del consumo, la presencia de estados afectivos negativos, una alta frecuencia de trastornos del estado de ánimo y altos niveles de ansiedad (Newcomb y Bentler, 1988; Stowell y Estroff, 1992; Ruíz y cols., 1994).

(c) La presencia en la infancia o la adolescencia de rasgos de personalidad tales como la agresividad, el aislamiento social, la impulsividad, la introversión y la desadaptación social, una baja resistencia a la frustración y búsqueda constante de emociones, satisfacciones y aventuras (Kellan, Brown, Rubin y Ensminger, 1983, Zuckerman, 1987, Brook, Whiteman, Gordon y Cohen, 1989; Del Barrio y Alonso, 1994; Luengo, Otero-López, Romero y Gómez, 1996; Abu-Shams y cols., 1998; Sáiz y cols., 1999).

(d) La presencia en la infancia de problemas de conducta agresivas y de carácter antisocial y trastornos como la hiperactividad o desórdenes por déficit de atención (Robins, 1978; Kandel, 1982; Brook y cols., 1990; Brook y cols., 1996; Martínez y cols., 1996; Orejudo, Miguélez y Arévalo, 1997; Younoszai y cols., 1999; Graña y Muñoz-Rivas, 2000), sobre todo si estos persisten en la adolescencia, así como conductas violentas o delictivas de los adolescentes (Hansen, 1992; Elliot y cols., 1985; Harstone y Harsen, 1984; Johnson y cols., 1985).

(e) Actitudes favorables o permisivas hacia las drogas (Jessor y Jessor, 1977; Orejudo, Miguélez y arévalo, 1997; Gómez- Durán, González y García, 1998; Pons y Berjano, 1999; Amigó y Seshadri, 1999. En concreto, parecen influir aquellas que infravaloran el riesgo para la salud (Johnston, O'Malley y Bachman, 1996; Younoszai y cols., 1999); las referentes a la idea de que las drogas no generan dependencia (Ortega, Mínguez y Pagán, 1992); aquellas que se refieren a que el consumo no perjudica la práctica del deporte ni el rendimiento académico (Escámez y García, 1990; Ortega y cols., 1992), y,

aquellas que tienen que ver con percibir mayor control sobre el consumo del que realmente se tiene (López y cols., 1998; Amigó y Seshadri, 1999).

(f) La asociación con compañeros consumidores de drogas y el mantener una fuerte implicación emocional con respecto al grupo de iguales (Jessor y Jessor, 1977; Newcomb y Bentler, 1986; Otero y cols., 1989; Brook y cols., 1990; Kandel, Davies y Baydar, 1990; Fergusson y cols., 1995; Jenkins, 1996; Pons y cols., 1996; Chassin, Curran, Hussong y Colder, 1996; Graña y Muñoz-Rivas, 2000b).

(g) La identificación con grupos no convencionales (Dishion y Loeber, 1985; Elliot, Huinzinga y Ageton, 1985; White, Pandina y La Grande, 1987; Otero, Mirón y Luengo, 1989; Mirón y cols., 1997).

(h) El fracaso escolar, una pobre ejecución escolar o el abandono temprano de la escolaridad (Mensch y Kandel, 1988; Kandel y Davies 1991; Farrell, Danish y Howard, 1992; Recio y cols., 1992; Schulenberg y cols., 1994; Thornberry y cols., 1995; O'Donnell, Hawkins y Abbott, 1995; Hops, Davis y Lewin, 1999).

(i) Poco o nulo compromiso con la escuela (Smith y Fogg, 1978; Friedman, 1983; Gottfredson y Hoper, 1996) y poca satisfacción con los profesores (Canals y cols, 1998; Muñoz-Rivas y cols, 2000). Por otro lado, es importante señalar que hay estudios que demuestran que los valores escolares son un potente factor de protección para el consumo (Younoszai y cols, 1999).

Estas variables que han resultado significativas para el uso de sustancias psicoactivas en la población adolescente, sirven de base para el segundo estudio de esta investigación que pretende, desde el marco del análisis de los factores de riesgo, profundizar en la problemática del consumo de drogas en nuestra muestra, a través del estudio de aquellos factores más directamente implicados en el inicio del uso de sustancias adictivas (factores de riesgo, que se intentarán reducir) y de aquellos factores que protegen al individuo del consumo (factores de protección, que se intentarán potenciar). Por ello, se analiza la influencia de factores de tipo individual (psicológicos o de personalidad) y otros denominados de socialización entre los que se incluyen, los relacionados con la influencia del grupo de iguales (tipo de actividades realizadas en grupo, asociación con compañeros consumidores), escolares (nivel de estudios, resultados académicos, relación con la escuela) y aquellos vinculados a la realización de conductas violentas tanto individuales como en grupo por parte de los adolescentes (participar en peleas, ejercer violencia o abuso físico o

sexual contra alguien, destruir mobiliario urbano). Finalmente, a modo de conclusión, se presentan los modelos de predicción del consumo y la abstinencia resultantes estimados para cada uno de los grupos de sustancias más consumidas por los jóvenes evaluados.

Dichos modelos de predicción son el punto de partida para la planificación del programa escolar que se presenta en tercer lugar y que constituye la parte más importante y el fin último de la presente tesis doctoral. Ya que el programa se ajusta a la problemática específica de la población a la que se dirige, al tener en cuenta, tanto los patrones de consumo como las variables predictoras específicos a nuestra muestra de estudio, se estima que este será un programa válido y efectivo para la prevención del uso de drogas en la población adolescente del Municipio de Majadahonda de la Comunidad de Madrid.

La elaboración de este programa escolar, además, se justifica y adquiere su importancia por las graves consecuencias tanto sociales como personales que conlleva el consumo de drogas en la población adolescente y por los altos niveles de consumo encontrados en nuestra muestra de estudio. Se ha elegido el medio escolar para su aplicación ya que, como indica el NIDA (1997), la escuela ofrece la oportunidad de llegar a todos los individuos y también sirve como importante escenario para subpoblaciones específicas en riesgo de abuso de drogas. Otro aspecto clave del programa es su metodología de participación activa, así como la inclusión de técnicas cognitivo-conductuales que han mostrado su eficacia en la prevención del uso de drogas adolescentes.

MÉTODO

1. MUESTREO

1.1. Selección de los centros escolares

Para el presente estudio se ha contado con la participación de un total de 6 centros de enseñanza pertenecientes al Municipio de Majadahonda:

- Instituto de Bachillerato Carlos Bousoño
- Instituto de Bachillerato Leonardo da Vinci
- Instituto de Bachillerato Margarita Salas
- Instituto de Bachillerato María de Zayas
- Colegio Sagrado Corazón
- Colegio San Luis Gonzaga

1.2. Selección de la muestra

Dentro de cada uno de los centros de enseñanza públicos y privados seleccionados, el muestreo se realizó tomando el aula como unidad muestral, hasta completar una muestra representativa de sujetos en función tanto de su curso escolar correspondiente, como de su edad y sexo, respectivamente.

De esta forma, se obtuvo una muestra total de 2003 adolescentes de ambos sexos (49,9% mujeres y 50,1% hombres) con edades comprendidas entre los 13 y los 21 años (véanse Figura 1 y tabla 1).

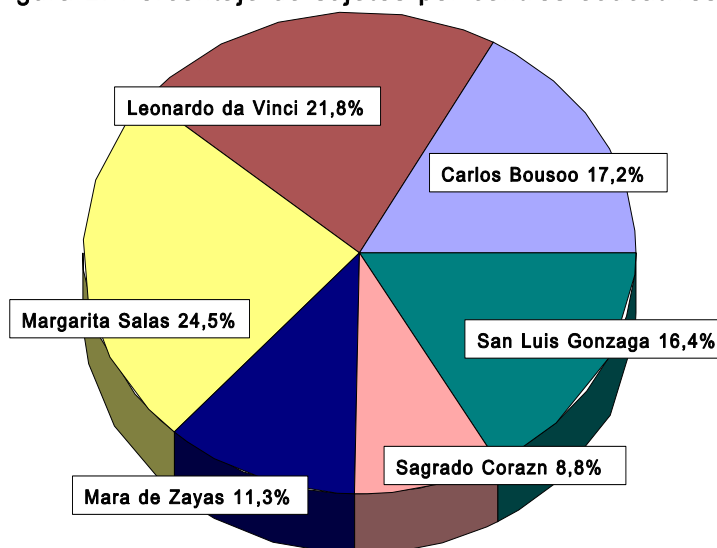
Tabla 1. Porcentaje de sujetos de la muestra total en función de la edad

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	13	15	0,7	0,8	0,8
	14	335	16,7	17,0	17,7
	15	465	23,2	23,5	41,3
	16	491	24,5	24,9	66,1
	17	400	20,0	20,3	86,4
	18	196	9,8	9,9	96,3
	19	53	2,6	2,7	99,0
	20	14	,7	,7	99,7
	21	6	,3	,3	100,0
	Total	1975	98,6	100,0	
Perdidos	Sistema	28	1,4		

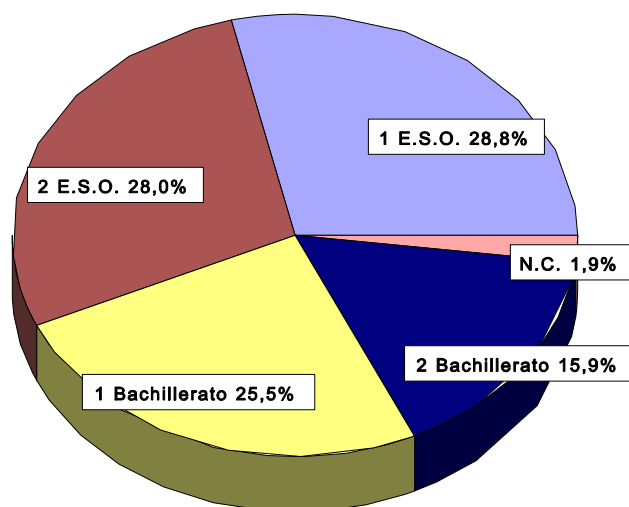
Total	2003	100,0
--------------	------	-------

Atendiendo a los distintos colegios, en la Figura 2 se presenta la distribución del total de los sujetos participantes en el estudio en función de su procedencia según los centros de estudio colaboradores.

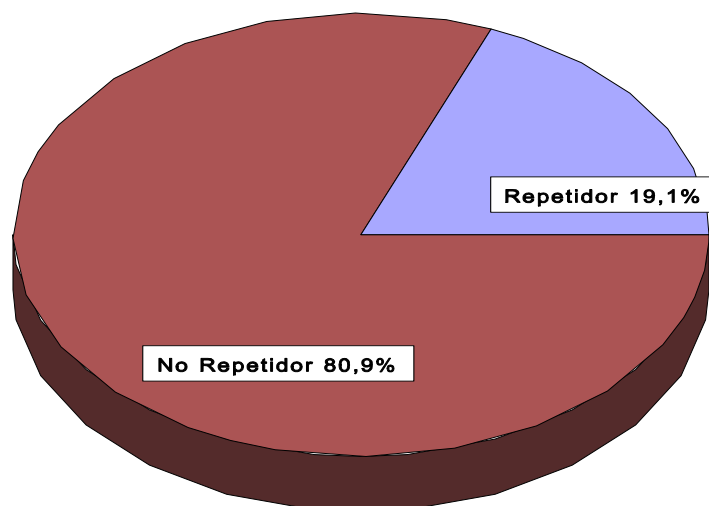
Figura 2. Porcentaje de sujetos por centros educativos



En función del tipo de estudios (Figura 3), más de la mitad de la muestra total cursa la Enseñanza Secundaria Obligatoria mientras que prácticamente el 40% de los sujetos lleva a cabo sus estudios de Bachillerato.

Figura 3. Porcentaje de sujetos pos tipo de estudios

Del total de jóvenes participantes, prácticamente el 81% de la muestra son alumnos no repetidores mientras que el 19% repiten el curso por segunda vez (Figura 4).

Figura 4. Porcentaje de sujetos repetidores

2. FORMACIÓN DEL EQUIPO DE CAMPO

Dentro del planteamiento previo al desarrollo de la investigación, se realizó la selección de aquellas personas que colaborarían en la organización de las evaluaciones

dentro de cada uno de los centros educativos y en la implementación del instrumento de evaluación en las aulas. Para estos fines, se contó inicialmente con la participación voluntaria de doce psicólogos pertenecientes al tercer ciclo de la especialidad de Psicología Clínica de la Facultad de Psicología de la UCM. Todos ellos fueron entrevistados de forma individual con el objetivo de escoger los más adecuados en función de los siguientes criterios:

- Su interés inicial en la problemática juvenil con respecto al uso de sustancias adictivas.
- La participación anterior en el desarrollo de estudios similares de carácter grupal.
- La práctica en el trato con adolescentes o el interés en centrarse en este área de trabajo.
- Las habilidades de comunicación y manejo de grupos.
- La compatibilidad de horarios y disponibilidad con respecto al calendario escolar.

Finalizado este primer proceso de selección, se contó con un total de diez psicólogos colaboradores que pasaron a ser entrenados para lograr una capacitación homogénea de todas y cada una de las personas integrantes del equipo de campo. Para su formación se dedicaron un total de seis sesiones en las que, en primer lugar, se ofreció a los colaboradores todos los datos referentes a la fundamentación teórica y a los objetivos generales de investigación con el fin de que conocieran los principios básicos sobre los que se asentaba el estudio y el marco en el que se había creado el instrumento de evaluación que iban a manejar. En segundo lugar, se les explicó pormenorizadamente cada una de las partes de la encuesta y cada una de las escalas integrantes del cuestionario con el fin de que se familiarizaran con el instrumento y lo manejaran en su totalidad, resolviendo las dudas pertinentes. Así pues, todos ellos recibieron la misma preparación tanto en cuanto al dominio del cuestionario empleado (ej., significado de términos, posibilidades de respuesta), como en cuanto a la forma y contenido a la hora de responder a las posibles dudas de los alumnos. En tercer lugar, se propusieron las normas que debían seguir a la hora de la aplicación del instrumento en las aulas. En este sentido, tenían la instrucción de resolver exclusivamente aquellos problemas relacionados con la no comprensión del formato de la encuesta, pero nunca ofrecer información adicional referente a cualquiera de los ítems. Además, recibieron la indicación de señalar todo aquel cuestionario del que dudaran no haber sido cumplimentado con seriedad o pudiera estar contaminado al tratarse

de una prueba colectiva.

3. ELABORACIÓN DEL INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN

Teniendo en cuenta los criterios generales de la investigación, se creó un instrumento de evaluación que se adecuase a los objetivos perseguidos. La idea fundamental era proponer un formato que pudiera incluir cuestiones referidas tanto al consumo de sustancias como al análisis de la presencia de determinados factores psicológicos, familiares, escolares y violentos que, según la literatura, pueden explicar el inicio en el mismo, lo que señalaba la necesidad de incluir escalas de evaluación psicológica que no habían sido consideradas por instrumentos similares. Así pues, en primer lugar, se realizó una revisión de las encuestas o cuestionarios más relevantes empleados en nuestro país para el análisis de éstos u otros factores ligados al uso/abuso de drogas, con el objetivo de adecuar el instrumento de evaluación y facilitar el posible contraste de los resultados que se obtuviesen. En segundo lugar, era necesario considerar tanto la población de referencia como la amplitud del instrumento (iba a incluir un número importante de variables), por lo que se buscó una forma de presentarlo lo más amena posible, intentando intercalar distintos formatos de presentación.

Consideradas todas las observaciones señaladas, se decidió analizar el consumo de drogas denominadas de comercio legal como el tabaco y el alcohol (a pesar de que en la población de estudio y hasta los 16 años, la venta de este tipo de sustancias se considera ilegal) y otras llamadas de comercio ilegal entre las que se incluyeron el cannabis, la cocaína, la heroína, las drogas de síntesis, los alucinógenos, los inhalantes, las anfetaminas y un grupo de drogas médicas, los fármacos tranquilizantes (denominadas así por su alto poder adictivo y por necesitar de prescripción médica para su obtención). Así pues, se elaboró un primer borrador en el que se propusieron, por una parte, sesenta y nueve ítems referentes al consumo de drogas en los que se consideraron parámetros como, por ejemplo, la frecuencia e intensidad del consumo y el tipo de sustancia consumida y, por otra, un total de cinco escalas adaptadas a la población adolescente en las que se evaluaban factores de carácter psicológico.

En ese momento, se sometió el instrumento al juicio tanto de expertos en

metodología de investigación sobre conductas adictivas como de profesionales cercanos a la población diana como directores de los departamentos de orientación de los centros escolares o tutores de los cursos que iban a ser evaluados para que valoraran su estructura y adecuación. Como resultado, en cuanto a la tipología de las sustancias de análisis, se realizaron diversos ajustes. En primer lugar, por indicación de los tutores y profesionales cercanos a la población de estudio, en el caso de la heroína, se decidió ampliar el campo de estudio incorporando a este grupo otras sustancias de la misma familia que no habían sido consideradas por otros trabajos de la misma área, con el objetivo de completar el conocimiento sobre el uso de derivados que bien podían estar más cercanos a la población diana. Así pues, además de la heroína se consideraron también el uso de otra serie de fármacos con una composición derivada de la codeína o la morfina de posible uso común por su poder analgésico. En segundo lugar, se propuso ampliar también el análisis del grupo de drogas ilegales, incorporando un nuevo grupo compuesto por fármacos antiinflamatorios que podían también ser de los más utilizados por la población de jóvenes adolescentes al ser indicados para el tratamiento de dolencias típicas de esta edad provocados por el deporte o la actividad física. En definitiva, se analizaron las siguientes drogas de comercio legal e ilegal: tabaco, alcohol, cannabis, fármacos antiinflamatorios, tranquilizantes, derivados morfínicos, alucinógenos, inhalantes, cocaína, heroína y drogas de síntesis.

Asimismo, con respecto al formato del instrumento, se desestimaron un total de ocho ítems por ser repetitivos o englobar expresiones inadecuadas o confusas. El resultado final fue un cuestionario que incluyó una primera parte presentada en forma de encuesta y, una segunda parte, en la que se presentaban un total de cinco escalas de evaluación psicológica (ver Anexo I). Además, en la primera página se incluyeron distintos datos que facilitarían su posterior codificación (un nombre ficticio, una letra y un número) y aquellos referidos a la edad, el sexo y el curso de los sujetos, especificando si se era o no repetidor.

Las características y objetivos perseguidos con cada uno de los apartados se presentan a continuación:

A) Encuesta

Esta primera parte consta de un total de 61 ítems. Dentro de este tipo de formato se incluyó la evaluación de las siguientes variables:

- 1) Variables relacionadas con el consumo de drogas (Ítems 1-4). Se evalúa el consumo de distintas drogas a través de diversos parámetros temporales como el uso de cada una de ellas alguna vez en la vida, en los últimos seis meses o en los últimos treinta días, donde el sujeto debe contestar afirmativa o negativamente y, en el caso de utilizarlas con asiduidad, indicar la frecuencia con que lo hace. Además, debe anotar la edad en la que comenzó el consumo en el caso de haber probado cualquiera de las sustancias indicadas. En el caso del alcohol y del tabaco, por ser las sustancias de uso más común, se diferencia el uso diario del de fin de semana, registrándose la cantidad que los sujetos consumen en uno u otro caso. Se completa esta información con los tres últimos ítems de esta parte que hacen referencia a distintos parámetros indirectos del consumo como son los motivos que llevan al uso de drogas, el canal de información que los sujetos poseen sobre las drogas y el dinero semanal invertido en el consumo de las mismas.
- 2) Variables psicológicas y de socialización (Ítems 5-61). En este caso, la mayor parte de los ítems tienen un formato de pregunta con 3,5 o más alternativas de respuesta en los que el sujeto debe marcar aquella que se adecue más a su caso. Existen algunos casos, como el de los ítems 13, 14, 15, 16 ó 27 en los que las posibilidades de respuesta han sido presentadas en tablas para poder recoger una mayor información y simplificar la contestación a los mismos. A través de esta segunda parte de la encuesta, se exploran distintas áreas: (a) la psicológica, en la que se consideran aspectos como la existencia de problemas de conducta que pueden señalar una personalidad de tipo antisocial (este tipo de sintomatología queda completada con la recogida de forma más específica a través de las escalas que se incluyen al final de la prueba); (b) la familiar, en la que se evalúan los relacionados con el vínculo afectivo paterno-filial, la comunicación familiar o las actitudes de la familia hacia el consumo de drogas; (c) la interpersonal, en la que se consideran aquellos factores relacionados con la influencia del grupo de iguales como la identificación con grupos desviados o la asociación con compañeros que consumen, (d) los relacionados con el

ambiente escolar como el fracaso académico o el tipo de enseñanza y, (e) la asociada a las conductas violentas de los jóvenes.

B) Escalas

En esta última parte se incluyeron una serie de escalas de evaluación validadas y adaptadas para la población adolescente, que recogen información sobre aquellas variables de carácter psicológico que tienen en la literatura un peso específico en el inicio del consumo de drogas. A continuación, se exponen las características más relevantes de cada una de las escalas incluidas en el presente instrumento de evaluación:

* El *Cuestionario de Evaluación del Autoconcepto (AC)* (Martorell, Aloy, Gómez y Silva, 1993). Consta de 38 ítems con cuatro alternativas de respuesta comprendidas entre las categorías "nunca" y "siempre" (de 1 a 4 puntos). Para facilitar las respuestas, junto a cada uno de los ítems figura una casilla que se corresponde con las distintas alternativas de respuesta donde el sujeto sólo debe señalar con un aspa la alternativa elegida.

El cuestionario ofrece tres puntuaciones que corresponden a tres subescalas y una puntuación total que es la suma de las obtenidas en las anteriores. Las tres subescalas son:

(a) Autoconcepto Negativo. Está formada por un total de 18 ítems y su contenido refleja lo que se ha denominado hipersensibilidad negativa o autodepreciación.

(b) Autoconcepto Positivo. Consta de 15 ítems en los que se consideran aspectos relacionados con la importancia que uno se da a sí mismo en relación con los demás.

(c) Autoconcepto-Autoestima. Consta de 8 ítems cuyo contenido hace referencia a la percepción que el individuo tiene sobre su propia forma de hacer, es decir, "lo que él piensa que los demás piensan de él".

En el estudio de la fiabilidad del instrumento se tuvo en cuenta, en primer lugar, la consistencia interna a través del coeficiente alfa de Cronbach, siendo los valores obtenidos de .88 para la escala de Autoconcepto Negativo, de .88 para la de Autoconcepto Positivo y, por último, de .85 para la escala de Autoconcepto-Autoestima. En segundo lugar, se consideró la estabilidad temporal alcanzando un valor medio de .75.

* La *Escala de conducta antisocial (ASB)* (Silva, Martorell y Clemente, 1986). Versión adaptada de la escala ASB desarrollada por Allsop y Feldman (1976). Consta de un total de 46 ítems y tiene por objetivo detectar aquellas conductas desviadas de las normas de comportamiento social típicas de la edad así como algunas conductas predelictivas en niños y adolescentes. Todos los ítems hacen referencia a conductas autoobservables en las que el sujeto no debe hacer ninguna inferencia relacionada con su estado interno. Para cada uno de ellos, la alternativa de respuesta es SI o NO. El sujeto debe responder marcando con un aspa sobre la respuesta que mejor se adecue a su caso. La escala ofrece una puntuación total que supone la suma de todas las respuestas afirmativas, otorgándoles el valor 1 a cada una de ellas.

Para el estudio de la fiabilidad del instrumento, se tuvo en cuenta tanto la consistencia interna del mismo aplicando el coeficiente alfa de Cronbach, obteniéndose un índice de .92, como la estabilidad temporal, que ofreció un índice de .67 para un intervalo temporal de 4 meses y de .62 para el de un año.

* La *Escala de evaluación de la depresión (EED)* (Del Barrio y Silva, 1993). Es una escala de autoinforme aplicable entre los 10 y los 18 años con el objetivo de detectar distintos niveles de depresión en la población infantil y juvenil y la evaluación del proceso de evolución de los sujetos sometidos a tratamiento. Consta de 39 ítems referentes tanto a sentimientos y actos relacionados con el optimismo y la felicidad como a sentimientos y conductas de tipo negativo. La ponderación de los ítems está graduada de cero a tres en función de la frecuencia de aparición del sentimiento o la conducta descritos en el ítem. Para su corrección se utilizan tres plantillas sobre el mismo protocolo que ofrecen puntuaciones para tres subescalas:

(a) Escala "Depresión". Está compuesta por 24 ítems en los que la frecuencia de "nunca" se valora con 0 y la de "casi siempre" con 3. Una puntuación alta en esta escala indica que el sujeto está en una situación emocional caracterizada por aquellos elementos que constituyen el constructo depresión como la tristeza, el desanimo, la baja autoestima, la dificultad para el disfrute y el cansancio.

(b) Escala "Felicidad". Compuesta por 14 ítems que recogen las conductas positivas ponderadas de forma directa donde el valor 0 corresponde a la frecuencia "nunca" y la ponderación 3 a la frecuencia "casi siempre". Una puntuación alta en esta escala indica que

el sujeto está en una situación emocional caracterizada por sentirse pletórico, satisfecho de sí mismo, querido por los otros y alegre.

(c) Escala "Total". Recoge la suma de las puntuaciones directas e inversas del total de los ítems de la prueba. Una puntuación alta en esta escala es el resultado de la combinación del peso de los factores depresión y felicidad, interaccionando en la dirección de la sintomatología depresiva. El punto de corte que permite suponer la existencia de depresión en un sujeto corresponde a la puntuación 52 (centil 95), que se aproxima también a la prevalencia estimada de la depresión en la población infantil.

Para el estudio de la fiabilidad de la escala se aplicó el coeficiente alfa de Cronbach a cada uno de los factores y a la puntuación total de la escala. Como resultado, se obtuvo un índice de .89 para la escala "Total" y valores de .88 y .78 para las escalas "Depresión" y "Felicidad", respectivamente.

* *La Escala de Búsqueda de Sensaciones para niños y adolescentes (EBS-J)*(Pérez, Ortet, Plá y Simó, 1987). Esta escala consta de un total de 50 ítems para la medida del rasgo de personalidad denominado "búsqueda de sensaciones" en niños y adolescentes de 11 a 15 años. Consta de cinco subescalas con 10 ítems cada una que definen distintos parámetros del rasgo general estudiado. La fiabilidad de las escalas se calculó para ambos sexos con el coeficiente alfa de Cronbach, obteniéndose los siguientes índices: (a) Búsqueda de emociones (.81 para los chicos y .84 para las chicas); (b) Búsqueda de excitación (.65 para los varones y .55 para las mujeres); (c) Desinhibición (.76 y .73 respectivamente); (d) Susceptibilidad al aburrimiento (.61 para los chicos y .66 para las chicas) y, (e) Sinceridad (.84 y .83 respectivamente).

* *La Escala de Impulsividad, Afán de Aventura y Empatía (IVE-J)*(Martorell y Silva, 1991). Versión adaptada del IVE-J (*Impulsiveness, Venturesomeness y Emphaty*) de Eysenck, Easting y Pearson (1984), que recoge diferentes aspectos de personalidad, profundizando en algunas de las dimensiones más básicas de la misma. Consta de un total de 77 ítems para los que las alternativas de respuesta son en todos los casos: SI y NO, y en los que el sujeto debe marcar con un aspa aquella que mejor le identifique. La escala se compone de tres subescalas que poseen un total de 23 ítems cada una. Son las siguientes:

(a) Escala "Impulsividad". Evalúa el constructo impulsividad en sentido estricto, uno de los cuatro componentes de la Extraversión que hace referencia a la actuación en el momento sin que medie la consciencia del posible riesgo que pueda representar la ejecución.

(b) Escala "Afán de Aventura". Surge de un segundo factor de Extraversión, la conducta arriesgada, y de la Escala de Búsqueda de Sensaciones de Zuckerman (Eysenck y Zuckerman, 1978). Esta escala participa de algunas de las características de la impulsividad pero también añade otros aspectos diferenciales como la toma de conciencia y el estar preparado para el cambio.

(c) Escala "Empatía". Proviene de la Escala de Empatía de Mehrabian y Epstein (1972), destinada a evaluar los componentes afectivos del constructo.

Para el estudio de la fiabilidad, en primer lugar se evaluó la consistencia interna del instrumento aplicando el coeficiente alfa de Cronbach en ambos sexos, alcanzando los siguientes índices en cada una de las escalas: (a) .80 en chicos y .77 en chicas para la escala de Impulsividad; (b) .81 en varones y .78 en mujeres para la escala de Afán de Aventura y, (c) .76 y .70 respectivamente para la escala de Empatía. En segundo lugar, se calculó la estabilidad temporal considerando un intervalo de 4 meses y los índices fueron de .68 para Impulsividad, .70 para Afán de Aventura y .69 para Empatía.

4. PROCEDIMIENTO

A continuación, se detalla el procedimiento llevado a cabo para el desarrollo de la investigación, que fue siempre el mismo tanto para la implementación del proyecto en los centros escolares como para la evaluación de los sujetos participantes.

Una vez considerados los centros colaboradores y las aulas participantes, se dispuso de un calendario con los días y las horas disponibles para la evaluación de los sujetos gracias a la colaboración de los miembros de los respectivos departamentos de orientación de cada uno de los centros.

El proceso de evaluación se llevó a cabo en los centros escolares en los días y horas marcados por los coordinadores. La aplicación del instrumento de evaluación se realizó siempre de forma colectiva contando con aquellos alumnos que estuvieran presentes en ese

momento, ya que se pidió a los tutores que no avisaran al grupo hasta el mismo día de la aplicación. En cada aula estaban siempre presentes dos de los evaluadores entrenados en ausencia de los profesores para evitar que el alumnado se sintiera influido de alguna manera por su presencia a la hora de contestar a ciertas preguntas relacionadas con el consumo o con el ambiente escolar. La duración de la prueba era aproximadamente de 50 minutos, pero se dispuso, en los casos en que fue necesario, de los 10 minutos disponibles para el descanso entre clases.

Una vez que se les entregaba el cuestionario a los jóvenes, se les ofrecían una serie de instrucciones para su cumplimentación. Éstas eran siempre las mismas, poniendo especial énfasis en la confidencialidad de los datos obtenidos. A continuación, se realizaban algunas aclaraciones de forma colectiva con respecto a varios ítems del cuestionario que podían despertar alguna duda para su cumplimentación y podían interrumpir el óptimo desarrollo de la prueba. Los cuestionarios eran recogidos en el momento en el que los sujetos iban terminando, para así, evitar la posibilidad de doble respuesta. Una vez recogidas todas las pruebas, los evaluadores se ofrecían para contestar cualquier duda y realizar todas las aclaraciones posibles en relación al desarrollo de las mismas o con el proyecto de investigación en su totalidad.

PRIMER ESTUDIO:

ANÁLISIS EPIDEMIOLÓGICO DEL CONSUMO DE DROGAS LEGALES E ILEGALES

Teniendo en cuenta las conclusiones de los estudios nacionales y locales más representativos (capítulo 1), el primero de los estudios realizados dentro de la presente investigación se centrará en el análisis de este tipo de tendencias en una muestra representativa de adolescentes del Municipio de Majadahonda perteneciente a la Comunidad de Madrid, evidenciando la magnitud del consumo de sustancias adictivas entre las que se han incluido el alcohol (cerveza, licores, vino y combinados), el tabaco, el cannabis, los fármacos antiinflamatorios y tranquilizantes, los derivados morfínicos, los alucinógenos, los inhalantes, las anfetaminas, la cocaína, la heroína y las drogas de síntesis, considerando distintos parámetros de análisis. Así pues, se recogen las prevalencias de consumo para cada una de las drogas en función de distintos parámetros temporales como son el "consumo alguna vez en la vida", el "consumo reciente" (realizado en los últimos seis meses) y el "consumo frecuente" (llevado a cabo en los últimos treinta días) y, con respecto al grupo de jóvenes que mantienen un consumo más habitual (aquellos que afirman haber consumido la sustancia de referencia en el último mes), se presentan las diferencias encontradas en función de variables demográficas como la edad y el sexo de los sujetos, la edad de comienzo en el mismo, la distribución temporal del uso de cada una de las sustancias y, especialmente, el patrón de continuidad en el mismo.

1. OBJETIVOS

La presente investigación pretende:

OBJETIVO 1: Conocer las prevalencias de consumo (consumo alguna vez, reciente y frecuente) de distintas drogas de comercio legal (tabaco y alcohol en sus diversas

formas como la cerveza, el vino, los licores y los combinados) e ilegal (el cannabis, los fármacos antiinflamatorios y tranquilizantes, los derivados morfínicos, los alucinógenos, los inhalantes, las anfetaminas, la cocaína, la heroína y las drogas de síntesis) en población adolescente de 14 a 18 años perteneciente al Municipio de Majadahonda. Asimismo, se pretende estudiar la distribución temporal del uso frecuente para cada una de las drogas con el fin de estimar un patrón de consumo detallado, presentando una aproximación en función de su frecuencia semanal.

OBJETIVO 2: Para ambos tipos de drogas estimadas y dentro del grupo de jóvenes de mayor riesgo (aquellos que realizan un uso frecuente de cualquiera de las sustancias), comprobar si existen diferencias en la edad de inicio en el consumo y en la cantidad de sustancia consumida, tanto a diario como en fin de semana, en función de variables demográficas como la edad y el sexo.

OBJETIVO 3: Estimar el patrón de continuidad en el consumo para todas las sustancias comprobando si existen diferencias en función del sexo y la edad de los adolescentes.

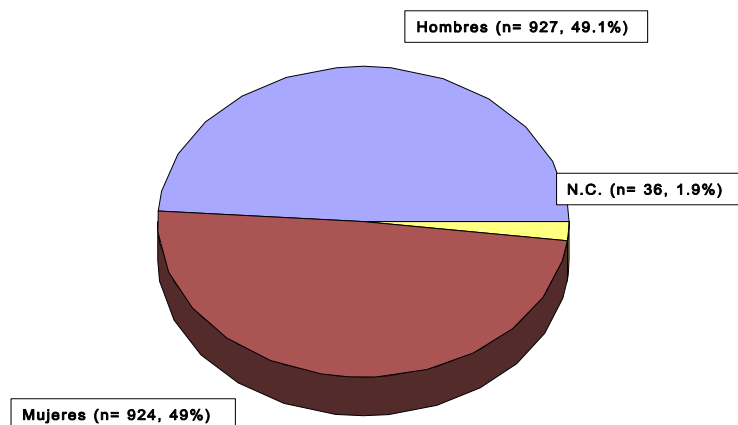
OBJETIVO 4: Presentar un estudio descriptivo de las características de los adolescentes relacionadas con rasgos violentos o con el tipo de conductas violentas que ejercen los adolescentes del municipio de Majadahonda, vinculando posteriormente su importancia para el consumo de drogas.

2. MUESTRA

Para la realización del presente estudio, no se consideraron los datos aportados por el total de los participantes ya que, una vez realizadas las encuestas de forma voluntaria por los mismos, se eliminaron un total de 116 por no haber sido contestados correctamente cada uno de los ítems o por carecer de alguno de los datos necesarios para su codificación. Así pues, se trabajó con una muestra final de 1.887 sujetos de ambos sexos (49,1% hombres y 49% mujeres) con edades comprendidas entre los 14 y los 18 años.

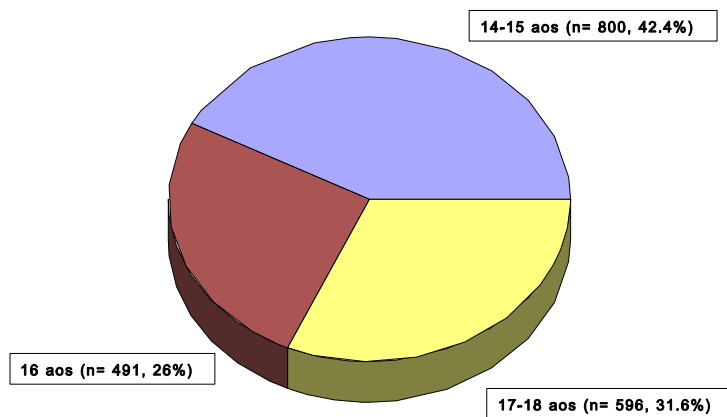
En la figura 5 se presenta la distribución de los sujetos de estudio en función del SEXO.

Figura 5. Porcentaje de hombres y mujeres (N= 1887)



En la figura 6, se muestra la distribución de los sujetos pertenecientes a la muestra de estudio en función de los rangos de edad obtenidos.

Figura 6. Porcentaje de sujetos por grupos de edad (N=1887)



3. INSTRUMENTOS Y VARIABLES

Para el presente estudio se utilizó la primera parte con formato de encuesta del instrumento de evaluación comentado detalladamente en el capítulo anterior. Las instrucciones para su cumplimentación y las condiciones bajo las cuales debía realizarse la evaluación son las mismas que se expusieron para el instrumento de evaluación en su totalidad.

Concretamente, para la consecución de los objetivos propuestos, se tuvieron en consideración los tres primeros ítems que engloban todas las variables relacionadas con el consumo de drogas. Así pues, se analizaron un total de 69 variables relacionadas con la medida del consumo de drogas legales e ilegales incorporando distintos parámetros de evaluación. A continuación, se presenta el listado de todas ellas presentando su correspondencia con cada uno de los ítems a través de los que se realizó su estimación.

VARIABLES RELACIONADAS CON LA FRECUENCIA DE CONSUMO

Drogas legales

Consumo de tabaco alguna vez en la vida (Ítem 3).

Consumo de tabaco en los últimos seis meses (Ítem 3).

Frecuencia de uso de tabaco en los últimos treinta días (Ítem 3).

Consumo de cerveza alguna vez en la vida (Ítem 3).

Consumo de cerveza en los últimos seis meses (Ítem 3).

Frecuencia de uso de cerveza en los últimos treinta días (Ítem 3).

Consumo de vino alguna vez en la vida (Ítem 3).

Consumo de vino en los últimos seis meses (Ítem 3).

Frecuencia de uso de vino en los últimos treinta días (Ítem 3).

Consumo de licores alguna vez en la vida (Ítem 3).

Consumo de licores en los últimos seis meses (Ítem 3).

Frecuencia de uso de licores en los últimos treinta días (Ítem 3).

Consumo de combinados alguna vez en la vida (Ítem 3).

Consumo de combinados en los últimos seis meses (Ítem 3).

Frecuencia de uso de combinados en los últimos treinta días (Ítem 3).

Drogas ilegales y médicas

- Consumo de cannabis alguna vez en la vida (Ítem 2).
- Consumo de cannabis en los últimos seis meses (Ítem 2).
- Frecuencia de uso de cannabis en los últimos treinta días (Ítem 2).
- Consumo de anfetaminas alguna vez en la vida (Ítem 2).
- Consumo de anfetaminas en los últimos seis meses (Ítem 2).
- Frecuencia de uso de anfetaminas en los últimos treinta días (Ítem 2).
- Consumo de fármacos antiinflamatorios alguna vez en la vida (Ítem 2).
- Consumo de fármacos antiinflamatorios en los últimos seis meses (Ítem 2).
- Frecuencia de uso de fármacos antiinflamatorios en los últimos treinta días (Ítem 2).
- Consumo de derivados morfínicos alguna vez en la vida (Ítem 2).
- Consumo de derivados morfínicos en los últimos seis meses (Ítem 2).
- Frecuencia de uso de derivados morfínicos en los últimos treinta días (Ítem 2).
- Consumo de medicamentos tranquilizantes alguna vez en la vida (Ítem 2).
- Consumo de medicamentos tranquilizantes en los últimos seis meses (Ítem 2).
- Frecuencia de uso de medicamentos tranquilizantes en los últimos treinta días (Ítem 2).
- Consumo de cocaína alguna vez en la vida (Ítem 2).
- Consumo de cocaína en los últimos seis meses (Ítem 2).
- Frecuencia de uso de cocaína en los últimos treinta días (Ítem 2).
- Consumo de alucinógenos alguna vez en la vida (Ítem 2).
- Consumo de alucinógenos en los últimos seis meses (Ítem 2).
- Frecuencia de uso de alucinógenos en los últimos treinta días (Ítem 2).
- Consumo de heroína alguna vez en la vida (Ítem 2).
- Consumo de heroína en los últimos seis meses (Ítem 2).
- Frecuencia de uso de heroína en los últimos treinta días (Ítem 2).
- Consumo de drogas sintéticas alguna vez en la vida (Ítem 2).
- Consumo de drogas sintéticas en los últimos seis meses (Ítem 2).
- Frecuencia de uso de drogas sintéticas en los últimos treinta días (Ítem 2).
- Consumo de inhalantes alguna vez en la vida (Ítem 2).
- Consumo de inhalantes en los últimos seis meses (Ítem 2).
- Frecuencia de uso de inhalantes en los últimos treinta días (Ítem 2).

Variables relacionadas con la edad de inicio en el consumo

Drogas legales
Edad en que consumió tabaco por primera vez (Ítem 1). Edad en que consumió cerveza por primera vez (Ítem 1). Edad en que consumió vino por primera vez (Ítem 1). Edad en que consumió licores por primera vez (Ítem 1). Edad en que consumió combinados por primera vez (Ítem 1).
Drogas ilegales y médicas
Edad en que consumió cannabis por primera vez (Ítem 2). Edad en que consumió anfetaminas por primera vez (Ítem 2). Edad en que consumió fármacos antiinflamatorios por primera vez (Ítem 2). Edad en que consumió derivados morfínicos por primera vez (Ítem 2). Edad en que consumió medicamentos tranquilizantes por primera vez (Ítem 2). Edad en que consumió cocaína por primera vez (Ítem 2). Edad en que consumió alucinógenos por primera vez (Ítem 2). Edad en que consumió heroína por primera vez (Ítem 2). Edad en que consumió drogas sintéticas por primera vez (Ítem 2). Edad en que consumió inhalantes por primera vez (Ítem 2).

VARIABLES RELACIONADAS CON LA DISTRIBUCIÓN TEMPORAL DEL CONSUMO Y CON LA CANTIDAD DE SUSTANCIA CONSUMIDA EN EL MISMO

Drogas legales

Número de cigarrillos consumidos por día (Ítem 1).
Número de cigarrillos consumidos durante el fin de semana (Ítem 1).
Cantidad de cerveza consumida por día (Ítem 1).
Cantidad de cerveza consumida durante el fin de semana (Ítem 1).
Cantidad de vino consumido por día (Ítem 1).
Cantidad de vino consumido durante el fin de semana (Ítem 1).
Cantidad de licor consumido por día (Ítem 1).
Cantidad de licor consumido durante el fin de semana (Ítem 1).
Cantidad de combinados consumidos por día (Ítem 1).
Cantidad de combinados consumidos durante el fin de semana (Ítem 1).

VARIABLES RELACIONADAS CON CONDUCTAS VIOLENTAS DE LOS ADOLESCENTES

Participación en la destrucción de mobiliario urbano u otros objetos y lugar donde acontece (Ítem 56).
Haber ejercido algún tipo de abuso o violencia sexual contra alguien (Ítem 60).

4. ANÁLISIS DE DATOS

Una vez recogidos todos los cuestionarios, el primer paso fue proceder a la eliminación de todos aquellos que no habían sido correctamente cumplimentados bien por no haber contestado a todos los ítems necesarios para el presente estudio o bien por contar con la indicación expresa de cualquiera de los miembros del equipo de investigación que dudara sobre la veracidad de los datos aportados. Con posterioridad, se pasó a codificar todas las variables con sus alternativas de respuesta introduciendo los resultados en una base de datos creada para este fin. Finalmente, se utilizó el paquete estadístico SPSS v.9.01.

El análisis de datos se llevó a cabo a través de distintos estadísticos en función de los objetivos de trabajo propuestos. Así pues, **en primer lugar** y en relación al primero de los objetivos, se realizó:

* Un estudio de los porcentajes de prevalencia de consumo alguna vez, en los últimos seis meses (consumo reciente) y en los últimos treinta días (consumo frecuente) para cada una de las sustancias consideradas. Asimismo, se calcularon los coeficientes de variación para la estimación correspondiente a cada droga y el intervalo de confianza de cada estimación al 95% de significación. En un segundo apartado, para el análisis de la frecuencia de consumo (referida al grupo de consumidores en los últimos treinta días) en función de la distribución semanal del mismo, se calcularon igualmente los porcentajes de prevalencia para cada una de las sustancias de estudio.

En segundo lugar, para contestar al segundo objetivo:

* Se calculó la prueba *Chi-Cuadrado* de Pearson para cada par de variables consideradas con el fin de estimar la relación existente entre el porcentaje de consumidores de cada una de las sustancias estimadas y el sexo y la edad de los mismos.

* Se realizaron diversas pruebas *t de Student* para muestras independientes con el

fin de comprobar la existencia de diferencias de medias en relación con el sexo de los sujetos tanto en la cantidad de sustancia consumida a diario o en fin de semana como en la edad de inicio en el uso de las mismas.

* Se realizaron sucesivos análisis de varianza de un factor para comprobar la existencia de diferencias en el consumo de cada una de las sustancias y la edad de inicio en el uso de las mismas en relación con la edad de los sujetos (considerando cada uno de los rangos establecidos: 14/15, 16 y 17/18 años). Posteriormente, para comprobar la dirección de tales diferencias, se eligió el método de comparaciones múltiples de Scheffé puesto que no requiere la igualdad de los tamaños muestrales de cada par de grupos de edad analizados.

* De la misma forma, se realizó un análisis de varianza de un factor y el posterior método de comparaciones múltiples de Scheffé, para comprobar las diferencias existentes en la edad de los sujetos y en la edad de inicio en el consumo de alcohol en función de la frecuencia de uso del mismo.

En tercer lugar, para analizar el patrón de continuidad en el consumo de cada una de las sustancias, se aplicó:

* Para la estimación del porcentaje de sujetos que pasaron de un consumo puntual a lo largo de la vida a un consumo más reciente, el cociente entre el número de sujetos que han consumido en los últimos seis meses y los que consumieron la sustancia de referencia alguna vez en la vida multiplicado por 100.

* Para la estimación del porcentaje de sujetos que pasaron de un consumo reciente a un consumo frecuente y habitual, el cociente entre el número de sujetos que han consumido la sustancia de referencia en el último mes y los que la consumieron en los últimos seis meses multiplicado por 100.

Posteriormente, con el fin de comprobar si existen diferencias en las proporciones de consumidores en función del sexo y la edad de los sujetos, se aplicó el estadístico de contraste (Z) para dos proporciones con observaciones independientes (Amón, 1996), para

cada una de las variables señaladas y para cada una de las sustancias de consumo.

5. RESULTADOS

5.1. Prevalencias de consumo de drogas legales e ilegales

Los datos correspondientes al estudio de los porcentajes de prevalencias de cada una de las drogas de estudio (en el caso del alcohol, se han estimado para cada una de las bebidas consideradas), se presentan de forma detallada de la tabla 1 a la 3 (prevalencias de consumo alguna vez en la vida, consumo reciente y consumo frecuente).

Tabla 1. Prevalencias de consumo “alguna vez” para las diferentes sustancias.

SUSTANCIAS	PREVALENCIA [ALGUNA VEZ]	COEFICIENTE DE VARIACIÓN	INTERVALO DE CONFIANZA AL 95%
COMBINADOS	70,04	0,65	(67,89; 72,18)
LICORES	66,32	0,71	(64,10; 68,54)
VINO	65,06	0,73	(62,82; 67,30)
TABACO	64,89	0,73	(62,65; 67,13)
CERVEZA	56,08	0,89	(53,76; 58,41)
CANNABIS	43,22	1,16	(40, 90; 45,54)
ANTIINFLAMATORIOS	30,36	1,53	(28,20; 32,51)
M. TRANQUILIZANTES	11,66	2,66	(10,15; 13,16)
D.MORFÍNICOS	10,8	2,81	(9,34; 12,26)
ALUCINÓGENOS	7,48	3,71	(6,25; 8,72)
COCAÍNA	6,86	4,16	(5,67; 8,04)
INHALANTES	5,88	4,8	(4,78; 6,99)
ANFETAMINAS	5,83	4,6	(4,73; 6,93)
DROGAS SINTÉTICAS	4,28	5	(3,33; 5,23)
HEROÍNA	0,4	15	(0,10; 0,69)

Tabla 2. Prevalencias de consumo [reciente] (en los últimos 6 meses) para las diferentes sustancias

SUSTANCIAS	PREVALENCIA [RECIENTE]	COEFICIENTE DE VARIACIÓN	INTERVALO DE CONFIANZA AL 95%
COMBINADOS	61,82	0,8	(59,47; 64,18)
LICORES	55,18	0,9	(52,77; 57,59)
TABACO	52,37	0,96	(49,95; 54,79)
VINO	50,79	1	(48,37; 53,21)
CERVEZA	43,29	1,16	(40,89; 45,69)
CANNABIS	33,1	1,42	(30,82; 35,38)
ANTIINFLAMATORIOS	18,35	2,16	(16,47; 20,22)
DERIVADOS MORFÍNICOS	6,34	4	(5,16; 7,52)
M. TRANQUILIZANTES	5,54	4,6	(4,43; 6,65)
COCAÍNA	5,24	4,4	(4,16; 6,32)
ALUCINÓGENOS	4,08	5	(3,12; 5,04)
ANFETAMINAS	3,9	6,33	(2,96; 4,84)
INHALANTES	3,9	6,33	(2,96; 4,84)
DROGAS SINTÉTICAS	2,56	8	(1,79; 3,32)
HEROÍNA	0,36	20	(0,07; 0,65)

Como se observa, el alcohol (en sus distintas formas) junto con el tabaco son las sustancias que presentan un consumo más generalizado siendo menores las proporciones de consumidores para el grupo de drogas de comercio ilegal. Concretamente, son los combinados, los licores, el vino y el tabaco las sustancias que cuentan con un mayor número de consumidores tanto si se analiza el consumo esporádico como el reciente o el habitual superando el porcentaje obtenido para las drogas ilegales. A este respecto, es importante señalar que, dentro de las drogas legales, la cerveza es consumida por un menor número de adolescentes y, en cambio, prácticamente el 70% de la muestra afirma haber consumir otros alcoholes de mayor graduación como los combinados o los licores.

Tabla 3. Prevalencias de consumo “frecuente (en los últimos 30 días) para las diferentes sustancias.

SUSTANCIAS	PREVALENCIA “FRECUENTE”	COEFICIENTE DE VARIACIÓN	INTERVALO DE CONFIANZA AL 95%
COMBINADOS	60,67	0,8	(58,23; 63,12)
LICORES	53,08	0,92	(50,59; 55,58)
TABACO	50,42	1	(47,92; 52,92)
VINO	48,28	1,02	(45,78; 50,78)
CERVEZA	41,92	1,19	(39,45; 44,39)
CANNABIS	27,77	1,62	(25,53; 30,01)
ANTIINFLAMATORIOS	15,57	2,4	(13,76; 17,38)
DERIVADOS MORFÍNICOS	5,58	4,4	(4,43; 6,72)
M. TRANQUILIZANTES	4,67	5,25	(3,61; 5,72)
COCAÍNA	3,69	6	(2,75; 4,64)
INHALANTES	3,37	6	(2,47; 4,27)
ANFETAMINAS	3,11	5,66	(2,24; 3,98)
ALUCINÓGENOS	2,66	8	(1,85; 3,46)
DROGAS SINTÉTICAS	1,55	12	(0,93; 2,17)
HEROÍNA	0,32	16,66	(0,04; 0,60)

Atendiendo a la prevalencia de consumo alguna vez (haber probado la sustancia de referencia alguna vez en la vida) es posible observar que más de la mitad de los jóvenes afirman haber probado el alcohol en cualquiera de sus formas (entre el 57% y el 71% de los encuestados) o el tabaco (el 65% de la muestra) mientras que, a excepción del cannabis y los fármacos antiinflamatorios, el porcentaje de jóvenes que señalan haber consumido cualquiera de las restantes sustancias de comercio ilegal no supera el 12% de la muestra. Dentro de las drogas ilegales, el cannabis es la sustancia que mayor número de jóvenes han probado (aproximadamente el 44% de la muestra), muy por encima de otras como los

inhalantes, las anfetaminas, las drogas de síntesis o la heroína en las que el porcentaje de usuarios alguna vez en la vida es considerablemente menor (el 5.9%, 5.8%, 4.3% y el 0.4%, respectivamente).

En un análisis conjunto de las prevalencias obtenidas considerando los distintos parámetros temporales estimados es posible observar que la tendencia encontrada para el consumo alguna vez se repite en el análisis del consumo reciente (llevado a cabo en los seis meses previos a la realización de la encuesta) y frecuente (realizado en el último mes) en los que el alcohol, el tabaco y el cannabis son las sustancias de uso más generalizado en la población adolescente (ofrecen una prevalencia de consumo en los últimos seis meses que supera el 50% en el caso del alcohol y del 40% en el del cannabis) con un mayor porcentaje de consumidores frente al consumo del resto de sustancias ilegales.

Asimismo, se observa que las mayores diferencias en el porcentaje de consumidores se obtienen entre el consumo alguna vez y el consumo reciente puesto que entre éste último y el consumo referido a los últimos treinta días prácticamente no aparecen diferencias en los resultados, lo que nos indicaría no sólo la generalización del uso sino la continuidad en el mismo al constatarse que ambos porcentajes difieren exclusivamente en uno o dos puntos porcentuales (por ejemplo, en el caso de los combinados, el 61, 8% de los entrevistados ha consumido la sustancia en los últimos seis meses y el 60.6% lo sigue haciendo en el último mes).

5.2. Análisis del consumo de drogas legales

5.2.1. Alcohol

El análisis de las proporciones de consumidores en el último mes para cada una de las bebidas alcohólicas y su relación con el sexo y la edad de los mismos, aparece en la tabla 4. Atendiendo al análisis de las relaciones entre el sexo de los encuestados y el consumo de cada una de las bebidas estudiadas, sólo en el caso de la cerveza y el vino, el número de consumidores varones es notablemente superior (50.23 vs. 38,83, $\chi^2=23.12$, $p\#.001$ y 53.07 vs. 47.69, $\chi^2=5.07$, $p\#.05$, respectivamente) al de las mujeres, puesto que con respecto a los combinados y los licores los porcentajes obtenidos para ambos sexos no

resultan ser significativos.

Tabla 4. Proporción de jóvenes con consumo legal en los últimos 30 días según edad y sexo.

	SEXO		EDAD		
	Hombre	Mujer	14/15 ^A	16 ^B	17/18 ^C
Tabaco	46,81* (42,75; 49,66) [‡] n=397	58,56* (53,70; 60,42) n=523	43,81^B (38,11; 45,55) n=319	54,29^C (47,82; 57,25) n=253	64,33^A (60,04; 68,14) n=368
Cerveza	50,23* (45,48; 52,41) n=426	38,83* (35,09; 41,70) n=339	29,91^B (25,16; 31,98) n=213	50,10^C (44,59; 54,03) n=230	59,64^A (54,97; 63,26) n=340
Vino	53,07* (48,72; 55,64) n=457	47,69* (43,14; 49,92) n=424	41,57^B (35,64; 43,01) n=306	53,64 (48,05; 57,48) n=250	60,13^A (55,53; 63,81) n=344
Licor	55,06 (50,97; 57,87) n=473	55,34 (51,04; 57,81) n=492	43,15^B (37,67; 45,10) n=315	62,82 (57,40; 66,57) n=294	65,33^A (61,17; 69,21) n=375
Combinados	62,54 (58,15; 64,89) n=541	63,29 (58,91; 65,49) n=564	45,83^B (40,00; 47,48) n=336	69,34^C (63,80; 72,60) n=328	80,76^A (76,94; 83,75) n=466

‡ Intervalo de confianza al 95%
* Diferencias significativas entre individuos de distinto sexo, con $p \neq 0,05$.
^{A, B y C} Diferencias significativas entre los respectivos grupos de edad, con $p \neq 0,05$.

Asimismo, la edad también marca la prevalencia de consumo de cualquiera de las sustancias estimadas ya que la proporción de consumidores es mayor cuanto mayor es la edad de los encuestados, siendo más evidente en el caso de los combinados (el porcentaje de consumidores de combinados en los últimos treinta días pasa de un 45.8% a los 14 años a un 80.7% a los 18 años) y de la cerveza (el porcentaje de consumidores pasa de un 29.9% a los 14 años a un 59.6% a los 18 años).

En la tabla 5 se presenta el análisis de la edad media y la edad media de inicio en el consumo en relación a la tipología de consumidores de alcohol en función de la frecuencia de consumo declarado de bebidas alcohólicas (no consumidores, consumidores alguna vez, consumidores en los últimos seis meses y consumidores en el último mes).

Tabla 5. Edad media y edad de comienzo en el consumo de alcohol según los diferentes grupos de consumidores.

	EDAD MEDIA DEL GRUPO	EDAD MEDIA DE INICIO AL CONSUMO
No han consumido nunca ^A	15,07 (n=342, dt=1.06)	14,45 (n=23, dt=1.71)
Han consumido alguna vez ^B	15,40 (n=121, dt=1.35)	13,77 (n=51, dt=1.79)
Han consumido en los últimos 6 meses ^C	16,14^{A,B} (n=568, dt=1.20)	14,24 (n=517, dt=1.29)
Han consumido en los últimos 30 días ^D	15,96^{A,B,C} (n=856, dt=1.19)	14,38^B (n=768, dt=1.19)

^{A, B y C} Diferencias significativas entre los respectivos grupos, con p #0,05.

En este caso, el análisis de varianza realizado muestra efectos significativos en ambas variables [$F_{3, 1883}=68.69$, $p=.000$ y $F_{3, 1355}=4.33$, $p=.005$ respectivamente]. Concretamente, acorde con el test de comparaciones múltiples de Scheffé (con $p\#0.05$), la edad media del grupo que nunca ha consumido bebidas alcohólicas y del que lo ha hecho alguna vez en la vida (15.0 y 15.4 años, respectivamente) presenta diferencias significativas con respecto a los grupos de consumidores en los últimos seis meses y en los últimos treinta días (16.1 y 15,9 años, respectivamente), reflejando el incremento de edad en los grupos de mayor consumo. Además, es importante señalar que el grupo de consumidores frecuentes de cualquiera de las bebidas consideradas marca asimismo diferencias de edad con respecto al resto de los grupos, subrayando la edad cercana a los 16 años como la característica de los adolescentes que muestran un consumo más habitual del alcohol.

Con respecto a la edad de comienzo en el consumo es importante señalar que tan solo aparecen diferencias significativas entre el grupo de consumo frecuente y el grupo de consumo alguna vez, no siendo así para el grupo de consumo reciente. En este sentido, la edad media de inicio en el consumo de bebidas alcohólicas se sitúa en torno a los 13 años y medio, estableciéndose diferencias entre el grupo de consumo frecuente (14.3 años) y el grupo de consumo alguna vez (13.7 años), señalando una edad media de inicio en el uso de bebidas alcohólicas significativamente inferior en el grupo de adolescentes que tan solo han

probado el alcohol en cualquiera de sus formas frente a aquellos que lo utilizan de forma habitual.

Los resultados obtenidos en el estudio de la distribución del consumo según el tipo de bebida y la frecuencia de uso en los consumidores en el último mes se presentan en la tabla 6.

Tabla 6. Distribución del consumo de alcohol según tipo de bebida y frecuencia del consumo en los últimos treinta días.

	CERVEZA (n=784)	VINO (n=900)	LICOR (n=983)	COMBINADOS (n=1128)
Inferior a semanal	43,87% (n=344)	38,88% (n=350)	41,91% (n=412)	31,91% (n=360)
1 vez por semana	29,20% (n=229)	36,33% (n=327)	37,84% (n=372)	39,36% (n=444)
2-6 veces por semana	23,08 (n=181)	22,66% (n=204)	18,51% (n=182)	26,95% (n=304)
1 vez diaria	2,42 (n=19)	1,22% (n=11)	0,71% (n=7)	0,62% (n=7)
2 o más veces diarias	1,40 (n=11)	0,88% (n=8)	1,01% (n=10)	1,15% (n=13)

Como se observa, la sustancia más consumida por los jóvenes son los combinados ya que un 68.1% de los que consumen este tipo de bebida lo hacen con una frecuencia al menos semanal (es decir, consumen esta sustancia diariamente o de 1 a 6 veces por semana) y el vino, cuyo porcentaje de consumidores semanales supone el 60.9% de la población de referencia. En el caso de los licores y la cerveza, este mismo indicador ofrece unas proporciones del 58.1% y 56.0% respectivamente. En cualquier caso, es importante señalar que se trate de la bebida que se trate, casi el 60% de los que las consumen lo hacen con una frecuencia semanal lo que señala nuevamente la existencia de un uso habitual de drogas por parte de los jóvenes de la muestra de estudio.

Considerando la alta proporción de consumidores de bebidas alcohólicas con una frecuencia semanal, se analiza la cantidad de alcohol consumida por los jóvenes (estimada

para cada una de las bebidas de referencia) tanto a diario como en fin de semana en relación con el sexo y la edad de los sujetos, presentándose los resultados obtenidos en las tablas 7 a la 10.

Tabla 7. Contenido de cerveza consumido según edad y sexo

	CONSUMO DIARIO	CONSUMO FIN DE SEMANA
	CONTENIDO (c.c.)	CONTENIDO (c.c.)
Sexo		
Hombre	33,24 (n=54, dt=47,33)	46,67* (n=349, dt=46.67)
Mujer	24,36 (n=13, dt=26.86)	30,52* (n=227, dt=28.97)
Edad		
14/15^A	25,30 (n=12, dt=27.83)	37,03 (n=149, dt=50.86)
16^B	23,10 (n=20, dt=29.94)	32,66 (n=175, dt=24.62)
17/18^C	38,46 (n=35, dt=53.98)	46,34^B (n=270, dt=66.96)

* Diferencias significativas entre individuos de distinto sexo, con $p \# 0,05$
^B Diferencias significativas entre los respectivos grupos de edad, con $p \# 0,05$.

Tabla 8. Contenido de vino consumido según edad y sexo

	CONSUMO DIARIO	CONSUMO FIN DE SEMANA
	CONTENIDO (c.c.)	CONTENIDO (c.c.)
Sexo		
Hombre	51,00 (n=20, dt=61.82)	71,54* (n=317, dt=89.30)
Mujer	57,00 (n=10, dt=122.43)	49,31* (n=316, dt=54.48)
Edad		
14/15^A	57,85 (n=7, dt=75.71)	52,69^C (n=232, dt=53.82)
16^B	55,00 (n=9, dt=65.81)	54,42^C (n=183, dt=59.65)
17/18^C	49,28 (n=14, dt=103.15)	74,16 (n=233, dt=99.19)

* Diferencias significativas entre individuos de distinto sexo, con $p \# 0,05$.
^C Diferencias significativas entre los respectivos grupos de edad, con $p \# 0,05$.

Tabla 9. Contenido de licor consumido según edad y sexo

	CONSUMO DIARIO	CONSUMO FIN DE SEMANA
	CONTENIDO (c.c.)	CONTENIDO (c.c.)
Sexo		
Hombre	96,35	109,52*

Mujer	(n=17, dt=108.81) 81,00 (n=70, dt=130.96)	(n=415, dt=114.76) 86,24* (n=416, dt=112.55)
Edad		
14/15^A	69,30 (n=10, dt=88.84)	84,72 (n=274, dt=84.37)
16^B	86,62 (n=8, dt=132.31)	91,85^C (n=262, dt=77.06)
17/18^C	136,50 (n=6, dt=128.59)	114,82^A (n=313, dt=152.90)

* Diferencias significativas entre individuos de distinto sexo, con $p \# 0,001$.
^{A,C} Diferencias significativas entre los respectivos grupos de edad, con $p \# 0,05$.

Tabla 10. Contenido de combinados consumidos según edad y sexo

	CONSUMO DIARIO	CONSUMO FIN DE SEMANA
	CONTENIDO (c.c.)	CONTENIDO (c.c.)
Sexo		
Hombre	56,25 (n=16, dt=54.49)	88,10* (n=546, dt=95.01)
Mujer	106,87 (n=12, dt=132.28)	60,90* (n=536, dt=49.41)
Edad		
14/15^A	48,75 (n=12, dt=61.30)	58,57 (n=338, dt=63.41)
16^B	110,25 (n=10, dt=137.66)	71,80^C (n=324, dt=70.39)
17/18^C	82,50 (n=6, dt=66.23)	89,59^A (n=442, dt=88.63)

* Diferencias significativas entre individuos de distinto sexo, con $p \# 0,001$.
^{A,C} Diferencias significativas entre los respectivos grupos de edad, con $p \# 0,05$.

Como puede observarse, en todas las bebidas se produce un apreciable aumento de la cantidad de alcohol consumida durante los fines de semana, siendo ésta especialmente relevante en el caso del vino y la cerveza, siendo en el caso del consumo de combinados y licores, en los que se aprecian menores diferencias en cuanto a la cantidad consumida a diario o en fines de semana, lo que nuevamente señalaría un uso continuado de estas sustancias a lo largo de la semana.

Con respecto al sexo de los sujetos, las pruebas t revelan la existencia de diferencias significativas entre hombres y mujeres en el contenido de alcohol consumido durante los fines de semana tanto en el caso de la cerveza y el vino [46.67 vs. 30.52, $t_{574}=3.51$, $p=.000$ y 71.54 vs. 49.31, $t_{631}=3.77$, $p=.000$, respectivamente] como en el del licor [109.52 vs. 86.24, $t_{829}=2.95$, $p=.003$] y los combinados [88.10 vs. 60.90, $t_{823}=5.92$, $p=.000$], constatándose un consumo más intenso por parte de los varones durante sábado y domingo ya que en el resto de la semana no aparecen tales diferencias entre ambos sexos.

Considerando la segunda de las variables estimadas, el análisis de varianza realizado muestra la existencia de un efecto significativo de la edad en el consumo de cerveza [$F_{2,591}=3.76$, $p=.02$], licor [$F_{2,846}=5.76$, $p=.003$], vino [$F_{2,645}=5.76$, $p=.003$]. Así pues, la cantidad media consumida durante los fines de semana parece aumentar con la edad y, conforme indica el análisis de comparaciones múltiples de Scheffé, las mayores diferencias se establecen para cualquiera de las bebidas mencionadas entre el grupo de mayor edad (17/18 años) y el grupo más joven (14 años).

Los resultados del análisis de la edad media de inicio en el consumo de cada una de las bebidas estimadas y el patrón de continuidad en el mismo según el sexo y la edad de los consumidores se presentan en las tablas 11 a 14.

Con respecto a la cerveza (véase tabla 11), la edad media de inicio en el consumo se sitúa en los 14 años, sin que existan diferencias significativas entre ambos sexos. Asimismo, el análisis de varianza realizado muestra el efecto significativo de esta variable con respecto a los grupos de edad [$F_{2,761}=43.84$, $p=.000$].

Tabla 11. Patrón de continuidad en el consumo de cerveza

	CERVEZA				
	SEXO		EDAD		
	Hombres	Mujeres	14/15 ^A	16 ^B	17/18 ^C
Edad media de inicio	14,01 (dt=1.73) n=406	14,05 (dt=1.63) n=336	13,25 (dt=1.55) n=207	14,04^A (dt=1.54) n=225	14,57^{A B} (dt=1.66) n=332
Continuidad consumo (Consumo reciente/consumo alguna vez)*100	82,45*	74,18*	72,40	81,09 ^A	80,35 ^A
(Consumo frecuente/consumo reciente)*100	100,00*	63,39*	42,65	100,00 ^A	100,00 ^A

* Diferencias significativas entre individuos de distinto sexo, con $p \neq 0,05$.
^{A y B} Diferencias significativas entre los respectivos grupos de edad, con $p \neq 0,05$.

En este sentido, se establecen diferencias significativas entre los distintos rangos de edad estimados, señalando un incremento de este indicador conforme se incrementa la edad, especialmente de los 14/15 años a los 16 años. De cualquier forma, se observa cómo la edad media de inicio es inferior a la actual en todos los grupos de edad (aproximadamente un año menor en el grupo de 14/15 años y de dos años y dos años y

medio en los grupos de 16 y 17/18 años, respectivamente).

Atendiendo a la continuidad en el consumo, el 78.3% de los jóvenes que declaran haber consumido cerveza alguna vez en la vida lo han seguido haciendo en los últimos seis meses frente al 21.7% que no ha vuelto a consumir recientemente. En este caso, el porcentaje de varones que continúan el consumo es significativamente superior al de las mujeres [82.45 vs. 74.18, $Z= 3.69$, $p\#0.05$] y, además, se observa un incremento significativo del porcentaje de jóvenes que siguen bebiendo conforme avanza la edad de los mismos, aumentando casi en un 10% a la edad de 16-18 años (a esta edad, el 80% de los encuestados afirma haber consumido cerveza en los seis meses previos a la realización de la encuesta). Respecto al consumo en el último mes, el 81.6% de los jóvenes que bebieron cerveza en el medio año anterior a la realización de la encuesta lo han seguido haciendo en el último mes. También en este caso, el sexo vuelve a marcar diferencias significativas puesto que el 100% de los varones ha seguido consumiendo cerveza frente al 63.3% de las mujeres [100.00 vs. 63.99, $Z= 15.71$, $p\#0.05$] y, nuevamente, vuelve a apreciarse un aumento significativo de la continuidad en el consumo en función de la edad, puesto que a partir de los 16 y hasta los 18 años, el porcentaje de bebedores de cerveza aumenta prácticamente en un 67% frente al obtenido a la edad de 14/15 años [42.65 vs. 100.00, $Z= -14.23$, $p\#0.05$].

En el caso del vino (tabla 12), la edad media de inicio en el consumo se sitúa en los 13.8 años, sin que de nuevo se registren diferencias significativas entre sexos. Al igual que ocurre en el caso de la cerveza, el análisis de varianza realizado muestra efectos significativos de esta variable [$F_{2,814}=44.41$, $p=.000$], señalando una mayor edad media de inicio en el grupo de 17/18 años frente a los restantes.

Tabla 12. Patrón de continuidad en el consumo de vino

	VINO				
	SEXO		EDAD		
	Hombres	Mujeres	14/15 ^A	16 ^B	17/18 ^C
Edad media de inicio	13,83 (dt=1.66) n=404	13,79 (dt=1.36) n=394	13,28 (dt=1.23) n=279	13,73 ^A (dt=1.65) n=235	14,39 ^{A,B} (dt=1.44) n=303
Continuidad consumo (Consumo reciente/consumo alguna)					

vez)*100 (Consumo frecuente/consumo reciente)*100	81,85*	75,68*	77,15	80,71	79,63
	98,88*	96,36*	94,76	98,52 ^A	99,17 ^A

* Diferencias significativas entre individuos de distinto sexo, con $p \# 0,05$.

^{A y B} Diferencias significativas entre los respectivos grupos de edad, con $p \# 0,05$.

Con respecto al patrón de continuidad en el consumo, el porcentaje de jóvenes que han consumido vino alguna vez en la vida y que siguen consumiendo en los últimos seis meses es del 78.7%, siendo el número de varones significativamente superior al de las mujeres [81.85 vs. 75.68, $Z= 3.39$, $p \# 0.05$]. La continuidad en el consumo en los últimos treinta días es especialmente relevante ya que prácticamente el 100% de los bebedores en los últimos seis meses (97.2%), afirman seguir consumiendo vino de forma habitual. En este caso, el porcentaje de varones que continúan bebiendo esta sustancia vuelve a ser significativamente superior al de las mujeres [98.88 vs. 96.36, $Z= 6.49$, $p \# 0.05$] y se establecen diferencias entre los grupos de edad, siendo la proporción de jóvenes de 14 y 15 años significativamente inferior a la de chicos y chicas de 16 a 18 años [(94.76 vs. 98.52, $Z= -2.62$, $p \# 0.05$) y (94.76 vs. 99.17, $Z= -3.67$, $p \# 0.05$)].

Los resultados obtenidos en este mismo análisis en el caso del consumo de licor (tabla 13) son especialmente concordantes con los obtenidos para las dos sustancias ya comentadas.

Tabla 13. Patrón de continuidad en el consumo de licor

	LICOR				
	SEXO		EDAD		
	Hombres	Mujeres	14/15 ^A	16 ^B	17/18 ^C
Edad media de inicio	14,42 (dt=1.38) n=476	14,31 (dt=1.27) n=485	13,57 (dt=1.10) n=324	14,46^A (dt=1.05) n=290	14,99^{A,B} (dt=1.33) n=370
Continuidad consumo (Consumo reciente/consumo alguna vez)*100	87,11*	82,99*	81,23	92,00 ^A	83,16 ^B
(Consumo frecuente/consumo reciente)*100	98,21	96,67	96,41	95,73	99,39 ^{A,B}

* Diferencias significativas entre individuos de distinto sexo, con $p \# 0,05$.

^{A y B} Diferencias significativas entre los respectivos grupos de edad, con $p \# 0,05$.

En este caso, la edad media de inicio se sitúa en los 14.3 años, sin diferencias entre sexos. Como ocurría en el caso anterior, el análisis de varianza señala efectos significativos de la edad en esta variable [$F_{2,981}=125.77$, $p=.000$], estableciéndose diferencias entre los distintos grupos, especialmente entre el grupo de 14/15 años y los dos restantes de mayor edad. Asimismo, se observa que la edad de inicio se sitúa aproximadamente dos años por debajo de la edad actual en cualquiera de los rangos de edad estimados.

Con respecto a la continuidad en el consumo, el 85.5% de los jóvenes que probaron alguna vez el licor lo siguen consumiendo en los últimos seis meses, siendo la proporción de varones significativamente superior a la de las mujeres [87.11 vs. 82.99, $Z= .59$, $p\#0.05$] y la de jóvenes de 16 años frente al resto de los grupos de edad [(81.23 vs. 92.00, $Z= -4.91$, $p\#0.05$) y (92.00 vs. 83.16, $Z= 4.15$, $p\#0.05$)]. Es en el paso del consumo reciente al realizado en los últimos treinta días donde aparece un mayor porcentaje de jóvenes que continúan con el consumo de licor, puesto que prácticamente el la totalidad de los que bebían en los últimos seis meses lo siguen haciendo en el último mes (97.4%), sin que existan diferencias significativas entre las proporciones de consumidores por sexos. Por el contrario, la edad sí establece diferencias importantes puesto que es el grupo de mayor edad el que continúa utilizando esta sustancia de forma frecuente en una proporción significativamente superior a la de jóvenes de 14 a 16 años [(96.41 vs. 99.39, $Z= -3.04$, $p\#0.05$) y (95.73 vs. 99.39, $Z= -3.48$, $p\#0.05$)].

Finalmente, en el caso de los combinados (tabla 14), la edad media de inicio se sitúa en los 14.5 años, por encima de la obtenida en el caso de la cerveza, el vino o el licor a pesar de que alcanza una prevalencia de consumo mayor.

Tabla 14. Patrón de continuidad en el consumo de combinados

	COMBINADOS				
	SEXO		EDAD		
	Hombres	Mujeres	14/15 ^A	16 ^B	17/18 ^C
Edad media de inicio	14,61* (dt=1.24) n=558	14,45* (dt=1.18) n=578	13,76 (dt=0.89) n=374	14,58^A (dt=1.09) n=333	15,14^{A,B} (dt=1.17) n=457
Continuidad consumo (Consumo reciente/consumo alguna vez)*100	92,93*	87,46*	84,58	92,99 ^A	92,36 ^A
(Consumo frecuente/consumo reciente)*100	99,04				

		99,52	98,91	98,43	99,63
* Diferencias significativas entre individuos de distinto sexo, con $p \neq 0,05$.					
A y B Diferencias significativas entre los respectivos grupos de edad, con $p \neq 0,05$.					

Con respecto al sexo, aparecen diferencias significativas entre varones y mujeres siendo éstas las que comienzan a usar este tipo de bebida a una edad más temprana [14.61 vs. 14.45 , $t_{1134}=2.19$, $p=.02$]. Atendiendo a la edad, nuevamente el análisis de varianza señala efectos significativos de esta variable [$F_{2,1161}=172.57$, $p=.000$], siendo la edad media de inicio al consumo para el grupo de 17/18 años dos años superior a la obtenida en el grupo de menor edad.

En el consumo de combinados, el 90,1% de los que han probado esta sustancia alguna vez lo siguen haciendo en los últimos seis meses, siendo los varones [92.93 vs. 87.46, $Z= 4.11$, $p \neq 0.05$] y los grupos conformados por jóvenes entre los 16 y los 18 años los que presentan una continuidad en el consumo significativamente superior al grupo de chicos y chicas de 14 y 15 años [(84.58 vs. 92.99, $Z= -4.18$, $p \neq 0.05$) y (84.58 vs. 92.36, $Z= -4.52$, $p \neq 0.05$)]. Cuando se analizan los últimos treinta días, la proporción de consumidores aumenta considerablemente ya que supone el 99.2% de los usuarios en el último semestre, siendo ésta una cifra especialmente relevante tanto si se considera el sexo como la edad de los encuestados puesto que, en todos los casos, la cifras obtenidas suponen prácticamente el 100% de los casos.

5.2.2. Tabaco

Al igual que ocurre con el alcohol, el tabaco es una de las sustancias más consumidas por los jóvenes ya que aproximadamente el 50% ha fumado en los treinta días previos a la realización de la encuesta (véase tabla 4). Asimismo, el análisis de la relación entre el sexo y la edad de los encuestados y el consumo reciente de tabaco obtiene resultados significativos para ambas variables de estudio. En primer lugar, el sexo marca diferencias en el grupo siendo la proporción de mujeres significativamente superior a la de los hombres (46.81 vs. 58.56, $\chi^2_1=24.11$, $p=.000$).

En segundo lugar, con respecto a la edad, el análisis muestra nuevamente

diferencias significativas entre los distintos grupos de edad ($\chi^2_2=55.10$, $p=.000$), en las que las prevalencias experimentan un notable incremento ofreciendo un porcentaje de fumadores habituales a los 17/18 años del 64% de los jóvenes, lo que supone aproximadamente un 20% más de consumidores a esta edad en comparación con el grupo de 14/15 años.

Al ser ésta junto con el alcohol una de las sustancias de mayor consumo se analiza la cantidad consumida por los fumadores diferenciando entre el consumo diario del de fin de semana. Los datos se presentan en la tabla 15, en la que figuran, para ambos casos, los mismos indicadores: el número medio de cigarrillos por día o fin de semana y el porcentaje de aquellos que fuman una cantidad inferior a 6 cigarrillos por día o fin de semana.

Tabla 15. Cantidad consumida de Tabaco según Sexo y Edad

	FUMADORES DIARIOS		FUMADORES SÓLO FIN DE SEMANA	
	Nº medio Cigarrillos/día	% consumen <6 cigarrillos/día	Nº medio Cigarrillos/fin de semana	% consumen <6 Cigarrillos/fin de semana
Sexo				
Hombre	7,79 (n=275, dt=5.09)	34,9* (n=90)	20,42 (n=355, dt=16.36)	16,9 (n=57)
Mujer	7,40 (n=357, dt=7.03)	44,6* (n=144)	18,15 (n=448, dt=15.31)	19,7 (n=84)
Edad				
14/15^A	6,09 (n=183, dt=5.74)	55,3 (n=88)	15,51 (n=272, dt=15.51)	29,6 (n=73)
16^B	7,19 (n=182, dt=4.90)	37,3^A (n=63)	18,13 (n=220, dt=14.33)	19,6^A (n=42)
17/18^C	8,64^{A,B} (n=282, dt=7.03)	35,1^{A,B} (n=94)	22,84^{A,B} (n=328, dt=16.44)	8,4^{A,B} (n=27)

* Diferencias significativas entre individuos de distinto sexo, con $p \# 0,05$.

^{A, B} Diferencias significativas entre los respectivos grupos de edad, con $p \# 0,05$.

En el caso de los fumadores diarios, las diferencias por sexos dejan de ser significativas si se atiende al número medio de cigarrillos consumidos al día (oscila tanto para hombres como para las mujeres en 7 cigarrillos/día), a pesar de que el porcentaje de mujeres que fuman menos cantidad de tabaco es significativamente superior al de los hombres (34.9 vs. 44.6, $p \# 0,05$). Estas diferencias dejan de marcarse si se analiza el consumo en fin de semana en el que tanto hombres como mujeres se igualan en cuanto al número y cantidad

de cigarrillos consumidos de viernes a domingo (cerca de los 20).

Con respecto a la edad, en el grupo de fumadores diarios, aparecen diferencias significativas entre los distintos rangos de edad observándose un aumento del número de cigarrillos fumados por día (cerca de tres a los 17/18 frente a los 14/15 años). De igual forma, en los porcentajes de fumadores de menos de seis cigarrillos, aparecen diferencias significativas entre grupos (55.3 vs. 37.3 vs. 35.1, $p \neq 0,05$), siendo especialmente relevantes entre el de menor edad y el de 17/18 años en los que los porcentajes descienden considerablemente con el aumento de edad. Asimismo, en el grupo de fumadores de fin de semana, el análisis de varianza realizado señala efectos significativos de la edad en el número medio de cigarrillos consumidos [$F_{2,817}=16.84$, $p=.000$].

De acorde con los resultados del test de comparaciones múltiples de Scheffé, existen diferencias significativas entre los grupos de 14 a 16 años y el de 17/18, en el que se incrementa en siete el número de cigarrillos consumidos durante el fin de semana. Igualmente, aparecen diferencias en las proporciones de fumadores de menos de seis cigarrillos, siendo significativamente inferior en el grupo de mayor edad (17/18 años).

En la tabla 16 se presentan los resultados del análisis de la edad media de inicio en el consumo de tabaco y el patrón de continuidad en el mismo según el sexo y la edad de los consumidores. En este caso, la edad media de inicio se sitúa en los 13.5 años tanto para hombres como para mujeres. Igualmente, el análisis de varianza señala efectos significativos de la edad en la edad media de inicio [$F_{2,1001}=48.55$, $p=.000$], especialmente entre el grupo de 14/15 años y los dos grupos restantes en los que se advierte que la edad de inicio es aproximadamente tres años inferior a la actual.

Tabla 16. Patrón de continuidad en el consumo de tabaco

	TABACO				
	SEXO		EDAD		
	Hombres	Mujeres	14/15 ^A	16 ^B	17/18 ^C
Edad media de inicio	13,60 (dt=1.92) n=428	13,58 (dt=1.47) n=554	13,02 (dt=1.34) n=347	13,50^A (dt=1.73) n=268	14,17^{A,B} (dt=1.71) n=389
Continuidad consumo (Consumo reciente/consumo alguna					

vez)*100 (Consumo reciente)*100	frecuente/consumo	79,76*	84,54*	81,11	81,91	84,15
		99,57*	96,37*	96,89	97,12	99,22 ^A
* Diferencias significativas entre individuos de distinto sexo, con $p \# 0,05$.						
^{A y B} Diferencias significativas entre los respectivos grupos de edad, con $p \# 0,05$.						

Con respecto al patrón de continuidad en el consumo se observa que el 82.15% de los que fumaron alguna vez en la vida lo continúan haciendo en los últimos seis meses. Son las mujeres la que continúan consumiendo en una proporción significativamente superior a la de los varones [79.76 vs. 84.54, $Z = -2.81$, $p \# 0.05$], sin que se establezcan diferencias significativas por grupos de edad.

Analizando el consumo frecuente, la continuidad en el mismo aumenta considerablemente ya que cerca del 98% de los fumadores en el último semestre pasan a fumar en los últimos treinta días. En este caso, aunque la continuidad en el consumo para el tabaco es elevadísima tanto por sexos como por grupos de edad, parece que un mayor número de mujeres no llegan a fumar de forma habitual, puesto que el porcentaje de varones que continúan consumiendo es significativamente superior al de las mujeres [99.57 vs. 96.37, $Z = 4.00$, $p \# 0.05$] y, además son los jóvenes de mayor edad los que prácticamente en su totalidad continúan fumando durante el último mes [96.89 vs. 99.22, $Z = -2.42$, $p \# 0.05$].

5.3. Análisis del consumo de drogas ilegales

Tomando como referencia el grupo de consumidores en los últimos treinta días de cualquiera de las sustancias de comercio ilegal estimadas, el estudio detallado de las proporciones de consumidores y su relación con el sexo y la edad de los mismos se presenta en la tabla 17.

De forma genérica, se observa nuevamente como el cannabis, los fármacos antiinflamatorios, los derivados morfínicos y la cocaína son las sustancias más consumidas por los jóvenes de 14 a 18 años.

Atendiendo al análisis de las relaciones entre el sexo de los encuestados y el

consumo de cada una de las sustancias, los resultados son estadísticamente significativos y superiores en el caso de los varones para el consumo de cannabis y cocaína [34.15 vs. 25.45, $\chi^2=15.68$, $p=.000$ y 5.10 vs. 3.19, $\chi^2=3.80$, $p=.05$], mientras que son las mujeres las que muestran mayores porcentajes de consumo en sustancias como las anfetaminas [2.30 vs. 4.93, $\chi^2=8.27$, $p=.004$] y los tranquilizantes [3.87 vs. 6.01, $\chi^2=4.06$, $p=.04$]. En el caso de alucinógenos y las drogas de síntesis, a pesar de que hay una mayor proporción de varones consumidores, no se establecen diferencias significativas con respecto al grupo de mujeres, al igual que ocurre en el caso de los fármacos antiinflamatorios en el que son las mujeres las que los consumen en mayor medida aunque este incremento porcentual no sea significativo en comparación con el grupo de varones.

Tabla 17. Proporción de jóvenes con consumo ilegal y de medicamentos en los últimos 30 días según edad y sexo.

	SEXO		EDAD		
	Hombre	Mujer	14/15 ^A	16 ^B	17/18 ^C
Cannabis	34,15* (28,74; 35,29) [†] n=291	25,45* (21,20; 27,08) n=224	18,15 (13,45; 19,08) n=130	33,62^A (27,59; 36,54) n=156	41,79^{A,B} (35,61; 44,01) n=237
Anfetaminas	2,30* (1,12; 3,13) n=19	4,93* (3,06; 5,88) n=42	1,44 (0,47; 2,23) n=10	3,35 (1,60; 5,04) n=15	6,76^{A,B} (3,56; 7,49) n=37
Anti - inflamatorios	15,78 (12,14; 17,04) n=131	18,00 (14,65; 19,80) n=154	15,16 (11,22; 16,49) n=106	16,74 (11,33; 18,13) n=76	19,96 (14,61; 21,20) n=110
Derivados Morfínicos	6,31 (4,34; 7,63) n=52	6,06 (4,40; 7,64) n=51	4,63 (2,56; 5,57) n=32	7,17 (4,06; 8,76) n=32	7,47 (5,01; 9,46) n=42
Medicamentos Tranquilizantes	3,87* (2,42; 5,05) n=32	6,01* (4,19; 7,37) n=51	4,03 (2,31; 5,51) n=28	5,82 (3,28; 7,64) n=26	6,03 (3,56; 7,48) n=33
Cocaína	5,10* (3,37; 6,35) n=42	3,19* (1,74; 4,03) n=27	2,02 (0,90; 3,01) n=14	4,04 (1,78; 5,34) n=18	6,82^A (4,04; 8,14) n=37
Alucinógenos	4,33 (2,11; 4,61) n=36	2,71 (1,08; 3,01) n=23	2,44 (0,79; 2,82) n=17	2,69^A (1,08; 4,14) n=12	5,65^{A,B} (2,16; 6,45) n=31
Heroína	0,48 (0,09; 0,60) n=4	0,23 (0,09; 0,50) n=2	0,43 (0,05; 0,96) n=3	0,45 (0,01; 1,13) n=2	0,18 (0,01; 0,56) n=1
Drogas sintéticas	2,57 (1,30; 3,38) n=21	1,30 (0,29; 1,63) n=11	1,45 (0,37; 2,03) n=10	2,05 (0,05; 3,20) n=9	2,58 (0,08; 3,24) n=14
Inhalantes	3,79 (2,19; 4,71)	3,70	4,09	5,69	1,65^B

	n=31	(2,14; 4,60) n=31	(2,31; 5,21) n=28	(2,90; 7,07) n=25	(0,47; 2,57) n=9
[†] Intervalo de confianza al 95% * Diferencias significativas entre individuos de distinto sexo, con p #0,001. ^{A, B y C} Diferencias significativas entre los respectivos grupos de edad, con p #0,05					

Asimismo, la edad también tiene una relación estadísticamente significativa con la prevalencia de consumo la mayor parte de las sustancias estimadas ya que la proporción de consumidores es mayor cuanto mayor es la edad de los encuestados, llegando incluso, como ocurre con el cannabis, las anfetaminas, la cocaína y los alucinógenos, a ser casi tres veces superior a los 17/18 años si se compara con la del grupo de menor edad.

De cualquier forma, es necesario señalar las altas prevalencias de consumo obtenidas que, aún siendo mucho menores que las resultantes para el consumo de sustancias de comercio legal, siguen siendo igualmente alarmantes puesto que más del 18% de los adolescentes de 14 a 15 años en el caso del cannabis y el 15% en el de los antiinflamatorios, ha consumido la sustancia en el mes previo a la realización de la encuesta.

Es necesario señalar que el incremento del número de consumidores de las sustancias comentadas según los adolescentes avanzan en edad no se cumple en el caso de los inhalantes puesto que el porcentaje aumenta entre los 14 y los 16 años pero decrece significativamente a la edad de 18, lo que señala el abandono del consumo a mayor edad.

Los resultados obtenidos en el estudio de la distribución del consumo según el tipo de sustancia de comercio ilegal y la frecuencia de uso en los consumidores en el último mes se presentan en la tabla 18.

Como puede observarse, dentro del grupo de consumo reciente (en el último mes), la sustancia más consumida por los jóvenes son el cannabis puesto que un 59.5% de los que los consumen lo hacen con una frecuencia al menos semanal (es decir, consumen esta sustancia diariamente o de 1 a 6 veces por semana) y los tranquilizantes cuyo porcentaje de consumidores semanales supone el 57.5% de la población de referencia. De forma contraria, en el resto de las sustancias, el porcentaje de jóvenes que consumen con una

frecuencia superior a la semanal supera a la proporción de consumidores semanales especialmente en el consumo de alucinógenos (un 78.3% frente al 21.7%).

Los resultados del análisis de la edad media de inicio en el consumo de cada una de las sustancias estimadas y el patrón de continuidad en el mismo según el sexo y la edad de los consumidores se presentan en las tablas 19 a 28.

Tabla 18. Distribución del consumo de drogas ilegales y de medicamentos en los últimos treinta días.

	Cannabis (n=523)	Anfetaminas (n=62)	Antiinflamatorios (n=292)	Morfinicos (n=106)	Tranquil. (n=87)	Cocaína (n=69)	Alucinógenos (n=60)	Heroína (n=6)	Drogas Sintéticas (n=33)	Inhalantes (n=62)
< 1 vez/semana	41,5% (n=217)	56,5% (n=35)	57,9% (n=169)	50,9% (n=54)	42,5% (n=37)	66,7% (n=46)	78,3% (n=47)	66,7% (n=4)	69,7% (n=23)	58,1% (n=36)
1 vez/semana	18,9% (n=99)	11,3% (n=7)	10,6% (n=31)	10,4% (n=11)	19,5% (n=17)	18,8% (n=13)	11,7% (n=7)	0,0% (n=0)	15,2% (n=5)	19,4% (n=12)
2/6 veces/semana	23,9% (n=125)	12,9% (n=8)	7,9% (n=23)	10,4% (n=11)	12,6% (n=11)	10,1% (n=7)	5,0% (n=3)	0,0% (n=0)	6,1% (n=2)	8,1% (n=5)
1 vez diaria	4,4% (n=23)	12,9% (n=8)	15,4% (n=45)	17,4% (n=19)	16,1% (n=14)	1,4% (n=1)	1,7% (n=1)	16,7% (n=1)	0,0% (n=0)	4,8% (n=3)
> 1 vez diaria	11,3% (n=59)	6,5% (n=4)	8,2% (n=24)	10,4% (n=11)	9,1% (n=8)	2,9% (n=2)	3,3% (n=2)	16,7% (n=1)	9,1% (n=3)	9,7% (n=6)

En el consumo de cannabis (tabla 19), la edad media de inicio se sitúa en los 14.8 años, sin que existan diferencias significativas entre hombres y mujeres [$t_{770}=-1.24$, n.s.], señalando una edad de comienzo equivalente en ambos casos.

Tabla 19. Edad media de inicio y continuidad en el consumo de cannabis según sexo y edad

	CANNABIS				
	SEXO		EDAD		
	Hombres	Mujeres	14/15 ^A	16 ^B	17/18 ^C
Edad media de inicio	14,79 (dt=1.21)	14,89 (dt=1.10)	14,06 (dt=0.74)	14,71 ^A (dt=1.00)	15,38 ^{A,B} (dt=1.18)

	n=385	n=400	n=220	n=221	n=359
Continuidad consumo (Consumo reciente/consumo alguna vez)*100	82,32*	73,97*	75,44	79,39	76,97
(Consumo frecuente/consumo reciente)*100	96,91*	78,70*	85,84	90,81	87,44

* Diferencias significativas entre individuos de distinto sexo, con $p \neq 0,05$.
^{A y B} Diferencias significativas entre los respectivos grupos de edad, con $p \neq 0,05$.

Con respecto a la edad, el análisis de varianza señala efectos significativos de esta variable [$F_{2,797}=114.65$, $p=.000$], se encontró, a través del método de comparaciones múltiples de Scheffé, un incremento significativo de la edad de comienzo en el uso de cannabis en los grupos de 16 a 18 años con respecto al de menor edad (en el grupo de 17/18 años, la edad media de inicio supera casi en dos años a la obtenida para el grupo de consumidores de 14/15 años).

En esta misma sustancia, el 78.1% de los que han probado el cannabis alguna vez en la vida lo ha seguido haciendo en los últimos seis meses, siendo los varones los que muestran una continuidad en el consumo mayor [82.32 vs. 73.97, $Z=9.18$, $p \neq 0.05$], sin que observen diferencias significativas por rangos de edad.

En el paso del consumo frecuente al realizado en los últimos treinta días, la continuidad en el consumo aumenta considerablemente ya que el 87.8% de los consumidores en el último semestre siguen consumiendo en el último mes, especialmente el grupo de varones frente a las mujeres [96.61 vs. 78.70, $Z=7.10$, $p \neq 0.05$].

En el consumo de anfetaminas (tabla 20), la edad media de inicio se sitúa en los 15.2 años, sin que existan diferencias significativas entre hombres y mujeres [15.14 vs. 15.34, $t_{99}=-.75$, n.s.]. Por el contrario, la edad sí muestra un efecto significativo [$F_{2,100}=22.13$, $p=.000$], estableciendo diferencias entre los grupos de 16 a 18 años frente al de menor edad en el que la edad de inicio en el consumo es un año inferior.

Tabla 20. Edad media de inicio y continuidad en el consumo de anfetaminas según sexo y edad

	ANFETAMINAS
--	-------------

	SEXO		EDAD		
	Hombres	Mujeres	14/15 ^A	16 ^B	17/18 ^C
Edad media de inicio	15,14 (dt=1.67) n=37	15,34 (dt=1.12) n=64	14,09 (dt=1.06) n=22	14,88^A (dt=1.30) n=24	15,89^{A,B} (dt=1.08) n=57
Continuidad consumo (Consumo reciente/consumo alguna vez)*100	65,11	71,62	62,06	81,25	64,48
(Consumo frecuente/consumo reciente)*100	82,14	92,45	77,77	87,17	87,44

A y B Diferencias significativas entre los respectivos grupos de edad, con $p \neq 0,05$.

Analizando la continuidad en el consumo en los últimos seis meses, el porcentaje de consumidores supone el 68.3% de los que consumieron la sustancia alguna vez. Es, en el paso del consumo frecuente al realizado en los últimos treinta días, en el que se produce el mayor aumento de los consumidores ya que el 83.87% de los jóvenes que consumieron en los últimos seis meses lo continúan haciendo en el último mes. En ambos, casos, se obtuvieron contrastaciones significativas ni por sexos ni por rangos de edad, pero sí es posible observar que la continuidad en el consumo aumenta notablemente en el caso de las mujeres y para los dos grupos de mayor edad.

En el caso del consumo de fármacos antiinflamatorios (tabla 21), la edad de inicio en el consumo se sitúa en los 13.4 años, sin diferencias significativas según el sexo de los consumidores [13.18 vs. 13.80, $t_{283} = -2.35$, n.s.].

Con respecto a la edad, el análisis de varianza realizado muestra el efecto significativo de esta variable [$F_{2,3541} = 32.20$, $p = .000$], encontrando nuevamente diferencias entre los distintos grupos al observar nuevamente que se produce un incremento de la edad de inicio para los grupos de mayor edad, especialmente entre el grupo de jóvenes de 16 a 18 años frente al de menor edad (la edad de inicio en el consumo es aproximadamente dos años inferior).

Tabla 21. Edad media de inicio y continuidad en el consumo de antiinflamatorios según sexo y edad

	ANTIINFLAMATORIOS	
	SEXO	EDAD

	Hombres	Mujeres	14/15 ^A	16 ^B	17/18 ^C
Edad media de inicio	13,18 (dt=2.61) n=150	13,80 (dt=2.14) n=198	12,34 (dt=2.04) n=131	13,81^A (dt=1.99) n=85	14,45^{A,B} (dt=2.45) n=141
Continuidad consumo (Consumo reciente/consumo alguna vez)*100	62,14	61,49	62,63	62,75	61,22
(Consumo frecuente/consumo reciente)*100	90,80	87,37	88,88	89,30	87,33

^{A y B} Diferencias significativas entre los respectivos grupos de edad, con p #0,05.

En este caso, el 61.8% de los que han probado los antiinflamatorios alguna vez en la vida lo ha seguido haciendo en los últimos seis meses. La continuidad en el consumo aumenta cuando se analizan los últimos treinta días ya que el 89.0% de los consumidores en el último semestre siguen consumiendo en el último mes.

Para el consumo de derivados morfínicos (tabla 22), la edad media de inicio en el consumo se sitúa un año por debajo del de las sustancias comentadas con anterioridad, concretamente en los 12.6 años, sin que existan diferencias significativas entre sexos [12.41 vs. 12.88, $t_{115}=-.80$, n.s.] ni por rangos de edad.

El análisis de la continuidad en el consumo señala que prácticamente el 59% de los adolescentes que han probado en alguna ocasión algún derivado morfínico lo han seguido haciendo en los últimos seis meses y, de todos ellos, especialmente los varones en comparación con las mujeres han continuado haciéndolo durante el último mes, sin que se detecte ningún varón que haya abandonado el consumo [100.00 vs. 89.70, $Z= 3.21$, $p\#0.05$]. Atendiendo a los grupos de edad, a pesar de que en cualquiera de ellos la continuidad en el consumo se sitúa prácticamente en el 90% de los casos, sólo es significativa la diferencia entre el porcentaje de jóvenes consumidores de 14/15 años y los de 16, señalando un considerable aumento a esta edad [90.19 vs. 100.00, $Z= -1.96$, $p\#0.05$].

Tabla 22. Edad media de inicio y continuidad en el consumo de derivados morfínicos según sexo y edad

	DERIVADOS MORFÍNICOS				
	SEXO		EDAD		
	Hombres	Mujeres	14/15 ^A	16 ^B	17/18 ^C
Edad media de inicio	12,41 (dt=2.86) n=49	12,88 (dt=3.31) n=68	12,09 (dt=2.71) n=34	13,08 (dt=2.81) n=36	12,90 (dt=3.51) n=50

Continuidad consumo (Consumo reciente/consumo alguna vez)*100	62,62	54,83	56,04	60,71	59,15
(Consumo frecuente/consumo reciente)*100	100,00*	89,70*	90,19	100,00 ^A	91,66
* Diferencias significativas entre individuos de distinto sexo, con $p \# 0,05$. ^A Diferencias significativas entre los respectivos grupos de edad, con $p \# 0,05$.					

En el consumo de tranquilizantes (tabla 23), la edad media de inicio se sitúa prácticamente en el mismo rango que en el caso del cannabis a los 14.4 años, sin que existan nuevamente diferencias significativas entre los dos sexos [14.16 vs. 14.72, $t_{171} = -1.88$, n.s.].

Tabla 23. Edad media de inicio y continuidad en el consumo de tranquilizantes según sexo y edad

	TRANQUILIZANTES				
	SEXO		EDAD		
	Hombres	Mujeres	14/15 ^A	16 ^B	17/18 ^C
Edad media de inicio	14,16 (dt=2.05) n=63	14,72 (dt=1.77) n=110	13,34 (dt=1.86) n=50	14,30^A (dt=1.69) n=53	15,47^{A,B} (dt=3.51) n=74
Continuidad consumo (Consumo reciente/consumo alguna vez)*100	43,01	49,65	49,43	51,61	42,94
(Consumo frecuente/consumo reciente)*100	97,50*	82,19*	90,90	90,62	85,71
* Diferencias significativas entre individuos de distinto sexo, con $p \# 0,05$. ^{A,B} Diferencias significativas entre los respectivos grupos de edad, con $p \# 0,05$.					

Como ocurre en otras sustancias, la edad muestra nuevamente un efecto significativo [$F_{2,174} = 25.21$, $p = .000$], estableciéndose diferencias entre los grupos de 16 y 18 años y el de menor edad, en el que la edad de comienzo en el uso de tranquilizantes es de uno (con respecto al grupo de 16 años) a dos años inferior (si se compara con el grupo de 17/18 años).

Centrándonos en el consumo en el último semestre, prácticamente el 46.3% de los jóvenes que han probado alguna vez este tipo de sustancias siguen consumiendo en este

intervalo temporal, sin que se observen diferencias significativas por grupos de edad. En los últimos treinta días, el porcentaje de jóvenes que continúan con el consumo prácticamente se duplica, suponiendo el 89.8% de los que consumieron en los seis meses anteriores, siendo los varones los que lo hacen en mayor proporción [97.50 vs. 82.19, $Z=2.68$, $p \neq 0.05$]. Al igual que ocurría en el caso anterior, no se registran diferencias significativas por grupos de edad puesto que, en cualquiera de las edades, prácticamente el 90% de los jóvenes continúan en el uso de tranquilizantes.

Para la cocaína (tabla 24), la edad media de inicio en el consumo es superior a la del resto de las sustancias analizadas situándose en los 15.7 años, sin que existan diferencias entre sexos.

Tabla 24. Edad media de inicio y continuidad en el consumo de cocaína según sexo y edad

	COCAÍNA				
	SEXO		EDAD		
	Hombres	Mujeres	14/15 ^A	16 ^B	17/18 ^C
Edad media de inicio	15,71 (dt=1.57) n=75	15,69 (dt=1.23) n=49	14,29 (dt=0.86) n=24	14,87 (dt=1.63) n=30	16,51^{A,B} (dt=3.51) n=71
Continuidad consumo (Consumo reciente/consumo alguna vez)*100	78,82	76,36	76,66	80,32	75,38
(Consumo frecuente/consumo reciente)*100	76,11	76,19	86,95	81,63	69,38

^{A,B} Diferencias significativas entre los respectivos grupos de edad, con $p \neq 0,05$.

En este caso, el análisis de varianza realizado muestra el efecto de la variable edad [$F_{2,122}=48.51$, $p=.000$], apareciendo diferencias significativas entre el grupo de jóvenes de 17/18 años y los de 14 a 16 en los que la edad de inicio es dos años inferior a la actual.

Atendiendo a la continuidad en el consumo, el 77.5% de los que probaron en alguna ocasión esta sustancia lo ha continuado haciendo durante los seis últimos meses y, de ellos, el 76.1% sigue consumiendo en el último mes. Para esta sustancia, no existen comparaciones significativas por sexos ni por rangos de edad, aunque sí es posible observar una elevada continuidad en ambas dimensiones temporales.

Para el consumo de alucinógenos (tabla 25), la edad media de inicio al consumo se sitúa en el mismo rango que en el caso de los antiinflamatorios, a la edad de 15.3 años, sin que existan diferencias entre sexos.

Con respecto a la variable edad, ésta marca diferencias entre el grupo de mayor edad y los dos anteriores, siendo dos años superior. Atendiendo a la continuidad en el consumo, algo más de la mitad de los que consumieron alucinógenos alguna vez (el 59.6%) lo han seguido haciendo durante el medio año anterior a la realización de la encuesta y, de ellos, el 77.6% los han consumido en el último mes. Al contrario de lo que ocurría para las sustancias anteriores, en este caso, se observa una disminución considerable del porcentaje de jóvenes que continúan con el consumo de alucinógenos conforme avanza la edad de los mismos. Así pues, se observan diferencias significativas entre los grupos de edad más extremos en el paso del consumo alguna vez al reciente [71.05 vs. 51.42, $Z= 1.98$, $p\#0.05$] y entre los jóvenes de 14/15 años y los de 16 cuando se analiza la proporción de consumidores que siguen haciendo uso de esta sustancia durante el último mes [88.88 vs. 64.28, $Z= 2.60$, $p\#0.05$].

Tabla 25. Edad media de inicio y continuidad en el consumo de alucinógenos según sexo y edad

	ALUCINÓGENOS				
	SEXO		EDAD		
	Hombres	Mujeres	14/15 ^A	16 ^B	17/18 ^C
Edad media de inicio	15,36 (dt=1.44) n=83	15,31 (dt=1.21) n=49	14,25 (dt=0.97) n=28	14,58 (dt=1.54) n=31	16,05^{A,B} (dt=0.87) n=75
Continuidad consumo (Consumo reciente/consumo alguna vez)*100	54,45	64,81	71,05	61,76	51,42 ^A
(Consumo frecuente/consumo reciente)*100	78,18	77,14	88,88	64,28 ^A	79,16

^{A,B} Diferencias significativas entre los respectivos grupos de edad, con $p\#0,05$.

Para el heroína (tabla 26), la edad media de inicio al consumo se sitúa en los 14.3 años, sin que existan diferencias significativas entre sexos ni grupos de edad.

A pesar de que el porcentaje de consumidores de heroína es inferior al de el resto de las sustancias, la continuidad en el consumo es notablemente superior puesto que el 100% de los hombres que la probaron alguna vez lo han seguido haciendo en los últimos seis meses y prácticamente el 91.6% durante el último mes. En este caso, no aparecen comparaciones significativas por sexos ni por grupos de edad.

En el caso del consumo de drogas de síntesis (tabla 27), la edad de inicio en el mismo es superior a la de la mayoría de las sustancias y similar a la obtenida para las anfetaminas y la cocaína (15.5 años). Con respecto a la edad, ésta establece diferencias significativas entre el grupo de jóvenes de mayor edad y el resto de los mismos, siendo la edad de inicio en el grupo de 17/18 años significativamente superior a la de los restantes grupos.

Tabla 26. Edad media de inicio y continuidad en el consumo de heroína según sexo y edad

	HEROÍNA				
	SEXO		EDAD		
	Hombres	Mujeres	14/15	16	17/18
Edad media de inicio	13,71 (dt=3.20) n=7	15,00 (dt=1.41) n=4	13,50 (dt=1.73) n=4	13,60 (dt=3.29) n=5	17,00 (dt=0.87) n=2
Continuidad consumo (Consumo reciente/consumo alguna vez)*100	100,00	100,00	100,00	116,66	100,00
(Consumo frecuente/consumo reciente)*100	83,33	100,00	100,00	71,42	100,00

Analizando la continuidad en el consumo en los últimos seis meses, se observa que el 66.1% de los jóvenes que ha probado alguna vez las drogas sintéticas siguen consumiendo en el último semestre. En el consumo en los últimos treinta días, la proporción de jóvenes que continúan usando drogas en este período vuelve a incrementarse suponiendo el 68.8% de los que las consumían en los seis meses anteriores, siendo el porcentaje de varones significativamente superior al de las mujeres [89.65 vs. 48.14, $Z=3.18$, $p\#0.05$]. Por grupos de edad, se observa una tendencia similar a la encontrada para el consumo de alucinógenos puesto que el porcentaje de jóvenes que abandonan el consumo es notablemente superior conforme avanza la edad de los mismos, estableciéndose diferencias significativas entre los grupos de edad más extremos en los que la proporción se reduce al 50% [100.00 vs. 57.77, $Z=2.45$, $p\#0.05$].

Tabla 27. Edad media de inicio y continuidad en el consumo de drogas sintéticas según sexo y edad

	DROGAS SINTÉTICAS				
	SEXO		EDAD		
	Hombres	Mujeres	14/15 ^A	16 ^B	17/18 ^C
Edad media de inicio	15,26 (dt=1.88) n=38	15,92 (dt=1.13) n=36	14,27 (dt=1.22) n=15	14,75 (dt=1.62) n=20	16,45^{A,B} (dt=1.08) n=40
Continuidad consumo (Consumo reciente/consumo alguna vez)*100	63,04	69,23	70,00	65,70	58,44
(Consumo frecuente/consumo reciente)*100	89,65*	48,14*	100,00	77,77	57,77 ^A

* Diferencias significativas entre individuos de distinto sexo, con $p \# 0,05$.
^{A,B} Diferencias significativas entre los respectivos grupos de edad, con $p \# 0,05$.

Finalmente, la edad de inicio para el consumo de inhalantes (tabla 28), es sensiblemente inferior a la del resto de sustancias analizadas puesto que se sitúa en torno a los 12.3 años, sin que existan diferencias significativas entre sexos [12.55 vs. 12.16, $t_{61} = -1.82$, n.s.]. En contraste con otros casos, la edad de inicio del grupo de jóvenes de 16 años es dos años superior al grupo de menor edad.

En cuanto a la continuidad en el consumo, el 92.6% de los consumidores de inhalantes en los últimos seis meses lo ha seguido haciendo en el último mes, y éstos suponen el 67.4% de los que los probaron alguna vez en la vida, estableciéndose diferencias significativas entre los grupos de edad más extremos, disminuyendo el porcentaje de adolescentes que continúan el consumo a los 18 años prácticamente en un 30% en comparación con los de 14 a 16 años [71.87 vs. 78.94, $Z = -2.50$, $p \# 0.05$] [78.94 vs. 42.85, $Z = 3.07$, $p \# 0.05$] [71.87 vs. 42.85, $Z = 2.37$, $p \# 0.05$].

Tabla 28. Edad media de inicio y continuidad en el consumo de inhalantes según sexo y edad

	INHALANTES				
	SEXO		EDAD		
	Hombres	Mujeres	14/15 ^A	16 ^B	17/18 ^C
Edad media de inicio	12,55 (dt=3.19) n=42	12,16 (dt=3.54) n=32	11,21 (dt=3.12) n=29	13,81^A (dt=2.61) n=26	12,21 (dt=3.88) n=19

Continuidad consumo (Consumo reciente/consumo alguna vez)*100	68,85	66,10	71,87	78,94 ^A	42,85 ^{A,B}
(Consumo frecuente/consumo reciente)*100	90,47	94,87	89,13	95,00	94,44

^{A,B} Diferencias significativas entre los respectivos grupos de edad, con $p \leq 0,05$.

5.4. Análisis del consumo de drogas legales e ilegales en función de las conductas violentas ejercidas por los adolescentes

En este apartado, con el objeto de llegar a determinar la relación entre las conductas violentas y/o delictivas de los adolescentes y el consumo de drogas legales, ilegales y médicas, se procedió a utilizar el método [crosstabs] del Spss, utilizando el Chi-cuadrado como estadístico de contraste con la corrección de continuidad para el caso de aquellas grupos con una frecuencia esperada menor de 5. El sexo de los sujetos se utilizó como variable de control, siendo el consumo de sustancias y el tipo de conducta agresiva y/o delictiva los factores de naturaleza independiente.

En primer lugar, se ha analizado la relación existente entre las distintas drogas (legales, ilegales y médicas) y el hecho de haber ejercido contra alguien alguna forma de abuso o violencia sexual. Los resultados (ver tabla 32) ponen de manifiesto que los hombres que consumen anfetaminas, tranquilizantes, cocaína, heroína, drogas de síntesis e inhalantes ejercen de forma estadísticamente significativa un nivel mayor de abuso y violencia sexual que los no consumidores. En el caso de las mujeres, solo se ha encontrado esta diferencia significativa en el caso del consumo de cocaína; es decir, las adolescentes que consumen cocaína tienen un mayor nivel de abuso y violencia sexual que las no consumidoras.

Tabla 32. Relación entre el consumo de sustancias y el abuso o violencia sexual de los adolescentes en porcentajes

	CONSUMO	HOMBRES	MUJERES
ANFETAMINAS	NO	5.4 (n= 797)	-----
	SI	21.5 (n= 19) **	-----
TRANQUILIZANTES	NO	5.2 (n=785)	-----

	SI	16.1 (n= 31) *	-----
COCAÍNA	NO	4.9 (n= 773)	4.9 (n= 810)
	SI	21.4 (n=42) ***	18.5 (n= 27) ***
HEROÍNA	NO	5.5 (n=807)	-----
	SI	50.0 (n= 4) ***	-----
DROGAS SINTÉTICAS	NO	5.1 (n=789)	-----
	SI	28.6 (n= 21) ***	-----
INHALANTES	NO	5.3 (n= 778)	-----
	SI	16.7 (n= 21) *	-----

* p<0.05; ** p < 0.01; *** p< 0.000

En segundo lugar, se ha estudiado la relación entre el consumo de las diversas sustancias y el hecho de haber participado en la destrucción de mobiliario urbano y otros objetos en la calle, parques o jardines. En la tabla 33, se presentan los resultados y, tal como se puede observar, aquellos adolescentes varones que consumen tabaco, cerveza, vino, combinados, cannabis, cocaína, alucinógenos y heroína son de forma estadísticamente significativa mucho más destructivos que los no consumidores. En las mujeres este hecho se constata en el caso de las que consumen cerveza, vino, cannabis, alucinógenos y heroína.

Tabla 33 . Relación entre el consumo de sustancias y la destrucción de mobiliario urbano en la calle, parques o jardines en porcentajes

	CONSUMO	HOMBRES	MUJERES
TABACO	NO	23.3 (n= 452)	-----
	SI	40.7 (n= 396)***	-----
CERVEZA	NO	23.5 (n= 421)	9.7 (n= 534)
	SI	38.4 (n= 427) ***	17.4 (n= 339)***
VINO	NO	22.0 (n= 404)	9.2 (n= 4659)
	SI	38.3 (n= 457)***	16.5 (n= 424)***
COMBINADOS	NO	21.0 (n=324)	-----
	SI	36.1 (n= 540) ***	-----
CANNABIS	NO	24.4 (n= 561)	10.8 (n=656)
	SI	42.6 (n= 291) ***	17.9 (n= 224) ***
COCAINA	NO	29,4 (n= 781)	-----
	SI	52.4 (n= 42) ***	-----
ALUCINOGENOS	NO	-----	12.1 (n= 824)
	SI	-----	34.8 (n= 23)

HEROINA	NO	-----	12.5 (n= 840)
	SI	-----	100.0 (n= 2)***

* p<0.05; ** p < 0.01; *** p< 0.000

En tercer lugar, se ha analizado la relación entre la destrucción de mobiliario urbano en centros escolares y el uso de las diversas sustancias de estudio. Los resultados (ver tabla 34) informan que los hombres consumidores de tabaco, cerveza, vino, combinados, cannabis, anfetaminas, cocaína y drogas de síntesis participan de forma estadísticamente significativa en mayor medida que los no consumidores en la destrucción del mobiliario escolar. En el caso de las mujeres, las que usan con frecuencia tabaco, cerveza, vino y combinados tienen un mayor nivel de participación en la destrucción de mobiliario escolar que las no consumidoras.

Tabla 34. Relación entre el consumo de sustancias y la destrucción de mobiliario en centros escolares.

	CONSUMO	HOMBRES	MUJERES
TABACO	NO	10.0 (n= 452)	4.0 (n= 371)
	SI	16.9 (n=396)***	7.7 (n=522) *
CERVEZA	NO	10.5 (n= 421)	4.3 (n=534)
	SI	15.9 (n= 427)*	9.4 (n=339) ***
VINO	NO	8.7 (n=404)	4.1 (n= 465)
	SI	16.4 (n=457) ***	8.5 (n= 424) **
COMBINADOS	NO	8.6 (n= 324)	3.0 (n= 328)
	SI	15.7 (n= 540) ***	8.2 (n=563) ***
CANNABIS	NO	10.3 (n= 561)	-----
	SI	18.6 (n= 291) ***	-----
ANFETAMINAS	NO	12.4 (n= 806)	-----
	SI	36.8 (n= 19) ***	-----
COCAÍNA	NO	12.3 (n= 781)	-----
	SI	33.3 (n= 42) ***	-----
DROGAS SINTÉTICAS	NO	12.4 (n= 796)	-----
	SI	33.3 (n= 21) **	-----

* p<0.05; ** p < 0.01; *** p< 0.000

Por último, se ha analizado la relación entre la destrucción de mobiliario urbano en transportes públicos y el consumo de sustancias. Los análisis estadísticos (ver tabla 35) muestran que los jóvenes varones que consumen tabaco, cerveza, vino, combinados, cannabis, anfetaminas, cocaína, alucinógenos, drogas de síntesis e inhalantes participan en mayor medida en la destrucción de mobiliario urbano en transportes públicos que los no consumidores. En el caso de las mujeres las que consumen alcohol (cerveza, vino y combinados) e inhalantes tienen a un nivel estadísticamente significativo mayor nivel de participación en la destrucción de mobiliario urbano en transportes públicos.

Tabla 35. Relación entre el consumo de sustancias y destrucción de mobiliario urbano en trasportes públicos en porcentajes

	CONSUMO	HOMBRES	MUJERES
TABACO	NO	2.2 (n= 452)	-----
	SI	8.3 (n= 396) ***	-----
CERVEZA	NO	3.1 (n= 421)	1.7 (n= 534)
	SI	7.0 (n= 427) **	4.1 (n= 339) *
VINO	NO	-----	1.5 (n= 465)
	SI	-----	4.2 (n= 424)*
COMBINADOS	NO	-----	0.9 (n= 328)
	SI	-----	3.9 (n= 563)**
CANNABIS	NO	2.3 (n= 561)	-----
	SI	11.0 (n= 291) ***	-----
ANFETAMINAS	NO	4.7 (n= 806)	-----
	SI	21.1 (n= 19) ***	-----
COCAÍNA	NO	3.8 (n= 781)	-----
	SI	26.2 (n= 42) ***	-----
ALUCINÓGENOS	NO	4.5 (n= 794)	-----
	SI	16.7 (n= 36) ***	-----
DROGAS SINTÉTICAS	NO	4.3 (n=796)	-----
	SI	33.3 (n= 21) ***	-----
INHALANTES	NO	4.6 (n= 786)	2.2 (n= 806)

	SI	16.1 (n= 31) **	12.9 (n= 31)***
--	----	-----------------	-----------------

* p<0.05; ** p < 0.01; *** p< 0.000

6. RESUMEN DE RESULTADOS

Análisis de las prevalencias de consumo de drogas de comercio legal e ilegal

* El alcohol (en sus diversas formas: cerveza, vino, licor y combinados) y el tabaco son las sustancias que obtienen las mayores prevalencias de consumo tanto esporádico como habitual en la población de jóvenes de 14 a 18 años, muy por encima de las estimadas para las drogas de comercio ilegal.

* Cerca de la mitad de los encuestados afirma haber consumido de forma esporádica alcohol en cualquiera de sus formas y tabaco y, de todos ellos, más de la mitad continúa con el consumo en los treinta días previos a la realización de la encuesta.

* De las drogas ilegales, prácticamente la mitad de la población de referencia ha probado el cannabis en algún momento de su vida, seguido de los antiinflamatorios, los medicamentos tranquilizantes y los derivados morfínicos. De este grupo, aproximadamente un tercio ha consumido cualquiera de estas sustancias en el último mes.

* Las drogas sintéticas y la heroína son las sustancias de comercio ilegal que obtienen menores prevalencias de consumo, siendo la continuidad en el mismo igualmente elevada puesto que más de la mitad de los consumidores esporádicos realizan un uso reciente y habitual en los últimos treinta días de ambos tipos de drogas.

* Para todas las sustancias, las mayores prevalencias se obtienen en el consumo esporádico (consumo alguna vez en la vida) y descienden conforme se analizan tanto el consumo frecuente como el reciente. En todo caso, las mayores diferencias se encuentran entre los porcentajes de jóvenes que han probado ocasionalmente cualquiera de las drogas y aquellos que siguen consumiendo en el último semestre, puesto que entre éste último y el consumo más habitual (realizado en los últimos treinta días) las diferencias porcentuales son mucho menores.

Consumo de drogas de comercio legal

En primer lugar, con respecto al consumo de **alcohol**, las conclusiones más relevantes del estudio realizado son:

* Las bebidas alcohólicas más utilizadas por los jóvenes son los combinados y los licores, en ambos casos, aproximadamente dos tercios de los que las han consumido en el último mes lo han hecho con una frecuencia semanal.

* En función del sexo de los encuestados, sólo aparecen diferencias en el consumo de cerveza y de vino en el que el porcentaje de varones consumidores supera al de las mujeres (últimos treinta días). Las proporciones de consumidores de ambos sexos son similares para el resto de las bebidas.

* Existen diferencias entre las proporciones de consumidores según los distintos grupos de edad (14/15, 16 y 17/18 años), señalando un incremento del consumo de alcohol en cualquiera de sus formas conforme aumenta la edad de los encuestados, siendo más evidente en sustancias como la cerveza y los combinados.

* Referido al consumo en el último mes, la edad media de los jóvenes consumidores de alcohol se sitúa en torno a los 16 años.

* Se aprecia un aumento considerable de la cantidad de alcohol consumida durante los fines de semana, especialmente en el caso del vino y la cerveza. Durante el fin de semana y en cualquiera de las bebidas estudiadas, los hombres realizan un consumo más intenso que las mujeres, siendo en el grupo de jóvenes de 17/18 años en el que se observa el mayor aumento de la cantidad de alcohol ingerido en cualquiera de sus formas.

* Analizando de forma independiente cada una de las bebidas consideradas, la edad media de inicio en el consumo de cerveza y de vino se sitúa en torno a los 14 años siendo menor que la obtenida para el consumo del licor y los combinados en los que la edad de comienzo es aproximadamente medio año posterior. En función del sexo de los consumidores, ambos sexos comienzan a consumir cerveza, vino y licor a una edad similar no siendo así en el caso de los combinados, en el que las mujeres parecen iniciarse a una edad significativamente inferior a la de los hombres.

* La continuidad en el consumo para el total de las sustancias es elevada puesto que aproximadamente el 80% de los que probaron alguna vez alguna de las bebidas estimadas las ha seguido consumiendo en el último semestre y, prácticamente el 90% de estos consumidores, afirman seguir haciéndolo en los últimos treinta días (especialmente en los casos de los licores y los combinados en los que prácticamente el 100% de los jóvenes

continúan con el consumo). Por edad, las mayores diferencias se obtienen en el paso del consumo alguna vez al consumo reciente, en el caso de la cerveza y los combinados en los que el porcentaje de consumidores de 16 a 18 años es superior al de jóvenes de 14 y 15 años. Por sexos, la proporción de varones que continúan el consumo es superior a la de las mujeres para cualquiera de las sustancias.

En segundo lugar, con respecto al consumo de **tabaco**:

* Se observa un porcentaje superior de mujeres fumadoras habituales (últimos treinta días) y de jóvenes consumidores de mayor edad (17/18 años). * La cantidad consumida de tabaco diariamente y los fines de semana aumenta considerablemente según la edad de los sujetos y, por el contrario, disminuyen los porcentajes de consumidores de menos de 6 cigarrillos/día. A pesar de que existe un mayor porcentaje de mujeres fumadoras, la cantidad media de cigarrillos consumida a diario y en fines de semana por ambos sexos es similar.

* La edad media de inicio en el consumo se sitúa en torno a los 13.5 años para ambos, siendo superior en el grupo de mayor edad.

* La continuidad en el consumo de tabaco es elevada puesto que prácticamente el 98% de los consumidores en el último semestre son fumadores en el último mes. En este caso, el porcentaje de mujeres que pasan del consumo alguna vez al consumo reciente es superiora al de los hombres, mientras que, cuando se analiza el paso de l consumo reciente al habitual la proporción de varones es significativamente superior. Por edades, puesto que se da un incremento importante del porcentaje de jóvenes que continúan con el consumo a la edad de 17/18 años en comparación con el grupo de menor edad.

Consumo de drogas de comercio ilegal

* De todas las sustancias estimadas, el cannabis, los fármacos antiinflamatorios, los derivados morfínicos y la cocaína son las drogas de uso más generalizado (en el último mes) entre los jóvenes madrileños componentes de la muestra de estudio. De forma genérica, se observan altas prevalencias de consumo para el total de las sustancias que, aún siendo mucho menores que las resultantes para el consumo de sustancias de comercio legal, son igualmente alarmantes puesto que cerca del 20% de los adolescentes de 14 a 15 años en

el caso del cannabis y casi el 16% en el de los antiinflamatorios, ha consumido la sustancia de referencia en el mes previo a la realización de la encuesta. el total de consumidores, cerca del 60% afirma consumir cannabis y tranquilizantes sin prescripción médica con una frecuencia al menos semanal mientras que, en el caso del resto de las sustancias analizadas, el porcentaje de jóvenes que consumen con una frecuencia superior a la semanal supera a la proporción de consumidores semanales especialmente en el consumo de alucinógenos.

* Por sexos, el porcentaje de varones consumidores es significativamente superior al de las mujeres en el caso del cannabis y la cocaína mientras que, en el caso de las anfetaminas y los tranquilizantes, son éstas las que afirman en una mayor proporción haber consumido estas sustancias en el último mes.

* En cualquiera de las drogas de estudio, el porcentaje de consumidores aumenta considerablemente con la edad (especialmente, en el consumo de cannabis, anfetaminas, cocaína y alucinógenos en el que la proporción llega a triplicarse a los 18 años en comparación con el grupo de 14/15 años), siendo el intervalo comprendido entre los 16 y los 18 años en el que se produce el mayor incremento.

* La edad media de inicio en el consumo se sitúa en torno a los 14 años para sustancias como el cannabis, los tranquilizantes y la heroína mientras que para las anfetaminas, la cocaína, los alucinógenos y las drogas de síntesis la edad de comienzo es aproximadamente un año posterior. A este respecto, es necesario subrayar que en el caso de los antiinflamatorios y los derivados morfínicos la edad de inicio es sensiblemente inferior a las comentadas, situándose alrededor de los 13 años.

* La continuidad en el consumo de drogas ilegales es elevada en todos los casos. Por sexos, los hombres presentan una mayor continuidad en el consumo exclusivamente en el caso del cannabis, los derivados morfínicos, los tranquilizantes y las drogas de síntesis mientras que, en el resto de las sustancias, no aparecen diferencias relevantes en la proporción de jóvenes en función del sexo masculino o femenino. Por grupos de edad, se aprecia un aumento significativo de la continuidad en el consumo conforme avanza la edad en el caso de los derivados morfínicos, los alucinógenos, las drogas de síntesis y los inhalantes.

Consumo de drogas legales e ilegales en función de las conductas violentas ejercidas por los adolescentes

* Los jóvenes varones que consumen anfetaminas, tranquilizantes, cocaína, heroína, drogas de síntesis e inhalantes tienen un nivel de violencia y abuso sexual significativamente mayor que los no consumidores. En las mujeres sólo se da en el caso de la cocaína.

* En relación con la destrucción de mobiliario urbano en calles, parques y jardines los hombres que consumen tabaco, alcohol (cerveza, vino y combinados), cannabis, cocaína, alucinógenos y heroína tienen un nivel de destrucción significativamente mayor que los no consumidores. En el caso de las jóvenes este hecho se constata para las que consumen alcohol (cerveza y vino), cannabis, alucinógenos y heroína.

* En cuanto a la destrucción de mobiliario urbano en centros escolares, los hombres que consumen tabaco, alcohol (cerveza, vino y combinados), cannabis, anfetaminas, cocaína y drogas de síntesis participan en la destrucción de este tipo de mobiliario de forma estadísticamente significativa que en el caso de aquellos jóvenes que no consumen. En las mujeres este hecho se constata en el caso de las que consumen tabaco y alcohol (cerveza, vino y combinados).

7. DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos confirman nuevamente el uso generalizado de sustancias adictivas en la población de jóvenes de nuestra Comunidad. Más específicamente, en consonancia con los datos de otros muchos estudios (Calafat, Amengual, Mejías y Borrás, 1989; Comas, 1990; Elzo y cols., 1992; PNSD, 1994,1996,1998; CAM, 1996,1997,1998,1999), las drogas de comercio legal (tabaco y alcohol) son las que obtienen mayores prevalencias de consumo tanto si se analiza el contacto esporádico con cualquiera de las sustancias como el consumo más habitual (realizado durante el último mes).

En este último caso, los porcentajes de consumidores obtenidos son similares o ligeramente superiores a los mostrados por otros trabajos realizados en la Comunidad Autónoma de Madrid (CAM, 1996; CAM, 1997; CAM, 1998; CAM, 1999; Alonso, Rosado, Ruiz y Alonso Fernández, 1997). En comparación con otras Comunidades Autónomas, en la misma línea señalada por el PNSD (1994), nuestra muestra ofrece unas prevalencias de consumo algo superiores a las obtenidas por otros autores en poblaciones

como la catalana (Aubà y Villalbí, 1993b; Ariza y Nebot, 1995) y la valenciana (Cruz Mora y Cruz Mora, 1993) y siguen la misma tendencia presentada recientemente por la Junta de Andalucía (1997).

En cuanto al consumo de alcohol, las bebidas preferidas por los jóvenes de Majadahonda de nuestra muestra de estudio son los combinados, los licores y el vino, constatando (con respecto a las dos primeras sustancias) la tendencia señalada desde comienzos de la década de los 90 por diversos estudios (CAM, 1992; PNSD, 1994,1996,1998; Valero y cols., 1996; González Iglesias, 1996), que señalan la consolidación de un patrón de consumo centrado en el uso de sustancias de mayor graduación relegando otras, que habían sido tradicionalmente las bebidas de referencia dentro del patrón de consumo mediterráneo (vino, sidra).

Este dato alcanza mayor significación si se observa no sólo el consumo esporádico sino también el más frecuente, encontrando que aproximadamente el 68% de los consumidores en el último mes han bebido combinados con una frecuencia semanal además del vino (61%) y los licores (58%), lo que supone una utilización habitual de sustancias de mayor graduación que bien podría reflejar una mayor tolerancia del alcohol por parte de los más jóvenes de nuestra comunidad. En este mismo sentido, es importante señalar que, en nuestra muestra, a pesar de que se observa nuevamente un aumento considerable del consumo de alcohol durante los fines de semana (Álvarez, Queipo, Del Río y García, 1991; Cruz Mora y Cruz Mora, 1993; Gómez-Reino, Ferreiro, Domínguez y Rodríguez, 1995; Elzo, 1996; González Iglesias, 1996; Alonso y cols., 1997), sobre todo en el caso del vino y la cerveza, siendo el incremento menor en el caso de los combinados y licores, lo que de nuevo señalaría la existencia de un uso continuado de este tipo de bebidas a lo largo de la semana, tal y como ocurre en otros países del centro y norte de Europa (OMS, 1993).

Referido al grupo de consumidores en el último mes, la edad media de inicio en el consumo de alcohol se sitúa en torno a los 13.7 años (PNSD, 1994,1996,1998), observándose, en la misma dirección que la señalada por el PNSD (1994), un descenso significativo de la edad de comienzo en el uso de cualquiera de las bebidas en el grupo de mayor frecuencia de consumo y de bebedores de alta graduación frente a los no bebedores o bebedores esporádicos. Por sexos, en función del tipo de bebida, no existen diferencias en

cuanto a la edad de inicio en el consumo de las distintas bebidas alcohólicas, a excepción de los combinados, en los que las mujeres parecen iniciarse a una edad más temprana (medio año), contrastando con los resultados de otros autores que señalan un comienzo más tardío en el uso de sustancias por parte de las mujeres (Álvarez y cols., 1991; PNSD, 1994).

Por rangos de edad, es a partir de los 15 años donde se observa un mayor progreso hacia el consumo de cualquier tipo de bebida alcohólica, situándose la edad media de los jóvenes con un consumo frecuente de alcohol en torno a los 14 años. En este sentido, tal y como se ha puesto de manifiesto repetidamente en la literatura (Álvarez y cols., 1991; Villalbí, Comin, Nebot y Murillo, 1991; Elzo y cols., 1992; Luengo, Otero, Mirón y Romero, 1992; PNSD, 1994; Ariza y Nebot, 1995; Martínez, García, Domingo y Machín, 1996), se constata el efecto positivo del aumento de la edad sobre el incremento de la frecuencia e intensidad del consumo de alcohol, disminuyendo el porcentaje de abstemios y aumentando la proporción de bebedores habituales y de mayor graduación. Este hecho vuelve a constatarse al detectar que es, a la edad de 17/18 años, donde existe un mayor porcentaje de jóvenes que continúan consumiendo, constatándose este hecho para la totalidad de las bebidas incluidas en el estudio.

Al considerar el sexo de los encuestados, los datos obtenidos apoyan la tendencia ya observada por otros estudios (Aubà y Villalbí, 1993b; PNSD, 1994,1996; CAM, 1996,1997; Alonso y cols., 1997) respecto a la igualdad de sexos en la frecuencia de consumo diario de alcohol, obteniéndose proporciones equivalentes de consumidores para el total de las bebidas consideradas, encontrándose diferencias al analizar el consumo realizado durante los fines de semana puesto que, en estas ocasiones, son los hombres los que llevan a cabo un consumo mayor de alcohol en comparación con las mujeres. Asimismo, los patrones de continuidad en el consumo obtenidos son elevados para ambos sexos, siendo los hombres los que parecen continuar en mayor medida con el consumo de alcohol especialmente en el caso de la cerveza y el vino.

Por su parte, el tabaco es, en nuestra muestra de estudio, la segunda de las sustancias de mayor prevalencia de consumo puesto que prácticamente la mitad de los encuestados afirmaron consumirla en el mes previo a la realización de la encuesta y, de ellos, prácticamente el 40% son fumadores diarios. Estos porcentajes son algo superiores a

los obtenidos en otros estudios recientes realizados tanto dentro de nuestra Comunidad Autónoma (CAM, 1996,1997,1998,1999) como en otras comunidades (Ariza y Nebot, 1995; Martínez y cols., 1996; Leandro, Hernández, Martínez y Ciriza, 1997), indicando un especial incremento de la tasa de fumadores habituales en la población de referencia en la misma dirección que la observada por el estudio realizado a nivel nacional por el PNSD (1996) y en contraste con la tendencia contraria observada en otras regiones del país (Fernández y Intxaurza, 1994; Junta de Andalucía, 1997).

Al igual que ocurría para el consumo de alcohol, la edad media de inicio en el consumo se sitúa en torno a los 13.5 años (Vallescar y cols., 1991; CAM, 1995; PNSD, 1996,1998), siendo similar para ambos sexos y contrastando con los resultados de otros estudios que señalan un inicio anterior en el caso de los hombres (Fidalgo, López, Piñeiro y Fueyo, 1993; Comas 1994; Barrueco, 1995), a pesar de que, en el presente estudio, la proporción de mujeres fumadoras es significativamente superior. Es necesario subrayar que no existen conclusiones consistentes de los estudios realizados en este área sobre las diferencias entre sexos, discrepando en los resultados obtenidos. Así pues, mientras algunos autores evidencian la misma tendencia encontrada en nuestro estudio que señala la superioridad del sexo femenino con respecto a una mayor frecuencia de consumo (Almenara y cols., 1990; CAM, 1995; PNSD, 1996; CAM, 1996; Lora y cols., 1996; Campins y cols., 1996; CAM, 1997; PNSD, 1998; CAM, 1998; CAM, 1999), otros indican lo contrario (Junta de Andalucía, 1997) o no encuentran diferencias notables en las proporciones de fumadores en este indicador (Vallescar y cols., 1991; Cruz Mora y Cruz Mora, 1993; Ariza y Nebot, 1995). De cualquier forma, en el grupo de usuarios habituales y en el mismo sentido observado en el consumo de alcohol, cuando se analiza la intensidad del mismo sí parece que nuevamente son los hombres los que fuman una mayor cantidad de cigarrillos tanto a diario como en fin de semana (Comas, 1994).

En el mismo sentido propuesto por otros trabajos, la edad vuelve a ser determinante en el consumo de tabaco (Fidalgo y cols., 1993; CAM, 1996, Martínez y cols., 1996; Leandro y cols., 1997; CAM, 1997; CAM, 1998; CAM, 1999). Así pues, se observa que el porcentaje de fumadores habituales aumenta considerablemente con la edad siendo en el rango de los 17/18 años en el que aparece un menor número de jóvenes abstemios (tan sólo el 36% de la muestra) y, al mismo tiempo, el mayor número de encuestados que fuman una

cantidad superior a 6 cigarrillos por día (prácticamente el 65% de los fumadores diarios).

Es quizás en los resultados obtenidos en el estudio sobre el uso de drogas de comercio ilegal donde se observan aspectos específicos del consumo especialmente relevantes. De cualquier forma, el cannabis es la sustancia más consumida por los jóvenes ofreciendo una prevalencia de consumo muy superior a la obtenida para el resto de las drogas estimadas (prácticamente el 28% de los encuestados afirman haberla consumido en el mes previo a la encuesta), confirmándose como la de mayor penetración en la población más joven y mostrando, en esta ocasión, cifras de consumo muy superiores a los estudios actuales (PNSD, 1994, 1996, 1998; Elzo, 1996; Torres y Domínguez, 1997).

Esta situación se hace más evidente cuando se observa que exclusivamente esta sustancia junto con los tranquilizantes son las que los jóvenes consumen en mayor medida con una frecuencia semanal, llegando a porcentajes cercanos al 60.0% de los consumidores en el último mes. Con respecto al resto de las drogas consideradas, en nuestra muestra, las anfetaminas, los antiinflamatorios, los derivados morfínicos, la cocaína, los alucinógenos, la heroína, las drogas de síntesis y los inhalantes son utilizadas por los jóvenes con una frecuencia mayor a la semanal, indicando para estos casos, en comparación con el cannabis y los tranquilizantes una frecuencia de uso menor.

En este apartado, para la lectura de las conclusiones obtenidas en el presente trabajo y su posible generalización y comparación con otros estudios, es necesario recordar la tipología de las drogas de comercio ilegal que se han estimado en el mismo. En primer lugar, al igual que otros autores, se analiza el consumo de sustancias consideradas de forma independiente como el cannabis, la cocaína y las drogas de síntesis. En segundo lugar, se analizan distintos grupos de sustancias de la misma familia que suponen la inclusión de otras que no han sido consideradas por otros trabajos de la misma área, con el objetivo de ampliar el conocimiento sobre el uso de derivados que bien podían estar más cercanos a la población de referencia abriendo el campo de estudio. Tal es el caso de los derivados morfínicos en los que, además de la heroína, se ha estimado también el uso de otra serie de fármacos con una composición derivada de la codeína o la morfina de posible uso común por su poder analgésico. En tercer lugar, se ha incluido el estudio del consumo de fármacos antiinflamatorios que, por sugerencia de los tutores de los centros, podían también ser de

los más utilizados por la población de jóvenes adolescentes al ser indicados para el tratamiento de dolencias típicas de esta edad provocados por el deporte o la actividad física.

Así pues, en cuanto a la frecuencia de consumo de las diferentes sustancias, los resultados obtenidos son notablemente distintos a los de otros trabajos. En este sentido, sorprende que, por ejemplo, los medicamentos antiinflamatorios ocupen el segundo lugar después del cannabis o que los derivados morfínicos sean más consumidos que los tranquilizantes, la cocaína o las anfetaminas.

De cualquier forma, este tipo de resultados bien puede señalar la existencia de un conjunto de sustancias de uso común entre la población más joven que necesariamente deben ser consideradas al tratarse de drogas, que aunque médicas, tienen un poder adictivo similar a las consideradas tradicionalmente y, lo que es más alarmante, que pueden ser de fácil acceso a estas edades por encontrarse entre las prescritas más comúnmente para sí mismos o para sus familiares adultos. Asimismo, esta propuesta explicativa de los altos índices de consumo centrada en la mayor accesibilidad del conjunto de drogas médicas por parte de los adolescentes, podría verse apoyada por el hecho de que la edad media de inicio para el total de estas sustancias se encuentre en torno a los 13 años (medicamentos antiinflamatorios, derivados morfínicos, inhalantes) mientras que, para otras como la cocaína, el cannabis y las drogas de síntesis es un año y medio posterior, al ser posiblemente éstas las que requieren una mayor planificación para su obtención y, como no, un mayor poder adquisitivo.

Para el grupo de drogas de comercio ilegal y a diferencia de lo que ocurría con el tabaco y el alcohol, sí aparecen diferencias señaladas en el porcentaje de consumidores de cada una de las sustancias en función del sexo de los mismos. Así pues, por una parte, son los hombres los que consumen en mayor medida el cannabis confirmando los resultados obtenidos por diversos estudios que asocian repetidamente el consumo de esta sustancia al sexo masculino (PNSD, 1994,1996,1998,1999; Campins y cols., 1996; CAM, 1996,1997,1998,1999; Junta de Andalucía, 1997; Torres y Domínguez, 1997) y, por otra, es el porcentaje de mujeres consumidoras de tranquilizantes (PNSD, 1994,1996, 1998; Junta de Andalucía, 1997) y anfetaminas el que supera al de los hombres, volviendo a señalar el hecho constatado de la preferencia por parte del sexo femenino por el uso de fármacos, que

posiblemente sea respuesta a un consumo menos exteriorizado, más centrado en sustancias de mayor accesibilidad y con menos connotaciones a nivel social (supuestamente, se trata de fármacos que a pesar de exigir receta médica para su comercialización pueden tener una mayor aceptación social al ser indicadas, realizando un buen uso de las mismas, para el tratamiento de dolencias o problemas relacionados con la salud).

Estas diferencias encontradas en la proporción de jóvenes consumidores según su sexo, no se mantienen en función del patrón de continuidad en el uso de cada una de las sustancias de comercio ilegal, puesto que, en la mayor parte de los casos el porcentaje de hombres que mantienen el uso de las mismas es mayor que el de las mujeres, especialmente en el uso de cannabis, los derivados morfínicos, los tranquilizantes y las drogas de síntesis.

Finalmente, subrayar que nuevamente el consumo de este tipo de drogas mantiene una relación directa con la edad, siendo el grupo de jóvenes de entre los 16 y los 18 años el de mayor riesgo puesto que, a estas edades, la proporción de consumidores incrementa notablemente con respecto a los grupos de menor edad (PNSD, 1994; CAM, 1996, 1997), a excepción del caso de los inhalantes.

SEGUNDO ESTUDIO:

VALOR PREDICTIVO DE LAS VARIABLES ASOCIADAS AL CONSUMO DE DROGAS ADOLESCENTE

El punto de partida de este segundo trabajo se centra, de forma genérica, en determinar el valor predictivo de algunos de los factores que parecen mantener una relación de causalidad con el inicio del consumo de drogas (capítulo 2) en nuestra muestra de jóvenes del Municipio de Majadahonda. En este caso, se han tomado en consideración exclusivamente variables de carácter psicosocial, por ser éstas las que han mostrado una mayor relevancia predictiva y, además, por ser posiblemente las que mejor puedan ser manejadas desde el ámbito de la prevención y de la salud.

En los siguientes apartados, se presentan de forma detallada tanto los objetivos perseguidos como aquellos datos referentes a la metodología y diseño utilizados en la presente investigación.

1. OBJETIVOS

El presente estudio tiene cuatro objetivos básicos:

OBJETIVO 1: Determinar la forma en la que se asocian los consumos de las diferentes sustancias consideradas (tabaco, alcohol en sus diversas formas, cannabis, fármacos antiinflamatorios y tranquilizantes, derivados morfínicos, alucinógenos, inhalantes, anfetaminas, cocaína, heroína y las drogas de síntesis), aislando aquellos grupos cuyo uso tiende a presentarse de un modo conjunto en una muestra de adolescentes de 14 a 18 años perteneciente al Municipio de Majadahonda.

OBJETIVO 2: Evaluar la asociación entre los distintos conjuntos de variables tanto individuales (psicológicas) como de socialización (escolares y relacionadas con la

influencia del grupo de iguales) y cada uno de los grupos de sustancias de consumo obtenidos, determinando si las primeras pueden ser consideradas como importantes correlatos de la implicación de los adolescentes en el consumo diferencial de las mismas.

OBJETIVO 3: Determinar la capacidad predictiva de cada una de las variables consideradas, estimando el peso específico de cada una de ellas en cada uno de los grupos de sustancias de consumo, en el intento de establecer un perfil específico, un conjunto de factores especialmente asociados a cada uno de los grupos de drogas más consumidas por los adolescentes.

OBJETIVO 4: Presentar, para cada uno de los grupos de sustancias más consumidas, distintos modelos de riesgo y protección en función del valor predictivo del consumo o de la abstinencia obtenido por cada una de las variables de estudio, que sirvan como base para el programa preventivo posterior con la idea de que éste se ajuste a la realidad del consumo de los jóvenes y a aquellos aspectos que favorecen o, por el contrario, inhiben su implicación en el mismo.

2. MUESTRA

Para este estudio, se trabajó con una muestra de 1.623 sujetos de ambos sexos (49,1% hombres y 49% mujeres) con edades comprendidas entre los 14 y los 18 años, extraída de seis institutos del Municipio de Majadahonda. Dentro de cada uno de los centros de enseñanza públicos y privados seleccionados, el muestreo se realizó tomando el aula como unidad muestral, hasta completar una muestra representativa de sujetos en función tanto de su curso escolar correspondiente, como de su edad y sexo, respectivamente.

3. INSTRUMENTOS Y VARIABLES

Para el presente estudio se utilizó, por un lado, la primera parte con formato de encuesta del instrumento de evaluación comentado capítulos anteriores, que hace referencia al análisis de distintas variables psicológicas y de socialización (relacionadas con la influencia del grupo de iguales, escolares y conductas violentas ejercidas por los

adolescentes). Por otra, se utilizaron las cinco escalas de evaluación psicológica y sus correspondientes subescalas incluidas en el instrumento general de evaluación. Estas son: el *Cuestionario de evaluación del autoconcepto (AC)* con las subescalas: Autoconcepto negativo, Autoconcepto positivo y Autoconcepto-Autoestima; la *Escala de conducta antisocial (ASB)*; la *Escala de evaluación de la depresión (EED)* con las subescalas: escala de depresión y escala de felicidad; la *Escala de búsqueda de sensaciones para niños y adolescentes (EBS-J)* y, finalmente, la *Escala de impulsividad, afán de aventura y empatía (IVE-J)* con las subescalas: escala de impulsividad, escala de afán de aventura y escala de empatía.

Variables a predecir

En el estudio se utilizaron un total de 3 variables o factores fruto de la agrupación de las sustancias consideradas en función de la frecuencia de consumo frecuente de las mismas (llevado a cabo por los adolescentes encuestados durante el mes previo a la realización de la encuesta) que sirvieron como criterios o variables dependientes. A continuación, se presentan cada una de ellas según se obtuvieron a través del Análisis Factorial realizado como primer paso para el desarrollo del presente trabajo, que se presenta de forma pormenorizada en el apartado de resultados:

1. *Drogas legales*. Es el grupo conformado por aquellas sustancias que saturaron en un primer factor denominado de esta forma porque en él aparecieron incluidas la totalidad de las drogas de comercio legal (tabaco, cerveza, vino, licores y combinados) consideradas en el estudio además del cannabis.

2. *Drogas ilegales*. Es el grupo formado por aquellas sustancias que saturaron en un segundo factor denominado así porque en él resultaron incluidas todas aquellas drogas de comercio ilegal consideradas en el presente estudio: los alucinógenos, la cocaína, la heroína, las drogas de síntesis, las anfetaminas y los inhalantes.

3. *Drogas médicas*. Es el grupo conformado por aquellas sustancias que saturaron en un tercer factor denominado de esta forma porque en él se incluyeron la mayor parte de los fármacos y sustancias incluidas en el estudio que requieren una prescripción médica para su obtención. Así pues, esta segunda variable se compuso por los derivados morfínicos y los fármacos tranquilizantes y antirreumáticos.

Variables predictoras

En conjunto, se consideran un total de cuatro grupos de variables (psicológicas, influencia del grupo de iguales, escolares y conductas violentas) que se evaluaron a través de ítems integrados en el cuestionario con formato de encuesta y escalas y subescalas de evaluación psicológica. A continuación, se presenta el listado de todas ellas agrupadas en función de los factores globales a los que hacen referencia, presentando su correspondencia con cada uno de los ítems o de las escalas a través de los que se realizó su estimación.

Variables Psicológicas

AUTOCONCEPTO Y DEPRESIÓN

Autoconcepto positivo (Escala AC).

Autoconcepto negativo (Escala AC).

Autoconcepto-autoestima (Escala AC).

Depresión (Escala EED).

Felicidad (Escala EED).

Satisfacción del tiempo libre (Ítem 5).

CARACTERÍSTICAS DE LA PERSONALIDAD

Búsqueda de emociones (Escala EBS-J).

Búsqueda de excitación (Escala EBS-J).

Desinhibición (Escala EBS-J).

Sinceridad (Escala EBS-J).

Susceptibilidad al aburrimiento (Escala EBS-J).

Afán de aventura (Escala IVE-J).

Empatía (Escala IVE-J).

Impulsividad (Escala IVE-J).

CONDUCTA ANTISOCIAL

Conducta antisocial (Escala ASB).

Relaciones sexuales tempranas (Ítem 43).

Edad de la primera relación sexual (Ítem 43).

RECURSOS PERSONALES Y PRÁCTICA RELIGIOSA

Participación en asociación cultural (Ítem 7).

Participación en asociación deportiva (Ítem 8).

Práctica religiosa (Ítem 35).

Práctica de deportes (Ítem 36).

GASTO SEMANAL EN LA ADQUISICIÓN DE DROGAS LEGALES

Gasto semanal en la compra de alcohol (Ítem 4).

Gasto semanal en la compra de tabaco (Ítem 4).

Gasto semanal en la compra de cannabis (Ítem 4).

Gasto semanal en la compra de otras drogas (Ítem 4).

VARIABLES DE SOCIALIZACIÓN: INFLUENCIA DEL GRUPO DE IGUALES**TIPO DE ACTIVIDADES REALIZADAS EN GRUPO**

- Salir con los amigos a pubs, bares y discotecas (Ítem 30).
- Salir con los amigos a la calle, al parque (Ítem 30).
- Salir con los amigos al cine (Ítem 30).
- Salir con los amigos a practicar deportes (Ítem 30).
- Salir con los amigos a conciertos (Ítem 30).
- Salir con los amigos a la casa de alguno de ellos o a la suya (Ítem 30).
- Participar con los amigos en alguna asociación o grupo (Ítem 30).
- Salir con los amigos de excursión (Ítem 30).

CONSUMO DE DROGAS EN AMIGOS

- Consumo de alcohol en los amigos (Ítem 31).
- Consumo de tabaco en los amigos (Ítem 32).
- Consumo de estimulantes en los amigos (Ítem 33).
- Consumo de tranquilizantes en los amigos (Ítem 33).
- Consumo de derivados morfínicos en los amigos (Ítem 33).
- Consumo de anfetaminas en los amigos (Ítem 34).
- Consumo de cocaína en los amigos (Ítem 34).
- Consumo de heroína en los amigos (Ítem 34).
- Consumo de drogas sintéticas en los amigos (Ítem 34).

NATURALEZA DE LA RELACIÓN E IDENTIFICACIÓN CON GRUPO DE IGUALES

- Satisfacción con la relación (Ítem 28).
- Frecuencia con la que el adolescente ve a sus amigos (Ítem 29).
- Realizar actos prohibidos junto con el grupo de iguales por no diferenciarse de ellos (Ítem 48).
- Decidir de acuerdo con las decisiones que toma el grupo (Ítem 59).
- Sentirse integrado en el grupo de amigos (Ítem 61).

VARIABLES DE SOCIALIZACIÓN: ESCOLARES**RENDIMIENTO ACADÉMICO**

- Nota media global en el último curso (Ítem 37).
- Nota media global en la última evaluación (Ítem 37).

VALORACIÓN DEL CENTRO ESCOLAR

- Valoración del Centro en el área intelectual (Ítem 38A).
- Valoración del Centro en el área física (Ítem 38B).
- Valoración del Centro en el área artística (Ítem 38C).
- Valoración del Centro en el área afectiva (Ítem 38D).

NATURALEZA DE LA RELACIÓN

- Faltar a clase sin motivo justificado (Ítem 42).

AUTOVALORACIÓN ACADÉMICA

- Consideración como estudiante (Ítem 39).

Variables de socialización: Conductas violentas de los adolescentes**VIOLENCIA INDIVIDUAL**

- Pensar en las consecuencias antes de realizar un acto violento (Ítem 51).
- Dejarse llevar por el impulso ante el deseo de hacer algo violento (Ítem 52).
- Ejercer violencia para descargarse en situaciones tensas y estresantes (Ítem 53).
- Ejercer violencia para descargarse ante problemas afectivos (Ítem 54).
- Ejercer violencia para descargarse cuando la ejercen contra él (Ítem 55).
- Participar en la destrucción de mobiliario urbano (Ítem 56).
- Antes de tomar una decisión, analizar detalladamente la situación (Ítem 57).
- Dejarse llevar por la intuición (Ítem 58).
- Haber ejercido contra alguien alguna forma de abuso o violencia sexual (Ítem 60).

VIOLENCIA GRUPAL

- Tener amigos que intentan convencerle de que realice actos violentos (Ítem 46).
- Tener amigos violentos (Ítem 47).
- Realizar actos prohibidos junto con el grupo de iguales por no diferenciarse de ellos (Ítem 48).
- Participar en una pelea por no quedar mal ante los amigos (Ítem 49).
- Participar en una pelea para defender a un amigo aunque éste la haya provocado (Ítem 50).
- Sentirse integrado en el grupo de amigos (Ítem 61).

4. ANÁLISIS DE DATOS

Se llevaron a cabo diversos análisis estadísticos en fases consecutivas en función de los objetivos de investigación propuestos empleando el paquete estadístico SPSS v.9.01. A continuación, se presentan en el orden en el que fueron realizados y su correspondencia con los objetivos generales propuestos:

* En primer lugar, para dar respuesta al primero de los objetivos planteados, se llevó a cabo un análisis factorial de las sustancias de consumo. El objetivo fue, además de intentar reducir el número de variables de estudio de una forma empírica, llegar a identificar un número de factores, inferior al número de variables con las que se contaban, mediante los que se pudiera describir de manera simplificada la forma real en la que se agrupan las sustancias de consumo tal y como son utilizadas por los adolescentes con un uso reciente de las mismas (realizado en el último mes). En este caso, se utilizó el método de rotación Varimax (Kaiser, 1958) que tiende a minimizar el número de variables que tienen saturaciones altas en un factor facilitando la interpretación de los resultados y el manejo de los mismos para los análisis posteriores.

* En segundo lugar, se realizaron diversos análisis de regresión para determinar en qué medida las variables psicosociales consideradas podían explicar la implicación de los jóvenes en el consumo de drogas y señalar aquellas con una mayor capacidad predictiva del fenómeno (tercero de los objetivos generales de investigación). En todos los casos, se utilizó el análisis de regresión múltiple a través del método *stepwise* (por pasos) puesto que permite detectar la contribución tanto de cada uno de los conjuntos de variables como de cada una de las variables de forma específica, iniciando un proceso de selección de variables [paso a paso] en el que en cada uno de ellos se introduce una nueva variable en la ecuación de regresión, finalizando éste cuando no queda ninguna fuera de la misma que satisfaga el criterio de selección ni tampoco dentro de la ecuación que satisfaga el criterio de eliminación.

5. RESULTADOS

Se presentan a continuación los resultados obtenidos tras realizar los análisis estadísticos pertinentes. Con el objetivo de facilitar su presentación y posterior lectura, se han propuesto dos apartados diferenciados que responden también a la secuencia temporal en la que fueron llevados a cabo. En primer lugar, se exponen los datos resultantes del análisis factorial realizado con el total de las sustancias de consumo consideradas en este estudio y, en segundo lugar, se presentan los resultados de los análisis de regresión aplicados para la predicción del consumo en función de distintas variables de carácter psicosocial.

5.1. Análisis factorial de las sustancias de consumo

Es éste el primero de los pasos llevados a cabo en el presente estudio con un doble objetivo. En primer lugar, determinar el modo en el que se agrupan las sustancias de consumo consideradas en función del uso frecuente de las mismas. Para ello, a pesar de que existen modelos teóricos que podrían responder a los fines perseguidos (Elliot, Huizinga y Ageton, 1985; Kandel, 1975), se optó por realizar una prueba estadística que lograra exponer de una forma empírica el patrón tipo de las agrupaciones de las distintas drogas tal y como los adolescentes las utilizan de forma habitual que, estaría más cercano al

policonsumo que al consumo exclusivo de cualquiera de las sustancias de análisis. En segundo lugar, puesto que se partía de un considerable número de drogas estimadas, lograr, en la medida de lo posible, una reducción justificada de las mismas que se aproximara a la realidad de la muestra de estudio y supusiera una pérdida mínima de información y, finalmente, facilitara su uso para la predicción del consumo realizada con posterioridad.

Considerando los aspectos comentados, los resultados obtenidos referentes a la estructura subyacente al conjunto de drogas consideradas en función del uso habitual de las mismas se presentan en la tabla 0.

Tabla 0. Matriz factorial rotada (VARIMAX) de todas las sustancias de consumo en función del uso frecuente de las mismas (últimos 30 días).

Sustancias	Factor 1	Factor 2	Factor 3
Tabaco	0.633		
Cerveza	0.734		
Vino	0.723		
Licores	0.750		
Combinados	0.782		
Cannabis	0.637		
Alucinógenos		0.753	
Cocaína		0.717	
Heroína		0.756	
Drogas sintéticas		0.758	
Anfetaminas		0.469	
Inhalantes		0.591	
Derivados morfínicos			0.645
Tranquilizantes			0.670
Antiinflamatorios			0.675
<i>Eigenvalues</i>	4.061	2.222	1.332
% Varianza explicada	27.074	14.816	8.880

Nota: No se incluyen saturaciones inferiores a 0.40.

En conjunto, se extrajeron tres factores con *eigenvalues* superiores a la unidad que explicaron conjuntamente el 50.6% de la varianza total. De forma específica, el primero de ellos, es el que explica el mayor porcentaje de la variabilidad (concretamente el 27.0%), posiblemente porque se trata del conjunto de drogas más consumidas por los jóvenes encuestados y por tratarse de las sustancias a través de las que la gran mayoría de ellos se inicia en el consumo. Así pues, este primer factor, denominado *Drogas legales*, agrupa a sustancias como el alcohol en sus diversas formas (cerveza, licor, vino y combinados), el tabaco y el cannabis, señalando la existencia de un patrón de policonsumo conformado por todas aquellas sustancias de comercio legal entre sí y entre éstas y el cannabis.

El segundo de los factores obtenidos, denominado *Drogas Ilegales*, es el conformado por los alucinógenos, la cocaína, la heroína, las drogas de síntesis, las anfetaminas y los inhalantes que también son consumidas de forma conjunta por los adolescentes, llegando a explicar el 14.8% de la varianza total.

Finalmente, se constató la presencia de un último grupo de sustancias conformado por todos aquellos fármacos cuyo consumo se realiza sin una prescripción médica que lo justifique (derivados morfínicos, fármacos tranquilizantes y antirreumáticos) y que obtuvieron una carga factorial elevada en el tercero de los factores extraídos, denominado *Drogas Médicas*, llegando a explicar el 8.8% de la variabilidad observada en el consumo del total de las sustancias estimadas.

5.2. Predicción del consumo de drogas legales, ilegales y médicas:

Análisis de regresión

En este apartado se presentan los resultados obtenidos de los distintos análisis de regresión realizados para determinar el valor predictivo de diversas variables psicosociales tanto individuales, escolares o relacionadas con el grupo de amigos para el consumo de drogas legales, ilegales y médicas de los adolescentes de la muestra analizada. Debido al gran número de variables con las que se contaban en cada caso, se optó por realizar para cada una de las sustancias de consumo:

- (a) en primer lugar, un análisis de regresión por pasos con todas las variables integrantes de cada uno de los subgrupos que constituían los grandes bloques de variables pronosticadoras (psicológicas, relacionadas con el grupo de iguales y con las conductas violentas de los jóvenes y escolares). De todos ellos, 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 del criterio (para ello, se consideraron dos índices, el coeficiente de determinación (R^2) y el coeficiente ajustado de determinación (R^2 ajustado), así como los estadísticos indicativos del ajuste de las ecuaciones a los datos y la significación estadística de los mismos.

Así pues, en un primer paso, se expone un resumen de los modelos resultantes (denominados parciales) presentando, para cada uno de los casos: el coeficiente de determinación (R^2) que explica la proporción de la variabilidad del criterio (consumo de drogas) explicada por las variables pronosticadoras; 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 (F).

(b) en segundo lugar, diversos análisis de regresión con todas aquellas variables incluidas en los modelos de regresión parciales. En esta ocasión, en el análisis final se incluyeron conjuntamente, para cada tipo de droga, las variables psicológicas, de amigos y escolares seleccionadas. En este caso, por tratarse de los modelos integradores de todas las variables de estudio, se exponen las distintas variables pronóstico que compusieron cada una de las ecuaciones de regresión calculadas, los coeficientes β obtenidos para cada una de ellas, los estadísticos indicativos del ajuste de las ecuaciones a los datos así como su significación estadística.

5.2.1. Predicción del consumo de drogas legales

Predicción del consumo en función de las variables psicológicas

En la tabla 1 se recogen los modelos resultantes de los análisis de regresión realizados para identificar los mejores pronosticadores de carácter psicológico del consumo de drogas legales.

Todos los modelos obtenidos para cada uno de los subgrupos de variables psicológicas incluidas en la revisión resultaron ser pronosticadores significativos del consumo de alcohol y tabaco, llegando a explicar entre el 4% y el 43% de la varianza del uso de las mismas. Más concretamente, fueron los modelos conformados por el gasto semanal en la adquisición de drogas ($R^2=0.43$ y R^2 Ajustado=0.43) y la presencia de rasgos

de personalidad como la desinhibición, la búsqueda de excitación y emociones y la susceptibilidad al aburrimiento (como facetas de la búsqueda de sensaciones) y la impulsividad ($R^2=0.38$ y R^2 Ajustado= 0.38), los que mostraron ser los mejores predictores del uso de drogas legales al presentar coeficientes de determinación más elevados que los referidos a aquellas variables relacionadas con los recursos personales y práctica religiosa ($R^2=0.04$) y el autoconcepto y la depresión ($R^2=0.09$). Por su parte, la presencia de conductas desviadas de las normas y el mantener relaciones sexuales a una edad temprana, aunque en menor medida que el gasto semanal o la personalidad, llegan a explicar el 30% de la varianza ($R^2=0.30$ y R^2 Ajustado= 0.30) llegando a ocupar el tercer lugar en cuanto a su poder predictivo después de los comentados.

Tabla 1. Predicción del consumo de drogas legales en función de variables psicológicas

Pasos	Modelos de Regresión	β	R^2	R^2 Ajust	Cambio en R^2	F del cambio	F
AUTOCONCEPTO Y DEPRESIÓN							
1	Autoconcepto positivo	-.24	.036	.035	.036	60.04***	60.04***
2	Autoconcepto-autoestima	.23	.080	.078	.044	76.76***	69.80***
3	Depresión	-.17	.092	.090	.013	22.26***	54.57***
4	Autoconcepto negativo	-.80	.096	.094	.004	6.62**	42.72***
PERSONALIDAD							
1	Desinhibición	.53	.360	.359	.360	900.88***	900.88***
2	Búsqueda de excitación	.16	.369	.368	.009	23.20***	468.28***
3	Búsqueda de emociones	-.11	.379	.378	.010	27.06***	326.29***
4	Susceptibilidad al aburrimiento	-.07	.382	.381	.003	7.24***	247.48***
5	Impulsividad	.05	.384	.382	.002	4.36*	199.27***
CONDUCTA ANTISOCIAL							
1	Conducta antisocial	.49	.274	.272	.274	240.35***	240.35***
2	Edad 1ª relación sexual	.19	.309	.307	.036	32.84***	142.59***
RECURSOS PERSONALES Y PRACTICA RELIGIOSA							
1	Práctica religiosa	-.17	.037	.036	.037	61.06***	61.06***
2	Práctica de deportes	-.12	.042	.042	.007	11.78***	36.63***
3	Formar parte de una asociación deportiva	.06	.045	.045	.003	5.20*	26.22***
GASTO SEMANAL EN LA ADQUISICIÓN DE DROGAS LEGALES							
1	Gasto semanal en alcohol	.41	.309	.309	.309	534.17***	534.17***
2	Gasto semanal en cannabis	.25	.396	.395	.086	170.04***	389.98***
3	Gasto semanal en tabaco	.22	.437	.435	.041	86.65***	307.57***

En todo caso, si se consideran cada una de las variables psicológicas estimadas, es la búsqueda de desinhibición la que obtiene un mayor valor predictivo puesto que explica, por sí sola, el 36% de la variabilidad encontrada en el uso de drogas legales, añadiendo una proporción mucho mayor al modelo que el resto de las variables de personalidad como la búsqueda de excitación (cambio en $R^2=0.009$), la búsqueda de emociones (cambio en $R^2=0.01$) o la susceptibilidad al aburrimiento (cambio en $R^2=0.01$). Todo ello, indicaría, posiblemente, que es el deseo de presentarse de una forma más abierta y con menos prejuicios lo que motivaría en mayor medida a los jóvenes a beber o a fumar mientras que, por el contrario, una mayor tendencia a buscar emociones fuertes o situaciones excitantes no implicaría un mayor uso de este tipo de sustancias, posiblemente porque los efectos derivados de su consumo no se adecuan prioritariamente a este tipo de necesidades.

En conjunto, el signo positivo de los coeficientes β de las variables autoconcepto-autoestima, depresión, desinhibición, búsqueda de excitación, impulsividad, presencia de actos antisociales, edad de la primera relación sexual, formar parte de una asociación deportiva y el gasto semanal en la adquisición de drogas legales, indicaría el valor de cualquiera de estos indicadores de carácter psicológico para el pronóstico de un mayor uso de sustancias legales. Por el contrario, el signo negativo del resto de las variables pronosticadoras señalaría que aquellos jóvenes con mayores puntuaciones en autoconcepto positivo y negativo, búsqueda de emociones y susceptibilidad al aburrimiento y que participan de la religión a la que pertenecen o practican habitualmente algún tipo de deporte, harían un menor uso de alcohol y tabaco.

Predicción del consumo en función de las variables relacionadas con la influencia del grupo de iguales

En la tabla 2 se recogen los modelos resultantes de los análisis de regresión realizados para identificar los mejores pronosticadores del consumo de drogas legales relacionados con el grupo de iguales.

Como se observa, los tres subgrupos de variables relacionadas con la influencia del grupo de iguales resultaron ser predictores significativos del uso de drogas legales, explicando entre el 1% y el 30% de la varianza del mismo. En este caso, son las variables

incluidas en el apartado referente a la asociación del adolescente con amigos consumidores de sustancias las que demostraron un mayor valor explicativo ($R^2=0.30$) seguidas de aquellas relacionadas con el tipo de actividades realizadas en grupo ($R^2=0.21$).

Específicamente, considerando cada una de las variables incluidas en los modelos obtenidos, las que consiguen aportar una mayor proporción de información explicativa a la variabilidad observada en el consumo de este tipo de sustancias son fundamentalmente, por una parte, el tener amigos que también beben (cambio en $R^2=0.24$) y, por otra, el frecuentar bares o discotecas como forma habitual de pasar el tiempo de ocio con los amigos (cambio en $R^2=0.13$).

Tabla 2. Predicción del consumo de drogas legales en función de variables relacionadas con la influencia del grupo de iguales.

Pasos	Modelos de Regresión	β	R^2	R^2 Ajust	Camb en R^2	F del cambio	F
TIPO DE ACTIVIDADES REALIZADAS EN GRUPO							
1	Ir a pubs, bares, discotecas	.31	.130	.130	.130	242.56***	242.56***
2	Ir al cine	-.20	.184	.183	.054	106.48***	182.40***
3	Ir a conciertos	.14	.204	.202	.020	40.50***	138.07***
4	Estar en la calle	.08	.213	.211	.009	18.78***	109.38***
5	Practicar deportes	-.06	.217	.214	.004	7.76***	89.43***
NATURALEZA DE LA RELACIÓN E IDENTIFICACIÓN CON GRUPO DE IGUALES							
1	Sentirse integrado en un grupo de amigos	.11	.018	.018	.018	30.03***	30.03***
2	Satisfacción con la relación	.07	.023	.022	.004	7.32***	18.74***
CONSUMO EN LOS AMIGOS							
1	Amigos usuarios de alcohol	.33	.240	.239	.240	491.78***	491.78***
2	Amigos usuarios de tabaco y cannabis	.23	.282	.281	.042	91.14***	305.67***
3	Amigos usuarios cocaína	.10	.300	.299	.018	50.00***	222.67***
4	Amigos usuarios de drogas sintéticas	.07	.303	.302	.003	7.15**	169.45***

* p # 0.05; ** p # 0.01; *** p # 0.001.

Finalmente, es en el primero de los grupos analizados (tipo de actividades realizadas en grupo) en el que se encuentran incluidas las variables que obtienen un coeficiente β con signo negativo, lo que indicaría que aquellos jóvenes que suelen salir frecuentemente con los amigos al cine ($\beta = -0.20$) y practican habitualmente algún deporte como forma de ocupar su tiempo libre y ocio ($\beta = -0.06$) frente a otros que suelen frecuentar bares y discotecas ($\beta = 0.26$), ir a conciertos ($\beta = 0.14$) o estar en la calle ($\beta = 0.08$),

1	Consideración como estudiante	-.19	.038	.038	.038	64.23***	64.23***
---	-------------------------------	------	------	------	------	----------	----------

* p # 0.05; ** p # 0.01; *** p # 0.001.

En este caso, sólo dos de las variables pronóstico obtienen coeficientes β de signo positivo lo que indicaría que el faltar frecuentemente a clase sin motivos justificados ($\beta=0.39$) y la nota media de las evaluaciones escolares ($\beta=0.08$), pronosticarían un mayor consumo de alcohol y tabaco, mientras que, el valorar positivamente la educación en materia de deportes ($\beta=-0.14$) o intelectual o afectiva que se recibe en el centro de enseñanza ($\beta=-0.11$ y $\beta=-0.08$, respectivamente) y el considerarse a sí mismo un buen estudiante ($\beta=-0.19$), predicen un menor uso de las mismas.

Predicción del consumo en función de las variables relacionadas con las conductas violentas de los adolescentes

En la tabla 4 se recogen los modelos resultantes de los análisis de regresión realizados para identificar los mejores pronosticadores del consumo de drogas legales relacionados con las conductas violentas ejercidas por los adolescentes.

En este caso, las variables incluidas explican entre el 8% y el 9% de la varianza del criterio. Es necesario subrayar que prácticamente la totalidad de las variables obtienen un coeficiente β de signo positivo, lo que indicaría que el hecho de ejercer actos destructivos en el mobiliario urbano ($\beta =0.15$), escolar ($\beta =0.08$) o en bares y discotecas ($\beta =0.05$), el defenderse violentamente cuando ejercen violencia contra uno ($\beta=0.12$), el dejarse llevar por el impulso ($\beta =0.10$), el entrar en una pelea para defender a un amigo aunque éste la haya provocado ($\beta =0.22$), el tener amigos violentos dentro del grupo de referencia ($\beta =0.09$) y el sentirse integrado dentro de él ($\beta =0.13$), serían adecuados predictores de un mayor consumo de drogas legales. Por el contrario, el hecho de que el adolescente tienda a analizar los pros y los contras de ejercer una conducta violenta antes de llevarla a cabo ($\beta =-0.05$), se presenta como el único pronosticador de un menor uso y abuso de sustancias como el alcohol y el tabaco.

Una vez realizados los análisis de regresión que acaban de presentarse, se pasó a aplicar este mismo estadístico para la predicción final del consumo de drogas legales tomando en consideración todas aquellas variables incluidas en los modelos parciales que demostraron ser pronosticadores significativos del uso del tabaco, del alcohol y del cannabis.

Tabla 4. Predicción del consumo de drogas legales en función de variables relacionadas con las conductas violentas de los adolescentes

Pasos	Modelos de Regresión	β	R^2	R^2 Ajust	Camb en R^2	F del cambio	F
VIOLENCIA INDIVIDUAL							
1	Destruir mobiliario urbano en la calle y en los parques	.15	.045	.045	.045	75.57***	75.57***
2	Ejercer violencia para descargarse cuando la ejercen contra uno	.12	.071	.070	.026	44.06***	60.84***
3	Dejarse llevar por el impulso	.10	.085	.083	.014	23.61***	49.01***
4	Destruir mobiliario en centros escolares	.08	.093	.091	.009	15.01***	40.83***
5	Destruir mobiliario en pubs, bares o discotecas	.05	.096	.093	.003	4.87*	33.72***
6	Analizar detalladamente una situación antes de tomar una decisión	-.05	.098	.095	.002	3.96*	28.81***
VIOLENCIA GRUPAL							
1	Pegar para defender a un amigo que ha provocado la pelea	.22	.064	.063	.064	108.50***	108.50***
2	Sentirse integrado en un grupo de amigos	.13	.078	.076	.014	23.38***	66.70***
3	Tener amigos violentos	.09	.086	.084	.008	14.28***	49.60***

* p # 0.05; ** p # 0.01; *** p # 0.001.

Así pues, la tabla 5 presenta las distintas variables predictoras que compusieron cada una de las ecuaciones de regresión calculadas, los coeficientes β obtenidos por cada una de ellas y los estadísticos indicativos del ajuste de las ecuaciones a los datos, así como su significación estadística.

Nuevamente, todos los factores globales de carácter psicosocial estimados resultan ser pronosticadores significativos del uso de sustancias legales pero, al igual que ocurría en los estudios parciales, cada uno de ellos parece tener un peso diferencial en el mismo. Así pues, el que explica una mayor proporción de la variabilidad del criterio es el conformado por variables de tipo psicológico ($R^2=0.60$), seguido del que incluye aspectos relacionados con la influencia del grupo de amigos ($R^2=0.36$) y, finalmente, los obtenidos del conjunto de variables escolares ($R^2=0.17$) y violentas ($R^2=0.12$).

Si se consideran el total de las variables pronóstico incluidas en los modelos, es posible observar que las que muestran un mayor valor explicativo para el consumo de alcohol y tabaco son la búsqueda de desinhibición (cambio en $R^2=0.36$; F del cambio =331.64, $p \# 0.001$), el hecho de que adolescente se rodee de amigos consumidores de alcohol (cambio en $R^2=0.23$; F del cambio =490.87, $p \# 0.001$), que falte frecuentemente del centro escolar sin motivo justificado (cambio en $R^2=0.14$; F del cambio=268.82, $p \# 0.001$) y, por último, que suela participar en peleas para defender a alguno de sus amigos a pesar de que éste las haya provocado (cambio en $R^2=0.06$; F del cambio=108.57, $p \# 0.001$).

Tabla 5. Predicción del consumo de drogas legales en función de variables psicológicas, relacionadas con el grupo de iguales, escolares y violentas.

Pasos	Modelos de Regresión	β	R^2	R^2 Ajus	Cambio en R^2	F del cambio	F
PSICOLÓGICAS							
1	Desinhibición	.25	.360	.359	.360	331.64***	331.64***
2	Gasto semanal de alcohol	.27	.483	.482	.124	140.99***	275.66***
3	Gasto semanal de tabaco	.21	.528	.526	.045	55.54***	219.30***
4	Gasto semanal en cannabis	.26	.572	.569	.044	59.91***	195.93***
5	Conducta antisocial	.23	.597	.593	.025	35.98***	173.28***
6	Susceptibilidad al aburrimiento	-.07	.601	.597	.005	7.21***	147.13***
7	Empatía	-.56	.604	.600	.003	4.16*	127.39***
GRUPO DE IGUALES							
1	Amigos consumidores de alcohol	.27	.239	.239	.239	490.87***	490.87***
2	Amigos consumidores de tabaco	.16	.281	.280	.042	90.92***	305.05***
3	Salir con amigos al cine	-.13	.310	.309	.029	65.50***	233.62***
4	Amigos consumidores de cocaína	.09	.326	.324	.015	35.65***	188.03***
5	Salir amigos a pubs, bares, discotecas						
6	Salir con los amigos a conciertos	.13	.340	.338	.014	34.16***	160.46***
7	Sentirse integrado en un grupo de amigos	.14	.352	.350	.012	28.21***	140.76***
	Salir con los amigos al parque o a la calle						
	Amigos consumidores de drogas sintéticas	.10	.358	.356	.006	15.32***	123.95***
8		.08	.361	.358	.003	7.25***	109.80***
9		.05	.364	.361	.003	6.76***	98.71***
ESCOLARES							
1	Faltar a clase sin motivo	.33	.149	.149	.149	268.82***	268.82***
2	Consideración como estudiante	-.11	.162	.161	.013	23.66**	148.28***
3	Valoración centro en el área física						
	Valoración centro en el área artística	-.10	.175	.173	.012	23.12**	107.99***
4		-.06	.178	.176	.003	6.19**	82.81***
VIOLENCIA							
1	Pegar para defender a un amigo que ha provocado la pelea	.14	.064	.063	.064	108.57***	108.57***
2	Destruir mobiliario urbano en la calle, parques o jardines	.14	.088	.087	.024	41.46***	76.40***
3	Sentirse integrado en un grupo de amigos						
	Dejarse llevar por el impulso	.12	.102	.100	.014	24.30***	59.78***

4	Destruir mobiliario en centros escolares	.09	.113	.110	.011	19.53***	50.24***
5	Ejercer violencia para descargarle cuando la ejercen contra ti	.08	.121	.118	.008	14.60***	43.46***
6	Destruir mobiliario en casa	.06	.124	.120	.003	5.48**	37.23***
7		.05	.126	.122	.003	4.57*	32.64***

* p # 0.05; ** p # 0.01; *** p # 0.001.

El análisis de los signos de los coeficientes β obtenidos por cada una de las variables pronosticadoras de las ecuaciones de regresión calculadas, ofrece una información más específica sobre la forma en la que éstas predicen el consumo. Así pues, el signo positivo de este indicador señalaría que aquellos jóvenes que se caracterizan por: (a) una mayor tendencia a la desinhibición, realizar un mayor número de conductas antisociales y tener una cantidad de dinero mayor para gastar en alcohol, tabaco o cannabis; (b) rodearse de amigos consumidores de alcohol, tabaco, cocaína y drogas de síntesis, salir frecuentemente con ellos a bares o discotecas, conciertos o simplemente estar en la calle y mantener una estrecha relación con los mismos; (c) faltar con cierta frecuencia a clase y, finalmente, (d) llegar a pegar a otras personas para defender a un amigo que ha provocado una pelea o en defensa propia, dedicarse a destruir mobiliario urbano, en el centro escolar o en casa y dejarse llevar por el impulso, tendrían las mayores probabilidades de iniciarse en el uso de alcohol y tabaco. Por el contrario, aquellos otros que: (a) se caracterizan por tolerar mejor el aburrimiento y empatizar y comprender los sentimientos de los demás; (b) salir frecuentemente con sus amigos al cine como alternativa a las discotecas y bares para ocupar su tiempo libre y, (c) valorar positivamente la formación que reciben del colegio especialmente en el área física y artística, harían un uso menor de este tipo de sustancias.

5.2.2. Predicción del consumo de drogas ilegales

Predicción del consumo en función de las variables psicológicas

En la tabla 6 se recogen los modelos resultantes de los análisis de regresión realizados para identificar los mejores pronosticadores de carácter psicológico del consumo de drogas ilegales.

Los cuatro subgrupos de variables psicológicas propuestas resultaron ser pronosticadores significativos del consumo de drogas ilegales, explicando entre el 1% y el 8% de la variabilidad encontrada en el mismo. Concretamente, son las variables incluidas en el apartado referente a la conducta antisocial y violenta ($R^2=0.08$) y a las características de personalidad ($R^2=0.02$), las que obtienen un mayor valor explicativo. Concretamente, las que consiguen aportar una mayor proporción de información a la variabilidad observada en el consumo de este tipo de sustancias es fundamentalmente el mantener relaciones sexuales tempranas (cambio en $R^2=0.06$; F del cambio=43.19, $p \# 0.001$), muy por encima de otras como la búsqueda de excitación (cambio en $R^2=0.02$; F del cambio=41.96, $p \# 0.001$) o la práctica de la religión a la que se pertenece (cambio en $R^2=0.01$; F del cambio=18.00, $p \# 0.001$).

Tabla 6. Predicción del consumo de drogas ilegales en función de variables psicológicas.

Pasos	Modelos de Regresión	β	R^2	R^2 Ajust	Cambio en R^2	F del cambio	F
AUTOCONCEPTO Y DEPRESIÓN							
1	Autoconcepto Autoestima	.14	.009	.009	.009	15.75***	15.75***
2	Escala de felicidad	-.09	.016	.015	.015	12.29***	14.07***
CARACTERÍSTICAS DE PERSONALIDAD							
1	Búsqueda de excitación	.15	.024	.024	.024	41.96***	41.96***
2	Empatía	-.13	.042	.041	.018	32.30***	37.52***
CONDUCTA ANTISOCIAL							
1	Relaciones sexuales	.20	.060	.059	.060	43.19***	43.19***
2	Conducta antisocial	.16	.086	.083	.026	18.89***	31.61***
RECURSOS PERSONALES Y PARTICIPACIÓN COMUNITARIA							
1	Religión	-.10	.010	.010	.010	18.00***	18.00***
2	Pertenencia Asociación Cultural	.06	.014	.013	.004	6.12**	12.09***

* $p \# 0.05$; ** $p \# 0.01$; *** $p \# 0.001$.

A través del análisis del signo de los coeficientes β obtenidos para cada una de las variables pronosticadoras que compusieron las ecuaciones de regresión calculadas y atendiendo, en primer lugar, al carácter positivo de los mismos, es posible observar que el obtener mayores puntuaciones en autoconcepto-autoestima ($\beta=0.14$) y en búsqueda de excitación ($\beta=0.15$), el mantener relaciones sexuales a una edad temprana ($\beta=0.20$), la presencia de conductas desviadas de las normas ($\beta=0.16$) y la pertenencia a algún tipo de

asociación cultural ($\beta=0.06$) señalaría el pronóstico de un mayor consumo de drogas ilegales, mientras que, el signo negativo obtenido por el hecho de que el adolescente se sienta pletórico, satisfecho de sí mismo, querido por los otros y alegre ($\beta=-0.09$) y empático y comprenda los sentimientos de los demás ($\beta=-0.13$) y practique habitualmente la religión a la que pertenece ($\beta=-0.10$), indicaría el pronóstico de un menor uso de las mismas.

Predicción del consumo en función de las variables relacionadas con la influencia del grupo de iguales

En la tabla 7 se presentan los resultados de los análisis de regresión realizados para identificar aquellas variables relacionadas con el grupo de iguales que mejor pronostican el consumo de drogas ilegales.

Se obtuvieron tres modelos de predicción significativos que explicaban entre 1% y el 32% de la varianza del criterio, siendo el conformado por las variables relacionadas con el consumo de sustancias por parte de los miembros del grupo al que pertenece el adolescente el que obtiene un mayor valor explicativo ($R^2=0.32$). De todas ellas, la que aporta una mayor proporción de información a la variabilidad observada en el consumo es el tener amigos consumidores de derivados morfínicos (cambio en $R^2=0.23$; F del cambio=508.60, $p \# 0.001$) seguida, aunque con una aportación menor al modelo, del consumo de anfetaminas por parte de los amigos (cambio en $R^2=0.05$; F del cambio=193.94, $p \# 0.001$).

Es importante subrayar que prácticamente la totalidad de las variables incluidas en los modelos obtienen coeficientes β de signo positivo, lo que señalaría que el hecho de que el adolescente se sienta integrado ($\beta=0.05$) y satisfecho con la relación que mantiene con los mismos ($\beta=0.08$), que llegue a realizar actos prohibidos junto con el grupo de iguales por no diferenciarse de ellos ($\beta=0.18$) y que tenga amigos que consuman habitualmente cualquier derivado morfínico ($\beta=0.35$), anfetaminas ($\beta=0.14$), heroína ($\beta=0.13$), estimulantes ($\beta=0.09$), cocaína ($\beta=0.08$) o alcohol ($\beta=0.06$), serían adecuados para el

pronóstico de un mayor uso de sustancias ilegales. Por el contrario, las variables referidas al tipo de actividades realizadas por el grupo de iguales como ir al cine ($\beta=-0.08$) o practicar deportes ($\beta=-0.07$) como alternativas de utilización del tiempo libre, serían pronosticadoras de un menor consumo de las mismas.

Tabla 7. Predicción del consumo de drogas ilegales en función de variables relacionadas con la influencia del grupo de iguales.

Pasos	Modelos de Regresión	β	R^2	R^2 Ajust	Camb en R^2	F del cambio	F
TIPO DE ACTIVIDADES REALIZADAS EN GRUPO							
1	Ir al cine	-.08	.007	.006	.007	11.34***	11.34***
2	Practicar deportes	-.07	.012	.011	.006	9.84***	10.62***
3							
NATURALEZA DE LA RELACIÓN E IDENTIFICACIÓN CON GRUPO DE IGUALES							
1	Hacer cosas con los amigos que no se debe para no diferenciarse de ellos	.18	.031	.030	.031	53.43***	53.43***
2	Satisfacción con la relación	.08	.035	.033	.004	7.10***	30.36***
3	Sentirse integrado en un grupo de amigos	-.05	.037	.035	.002	4.28*	21.70***
CONSUMO EN LOS AMIGOS							
1	Amigos usuarios de derivados morfínicos	.35	.236	.235	.236	508.60***	508.60***
2	Amigos usuarios de anfetaminas	.14	.289	.288	.053	123.94***	335.20***
3	Amigos usuarios heroína	.13	.306	.305	.017	41.50***	242.79***
4	Amigos usuarios estimulantes	.09	.316	.315	.010	24.02***	190.64***
5	Amigos usuarios de cocaína	.08	.324	.322	.007	17.65***	157.58***
6	Amigos usuarios de alcohol	.06	.327	.325	.004	8.86***	133.42***

* p # 0.05; ** p # 0.01; *** p # 0.001.

Predicción del consumo en función de variables escolares

El resultado del análisis de regresión llevado a cabo para detectar los mejores pronosticadores del consumo de drogas ilegales que tienen que ver con el ambiente escolar en el que el adolescente se desenvuelve, se presenta en la tabla 8.

En este caso, se obtuvieron tres modelos significativos que explicaron entre el 1% y el 3% de la variabilidad del criterio que incluyeron variables relacionadas con el rendimiento académico como, la valoración del centro de enseñanza y la propia valoración del adolescente como estudiante. Concretamente, las que mostraron un mayor valor explicativo fueron la valoración por parte del adolescente del centro al que pertenece en el área intelectual ($R^2=0.02$) y afectiva ($R^2=0.02$).

Tabla 8. Predicción del consumo de drogas ilegales en función de las variables escolares.

Pasos	Modelos de Regresión	β	R^2	R^2 Ajust	Cambio en R^2	F del cambio	F
RENDIMIENTO ACADÉMICO							
1	Nota media global en el último curso	-.05	.003	.002	.003	5.03*	56.03*
VALORACIÓN DEL CENTRO ESCOLAR							
1	Valoración del centro en el área intelectual	-.13	.021	.020	.021	34.22***	34.22***
2	Valoración del centro en el área afectiva	-.07	.026	.024	.005	8.28***	21.33***
VALORACIÓN COMO ESTUDIANTE							
1	Faltar a clase sin motivo	.15	.019	.019	.019	33.89***	33.89***

* p # 0.05; ** p # 0.01; *** p # 0.001.

El signo de los coeficientes β obtenidos por tres de las variables incluidas en los modelos propuestos, señalaría que el hecho de que el joven se encuentre a gusto con la preparación que recibe de su centro escolar valorandolo especialmente en su faceta intelectual o afectiva ($\beta=-0.13$ y $\beta=-0.07$, respectivamente) y que obtenga buenas calificaciones al final del curso escolar ($\beta=-0.05$) predecirían una menor implicación de éste en el consumo de sustancias ilegales, mientras que, el faltar a clase sin motivos justificados ($\beta=0.01$) volvería a erigirse como predictor significativo del mayor uso de las mismas.

Predicción del consumo en función de las variables relacionadas con las conductas violentas de los adolescentes.

En la tabla 9 se recogen los modelos resultantes de los análisis de regresión realizados para identificar los mejores pronosticadores del consumo de drogas ilegales relacionados con las conductas violentas ejercidas por los adolescentes.

Como se observa, las variables incluidas explican entre el 6% y el 7% de la varianza del criterio, siendo las variables referidas al hecho de que el adolescente haya ejercido contra alguien alguna forma de abuso o violencia sexual ($R^2=0.03$) o que éste se vea influenciado por el grupo de amigos a realizar actos violentos ($R^2=0.03$) las que obtienen un mayor valor explicativo.

Tabla 9. Predicción del consumo de drogas ilegales en función de variables relacionadas con las conductas violentas de los adolescentes

Pasos	Modelos de Regresión	β	R^2	R^2 Ajust	Camb en R^2	F del cambio	F
VIOLENCIA INDIVIDUAL							
1	Haber ejercido contra alguien alguna forma de abuso o violencia sexual	.15	.034	.034	.034	59.76***	59.76***
2	Ejercer algún tipo de violencia para descargarse en situaciones tensas o estresantes	.13	.057	.056	.023	41.33***	51.26***
3	Destruir mobiliario en pubs, bares o discotecas	.07	.067	.065	.009	16.91***	40.13***
4	Destruir mobiliario en centros escolares	.06	.071	.069	.004	7.96***	32.21***
5	Destruir mobiliario urbano en conciertos o espectáculos	.06	.074	.072	.003	5.89**	27.02***
6	Destruir mobiliario urbano en otros lugares	.05	.077	.073	.002	4.26*	23.27***
VIOLENCIA GRUPAL							
1	Tus amigos intentan convencerte de que hagas algo agresivo o violento	.09	.038	.038	.038	66.82***	66.82***
2	Al salir con los amigos hacer cosas que no se debería por no diferenciarse de ellos	.09	.050	.049	.011	20.21***	43.90***
3	Tener amigos violentos	.07	.056	.054	.006	11.02***	33.12***
4	Si empieza una pelea meterse en ella por no quedar mal con los amigos	.06	.061	.058	.005	8.53***	27.08***
5	Pegar para defender a un amigo que ha provocado la pelea	.05	.063	.060	.002	4.32*	22.57***

* p # 0.05; ** p # 0.01; *** p # 0.001.

Es necesario subrayar que la totalidad de las variables obtienen un coeficiente β de signo positivo, lo que indicaría que el hecho de ejercer actos destructivos en el mobiliario

urbano en conciertos ($\beta=0.06$), en los centros escolares ($\beta=0.06$) o en bares y discotecas ($\beta=0.07$), el haber ejercido alguna forma de abuso o violencia sexual ($\beta=0.15$), el ejercer algún tipo de violencia como respuesta ante situaciones estresantes o tensas ($\beta=0.13$), el entrar en una pelea para defender a un amigo aunque éste la haya provocado ($\beta=0.05$) o para no quedar mal con él ($\beta=0.06$), el tener amigos violentos dentro del grupo de referencia ($\beta=0.07$), el que el adolescente se sienta presionado por sus amigos a realizar actos violentos ($\beta=0.09$) o que los llegue a realizar en el intento de no diferenciarse de ellos ($\beta=0.09$), serían adecuados predictores de un mayor consumo de drogas ilegales.

Tabla 10. Predicción del consumo de drogas ilegales en función de variables psicológicas, relacionadas con el grupo de iguales, escolares y violentas.

Pasos	Modelos de Regresión	β	R^2	R^2 Ajust	Cambio en R^2	F del cambio	F
PSICOLÓGICAS							
1	Relaciones sexuales	.18	.060	.058	.060	33.68***	33.68***
2	Conducta antisocial	.12	.086	.082	.026	14.73***	24.65***
3	Empatía	-.10	.094	.089	.009	5.01*	18.22***
4	Gasto semanal en tabaco	.10	.103	.096	.009	5.07*	15.04***
GRUPO DE IGUALES							
1	Amigos consumidores de derivados morfínicos	.35	.236	.235	.236	508.60***	508.60***
2	Amigos consumidores de anfetaminas	.14	.289	.288	.053	123.94***	335.20***
3	Amigos consumidores de heroína	.12	.306	.305	.017	41.50***	242.79***
4	Amigos consumidores de estimulantes	.12	.306	.305	.017	41.50***	242.79***
5	Amigos consumidores de cocaína	.12	.306	.305	.017	41.50***	242.79***
6	Amigos consumidores de alcohol	.09	.316	.315	.010	24.02***	190.64***
7	Al salir con amigos hacer cosas que no se debe para no diferenciarse de ellos	.09	.316	.315	.010	24.02***	190.64***
8	Satisfacción con la relación	-.09	.324	.322	.007	17.65***	157.58***
9	Salir con amigos a practicar deporte	.05	.327	.325	.004	8.85***	133.42***
		.06	.330	.327	.003	6.52**	115.68***
		.04	.332	.328	.002	4.57*	102.01***
		-.04	.333	.330	.002	4.33*	91.34***
ESCOLARES							
1	Valoración del centro en el área intelectual	-.12	.021	.020	.021	34.22***	34.22***
2	Faltar a clase sin justificación	.11	.180	.031	.012	19.80***	27.21***
3	Autovaloración como estudiante	.10	.194	.036	.005	8.67***	21.12***
4	Valoración del centro en el área física	-.06	.201	.038	.003	4.50*	16.99***
5	Nota media del último curso	-.06	.209	.041	.003	5.48**	14.73***

VIOLENCIA							
1	Tus amigos intentan convencerte de que hagas algo agresivo/violento						
	Ejercer contra alguien abuso o violencia sexual	.07	.038	.038	.038	66.82***	66.82***
2	Ejercer violencia para descargarse en situaciones tensas o estresantes	.12	.058	.057	.020	36.03***	52.13***
3	Destruir mobiliario en pubs, bares o discotecas	.10	.073	.071	.014	25.78***	43.85***
4	Al salir con los amigos hacer cosas que no se debería por no diferenciarte de ellos	.06	.079	.077	.006	11.17***	35.88***
5	Destruir mobiliario en conciertos o espectáculos	.07	.084	.081	.005	9.48***	30.75***
6	Tener amigos violentos						
	Destruir mobiliario en la calle, parques o jardines	.06	.087	.084	.003	6.31*	26.76***
7		.06	.090	.086	.002	4.53*	23.63***
8	Destruir mobiliario en centros escolares						
		.06	.092	.088	.003	4.70*	21.31***
9							
		.05	.095	.090	.003	4.83*	19.52***

* p # 0.05; ** p # 0.01; *** p # 0.001.

Una vez realizados los análisis de regresión parciales, se pasó a aplicar este mismo estadístico con el objetivo de obtener un modelo de predicción conjunto del consumo de drogas ilegales que considerara todas aquellas variables incluidas en los modelos parciales que demostraron ser pronosticadores significativos del uso de estas sustancias y que pudiera, por lo tanto, explicar un mayor porcentaje de la varianza explicada (tabla 10).

Al igual que ocurría en los estudios parciales, a pesar de que todos los factores psicosociales incluidos para el análisis ofrecen modelos estadísticamente significativos, el peso de cada uno de ellos en la explicación del fenómeno del consumo de drogas ilegales es distinto dependiendo de la naturaleza de los mismos. En este sentido, el que logra explicar una mayor proporción de la varianza observada del criterio es el grupo de variables relacionadas con el grupo de iguales ($R^2=0.33$), seguido del conformado por aquellas referidas al ambiente familiar ($R^2=0.31$) y escolar ($R^2=0.20$).

En este sentido, es importante señalar cómo el orden de relevancia de estos factores en función de la proporción de la variabilidad del criterio que explican, es similar al obtenido para el caso de las drogas legales puesto que, en ambas, tanto las variables relacionadas con el grupo de amigos como las familiares son las que obtienen un mayor valor explicativo siendo, en esta ocasión, el grupo conformado por las variables de índole psicológico el que ofrece un porcentaje de información menor en comparación con las anteriores.

Al considerar el total de las variables pronosticadoras incluidas en los modelos presentados, las que llegan a explicar por sí solas un mayor porcentaje de la varianza del criterio son tanto el hecho de que tenga amigos consumidores de derivados morfínicos (cambio en $R^2=0.23$; F del cambio=508.60, $p \# 0.01$) como el mantener relaciones sexuales desde una edad temprana (cambio en $R^2=0.06$; F del cambio= 33.68, $p \# 0.001$) y el que el grupo de amigos le presione para ejercer algún tipo de violencia (cambio en $R^2=0.03$; F del cambio=66.82, $p \# 0.001$).

Atendiendo a los signos de los coeficientes β obtenidos por cada una de las variables propuestas como predictores, es posible determinar la dirección en la que éstas pronostican el consumo. Así pues, el signo positivo de este indicador señalaría que aquellos jóvenes que se caracterizan por: (a) mantener relaciones sexuales a una edad temprana y realizar un mayor número de conductas antisociales; (b) tener amigos próximos que consumen derivados morfínicos, anfetaminas, heroína, estimulantes, cocaína o alcohol y, además, estar muy satisfecho de la relación establecida con el grupo; (c) faltar frecuentemente a clase sin motivo que lo justifique y, (d) tener amigos violentos que intentan convencerles de que realicen actos agresivos o violentos, abusar o ejercer violencia sexual, responder violentamente ante situaciones tensas o estresantes, destruir mobiliario en la calle, conciertos, discotecas o en el centro escolar, harían un uso mayor de sustancias de comercio ilegal como los alucinógenos, la cocaína, la heroína, las drogas de síntesis, las anfetaminas y los inhalantes. Por el contrario, aquellos otros que: (a) empatizan y comprenden los sentimientos de los demás; (b) salen con sus amigos a practicar cualquier deporte y, (c) valoran positivamente la preparación que reciben en el centro escolar especialmente en el área física e intelectual y han recibido buenas calificaciones en los cursos anteriores, se implicarían en menor medida en el consumo de las mismas.

5.2.3. Predicción del consumo de drogas médicas

Predicción del consumo en función de las variables psicológicas

En la tabla 11 se recogen los modelos parciales resultantes de los análisis de regresión realizados para identificar los mejores pronosticadores de carácter psicológico del consumo de drogas médicas.

Con respecto al uso de fármacos por parte de los adolescentes de la muestra de estudio y, al igual que ocurría para las drogas ilegales, los grupos de variables relacionados con aspectos psicológicos resultaron ser indicadores pronóstico significativos, llegando a explicar 1% de la varianza del criterio.

Concretamente, fueron las variables referentes a la depresión, el autoconcepto-autoestima y la impulsividad las que mostraron un mayor valor explicativo ($R^2=0.01$), por encima de la conducta antisocial o los recursos personales. De cualquier forma, es necesario subrayar que aunque este tipo de variables llegan a configurar modelos significativos de predicción del consumo de fármacos, en comparación con los obtenidos en el caso del consumo de drogas legales e ilegales, consiguen explicar una pequeña proporción del criterio, indicando una menor relevancia de este tipo de variables.

Tabla 11 . Predicción del consumo de drogas médicas en función de variables psicológicas

Pasos	Modelos de Regresión	β	R^2	R^2 Ajust	Cambio en R^2	F del cambio	F
AUTOCONCEPTO Y DEPRESIÓN							
1	Síntomas depresivos	.12	.012	.012	.012	21.37***	21.37***
2	Autoconcepto-autoestima	.07	.018	.017	.006	9.85***	15.66***
CARACTERÍSTICAS DE PERSONALIDAD							
1	Impulsividad	.11	.013	.013	.013	22.25***	22.25***
CONDUCTA ANTISOCIAL Y VIOLENCIA							
2	Rel.. sexuales frecuentes	.08	.007	.005	.005	4.76*	4.76*
RECURSOS PERSONALES Y COMUNITARIOS							
1	Participación en Asociación Cultural	.08	.006	.006	.006	10.11***	10.11***

* p # 0.05; ** p # 0.01; *** p # 0.001.

El signo de los coeficientes β obtenidos para la totalidad de las variables pronosticadoras fue positivo, lo que indica que aquellos sujetos que obtienen mayores puntuaciones en depresión, tienen un mayor autoconcepto de sí mismos, son más impulsivos, mantienen relaciones sexuales frecuentes y participan en alguna asociación cultural, consumen en mayor medida fármacos y derivados.

Predicción del consumo en función de las variables relacionadas con la influencia del

grupo de iguales

En la tabla 12 se presentan los resultados de los análisis de regresión realizados para identificar aquellas variables relacionadas con el grupo de iguales que mejor pronostican el consumo de drogas médicas.

Nuevamente tanto el tipo de actividades que el adolescente realiza junto con el grupo de amigos y el consumo de drogas por parte de los mismos resultaron ser pronosticadores significativos del uso de fármacos y derivados. Así pues, se obtuvieron dos modelos que explicaron el 1% de la varianza total de la variable criterio.

Tabla 12. Predicción del consumo de drogas médicas en función de variables relacionadas con la influencia del grupo de iguales

Pasos	Modelos de Regresión	β	R^2	R^2 Ajust	Cambio en R^2	F del cambio	F
TIPO DE ACTIVIDADES REALIZADAS EN GRUPO							
1	Salir con amigos a pubs, bares y/o discotecas	.09	.006	.006	.006	10.42***	10.42***
2	Salir con amigos al cine	.07	.011	.010	.005	7.97***	6.95***
CONSUMO EN LOS AMIGOS							
1	Amigos usuarios de derivados morfínicos	.07	.009	.009	.009	14.58***	14.58***
2	Amigos usuarios de tranquilizantes	.07	.014	.012	.004	10.79***	10.79***

* p # 0.05; ** p # 0.01; *** p # 0.001.

Analizando los coeficientes β de las variables incluidas, se observa que, por una parte, mientras el salir con los amigos a bares y discotecas ($\beta=0.09$) predice un mayor consumo de fármacos, por otra, el salir al cine con los amigos en los momentos de ocio y tiempo libre ($\beta=-0.07$), indica un menor consumo de las mismas. Además, al igual que ocurría en el caso anterior, el tener amigos consumidores de drogas aumenta el riesgo de consumir, en este caso, fármacos sin prescripción médica.

Predicción del consumo en función de variables escolares

El modelo de regresión obtenido en la predicción del uso de fármacos a través de

distintas variables relacionadas con el ajuste escolar del adolescente, se presenta en la tabla 13.

En los modelos expuestos sólo dos variables resultaron ser pronosticadores significativos del consumo llegando a explicar el 1% de la variabilidad del criterio. En este caso, el coeficiente β resultó ser positivo para el hecho de faltar a clase sin motivo ($\beta=0.07$), lo que confirmaría la capacidad de esta variable a la hora de predecir el consumo de drogas puesto que también obtuvo la misma dirección en el caso del uso de sustancias como el tabaco y el alcohol o las drogas ilegales. Por el contrario, el hecho de que el adolescente valore positivamente la formación que recibe de su centro de enseñanza en el área afectiva ($\beta=-0.06$), volvió a presentarse como un adecuado pronosticador de un menor consumo de fármacos.

Tabla 13. Predicción del consumo de drogas médicas en función de variables escolares

Pasos	Modelos de Regresión	β	R^2	R^2 Ajust	Cambio en R^2	F del cambio	F
NATURALEZA DE LA RELACIÓN							
1	Faltar a clase sin motivo	.07	.005	.005	.005	8.55***	8.55***
VALORACIÓN DEL CENTRO DE ENSEÑANZA							
1	Valoración del Centro en el área afectiva	-.06	.003	.003	.003	5.51**	5.51**

* p # 0.05; ** p # 0.01; *** p # 0.001.

Predicción del consumo en función de las variables relacionadas con las conductas violentas de los adolescentes

En la tabla 14 se recogen los modelos resultantes de los análisis de regresión realizados para identificar los mejores pronosticadores del consumo de drogas ilegales relacionados con las conductas violentas ejercidas por los adolescentes.

Tabla 14. Predicción del consumo de drogas médicas en función de variables relacionadas con las conductas violentas de los adolescentes

Pasos	Modelos de Regresión	β	R^2	R^2 Ajust	Camb en R^2	F del cambio	F
VIOLENCIA INDIVIDUAL							

1	Ejercer violencia para descargarse en situaciones tensas o estresantes						
2	Dejarse llevar por tus corazonadas e intuición	.09	.011	.010	.011	18.56***	18.56***
	Destruir mobiliario en casa	.06	.014	.013	.004	6.33**	12.48***
		.05	.017	.015	.002	4.08*	9.69***
VIOLENCIA GRUPAL							
1	Tus amigos intentan convencerte de que hagas algo agresivo o violento	.09	.007	.007	.007	12.54***	12.54***

* p # 0.05; ** p # 0.01; *** p # 0.001.

En este caso, las variables incluidas explican nuevamente el 1% de la varianza del criterio. Es necesario subrayar que la totalidad de las variables obtienen un coeficiente β de signo positivo, lo que indicaría que el hecho de ejercer actos destructivos en el mobiliario de su domicilio ($\beta=0.05$), el dejarse llevar por el impulso ($\beta=0.06$), el ejercer violencia en situaciones estresantes o tensas ($\beta=0.09$) y el tener amigos violentos que intentan convencer al adolescente para que realice actos agresivos ($\beta=0.09$), serían adecuados predictores de un mayor consumo de drogas legales.

Una vez realizados los análisis de regresión parciales, se pasó a aplicar este mismo estadístico para la predicción final del consumo de drogas médicas tomando en consideración todas aquellas variables incluidas en los modelos parciales que demostraron ser pronosticadores significativos del uso de fármacos o derivados.

Así pues, la tabla 15 presenta las distintas variables predictoras que compusieron cada una de las ecuaciones de regresión calculadas, los coeficientes B obtenidos por cada una de ellas y los estadísticos indicativos del ajuste de las ecuaciones a los datos así como su significación estadística.

Como puede observarse, los cuatro grupos de factores psicosociales analizados resultan ser pronosticadores significativos del consumo de drogas médicas, siendo las variables relacionadas con el grupo de iguales las que explican un mayor porcentaje de la varianza observada ($R^2=0.03$), seguida de la violencia que ejercen los adolescentes que dan cuenta del 2% y, finalmente, las psicológicas y escolares ($R^2=0.01$).

Si se consideran el total de las variables incluidas en los modelos propuestos y se comparan las proporciones de información que cada una de ellas aportan a los mismos, se observa que, aunque significativas, no llegan a ser tan relevantes para la explicación del fenómeno como lo eran en el caso de las drogas legales o ilegales, muy posiblemente porque la muestra de sujetos que consumen este tipo de sustancias es menor a la que beben o fuman y, quizás, porque sea necesario incluir otro tipo de variables más específicas que se ajusten más a la población que hace un uso habitual de fármacos o derivados. En todo caso, las que muestran un mayor valor explicativo para el consumo de este tipo de sustancias son el obtener mayores puntuaciones en depresión (cambio en $R^2=0.02$; F del cambio=17.48, $p \# 0.001$), el que los amigos del adolescente sean consumidores frecuentes de derivados morfínicos (cambio en $R^2= 0.02$; F del cambio= 45.33, $p \# 0.001$), el responder violentamente ante situaciones tensas (cambio en $R^2=0.01$; F del cambio=18.50, $p \# 0.001$) y, nuevamente, el faltar con frecuencia a clase sin motivo justificado (cambio en $R^2=0.01$; F del cambio=8.10, $p \# 0.001$).

Tabla 15. Predicción del consumo de drogas médicas en función de variables psicológicas, relacionadas con el grupo de iguales, escolares y violentas.

Pasos	Modelos de Regresión	β	R^2	R^2 Ajust	Cambio en R^2	F del cambio	F
PSICOLÓGICAS							
1	Depresión	0.01	0.02	0.02	0.02	17.48***	17.48***
2	Rel. sexuales tempranas	0.18	0.03	0.03	0.01	8.53***	13.09***
3	Satisfacción del tiempo libre	-0.09	0.04	0.04	0.01	5.49**	10.61***
GRUPO DE IGUALES							
1	Amigos consumidores de derivados morfínicos	.13	.026	.026	.026	45.33***	45.33***
2	Amigos consumidores de anfetaminas	.06	.031	.030	.005	7.80***	26.65***
3	Amigos consumidores de tranquilizantes	.06	.034	.033	.003	5.79**	19.75***
4	Salir con amigos al parque o a la calle	-.05	.037	.034	.002	4.08*	15.85***
VARIABLES ESCOLARES							
1	Faltar a clase sin justificación	.07	.005	.004	.005	8.10***	8.10***
VIOLENCIA							
1	Ejercer violencia para descargarse en situaciones tensas y estresantes	.09	.011	.010	.011	18.50***	18.50***
2	Tus amigos intentan convencerte de que hagas algo agresivo/violento	.07	.014	.013	.004	6.34**	12.45***
3	Dejarse llevar por corazonadas o intuición						
	Destruir mobiliario en la calle, parques						

4	o jardines	.06	.018	.016	.003	5.72**	10.23***
		.06	.021	.019	.003	5.52**	9.07***

* p # 0.05; ** p # 0.01; *** p # 0.001.

Teniendo en consideración el signo positivo de los coeficientes β obtenidos por algunas de las variables pronosticadoras en cada una de las ecuaciones calculadas, es posible afirmar, por una parte, que aquellos jóvenes que: (a) presentan altas puntuaciones en escalas de evaluación de la depresión y mantienen relaciones sexuales a edades tempranas; (b) tienen amigos consumidores de derivados morfinicos, anfetaminas y tranquilizantes; (c) suelen faltar a clase sin motivos justificados y, (d) ejercen la violencia como respuesta ante situaciones estresantes, tienen amigos violentos que los presionan para que realicen actos agresivos, se dejan llevar por sus corazonadas y suelen destruir mobiliario en la calle o en parques y jardines, tienen una mayor probabilidad de implicarse en el uso de drogas médicas y realizando un mayor consumo de las mismas. Por otra, los que : (a) están más satisfechos con el uso de su tiempo libre y (b) salen con sus amigos al parque o a la calle como forma de pasar su tiempo libre frente a ir a discotecas o pubs, se implicarían en menor medida en el consumo de fármacos o derivados.

6. DISCUSIÓN

El estudio realizado profundiza y complementa los resultados del primero de los trabajos presentados en el presente trabajo de investigación, puesto que, desde un planteamiento dirigido a la prevención, no sólo es importante y, como no imprescindible, el conocer la situación real de la problemática en la que se desea intervenir, sino que además es tanto o más necesario el tener un conocimiento preciso de los determinantes que la explican. En este sentido, los resultados obtenidos informan tanto de la forma típica en la que las sustancias psicoactivas son utilizadas por los jóvenes madrileños del Municipio de Majadahonda escolarizados de 14 a 18 años como del tipo de relación que se establece entre el consumo de las mismas y un conjunto amplio de variables de diversa índole cuya presencia como importantes correlatos y determinantes de la implicación de los adolescentes en el uso de drogas ha sido probada, con mayor o menor éxito, en numerosas investigaciones en este campo.

Así pues, se ha intentado clarificar la forma, el patrón más habitual a través del cual los más jóvenes hacen uso de las sustancias adictivas. En este sentido, se han obtenido tres agrupaciones bien diferenciadas que son respuesta a la forma real en la que los consumidores más habituales hacen uso de las mismas, confirmando las observaciones ya señaladas por otros autores (PNSD, 1995,1996,1998) de que nos encontramos ante una situación en la que el monoconsumo es prácticamente inexistente y lo que prevalece es una pauta general mucho más cercana al uso de varias sustancias de forma conjunta que, por la naturaleza de las mismas, bien podría ser reflejo de la involucración de los adolescentes en diferentes etapas de consumo. 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 (Gili y cols., 1989; Elzo y cols., 1992; Aubà y Villalbí, 1993b; Campins y cols., 1996) y entre éste y el uso habitual de cannabis. 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 cols., 1992; Itza, 1992; Luengo y cols., 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, puesto que en el segundo de los factores aparece de forma conjunta el uso de alucinógenos, cocaína, heroína, drogas de síntesis, inhalantes y anfetaminas.

En tercer lugar, el hecho de que en este grupo de sustancias obtenido aparezcan asociados de forma conjunta todos los fármacos o derivados farmacológicos (*Drogas médicas*) considerados en el estudio, estaría también en consonancia con las conclusiones a las que llegan otras investigaciones que subrayan la asociación de este tipo de drogas entre sí y entre éstas y el consumo de drogas ilegales, puesto que en este grupo también se incluyó, entre otros, el uso de derivados morfínicos (Itza, 1992, Luengo y cols., 1992). En todo caso, atendiendo a la naturaleza de las sustancias que aparecen agrupadas en este

factor, es posible que el resultado obtenido sea respuesta de la existencia de una etapa intermedia entre la iniciación y la experimentación en el uso de sustancias (en la que aparecen asociados el alcohol, el tabaco y el cannabis) y otras como las drogas ilegales (cocaína, drogas de síntesis) que señalan, en la mayor parte de los casos, la consolidación y el mantenimiento de patrones de uso y abuso más problemáticos cercanos a la adicción (Muñoz-Rivas, 1998). En todo caso, teniendo en cuenta que el consumo de drogas médicas es cada vez mayor en la población más joven y que el uso que hacen de éstas y de otras sustancias no se adecua, en la mayor parte de los casos, a patrones fijos, sería necesario mayor investigación en este sentido que lograra esclarecer este tipo de planteamientos y, en consecuencia, obtener mayor información sobre la forma en la que se produce la implicación del joven en el consumo de sustancias psicoactivas.

En resumen, los resultados obtenidos sobre el modo en que covaría el uso de las diferentes sustancias psicoactivas consideradas, pone de manifiesto nuevamente el hecho de que, al igual que ocurre en población adulta (Itza, 1992), en los adolescentes es posible hablar también de un consumo múltiple de sustancias que incrementa la gravedad del fenómeno, especialmente de cara a la prevención, puesto que se trata de una situación en la que el efecto negativo de las mismas se combina incrementando su toxicidad, dificultando las intervenciones en este campo y, como no, empeorando las consecuencias a largo plazo tanto sociales como personales y de salud.

Tomando en consideración la constatación de esta realidad, parece aún más importante el llegar a conocer los determinantes específicos del consumo de las distintas drogas comentadas, puesto que sólo a partir de este conocimiento es posible llegar a determinar aquellas claves de actuación que sean lo suficientemente relevantes para conseguir resultados preventivos eficaces. En este sentido, se ha planteado la segunda parte del presente estudio cuyo objetivo fue comprobar la capacidad predictiva de una serie de factores de carácter psicosocial en el consumo diferencial de cada una de las sustancias de uso común entre los adolescentes madrileños escolarizados, componentes de la muestra de estudio.

Desde un punto de vista genérico, los datos obtenidos validan también muchos de los planteamientos de partida de la presente investigación, puesto que considerando algunas

de estas variables es posible predecir, en mayor o menor medida, el consumo de sustancias. Concretamente, aspectos como la autoestima, el estado de ánimo y/o el autoconcepto, la personalidad (aludiendo a la búsqueda de sensaciones, la impulsividad o la emisión de conductas desviadas de las normas de comportamiento social típicas de la edad y la realización de actividades delictivas), el grupo de iguales (en sus dimensiones afectivas y conductuales), la escuela (atendiendo al rendimiento académico, la asistencia a las clases y/o la satisfacción con el centro de enseñanza) y las conductas violentas ejercidas por los jóvenes (individual y grupal), muestran nuevamente su importante relación con el uso de drogas, configurándose como correlatos significativos de la implicación de los jóvenes en el mismo. Además, este hecho toma especial relevancia al constatar que, como se comentará más adelante, tanto el peso de la relación que se establece entre muchas de estas variables y el consumo como la dirección de la misma, no es en todos los casos similar dependiendo de la naturaleza de las sustancias adictivas.

Con respecto a la naturaleza de las variables consideradas, los resultados obtenidos en el presente estudio señalan la estrecha relación existente entre muchas de ellas y el consumo de drogas, corroborando la adecuación de su inclusión en este tipo de trabajos y el valor de las mismas a la hora de ofrecer una explicación del fenómeno del uso de sustancias psicoactivas en la población adolescente. En este sentido, un número importante de variables han demostrado mantener una estrecha relación tanto positiva (indicando una mayor probabilidad de que el joven se involucre en el consumo) como negativa (señalando una menor probabilidad de que lo haga) con el uso del total de las drogas de comercio legal e ilegal estimadas.

Efectivamente, son estos cuatro conjuntos de variables referentes a la dimensión personal, grupal, escolar y violenta del adolescente los que se han puesto a prueba para determinar el valor predictivo de las mismas para el consumo de las distintas drogas analizadas. De forma genérica, todos los conjuntos de variables estudiados han demostrado ser pronosticadores significativos de la implicación del joven en los diferentes tipos de consumo, subrayando la naturaleza multicausal del mismo y señalando la necesidad de incluir, a la hora de explicarlo, componentes de diversa índole que abarquen todos los dominios en los que el adolescente se mueve.

Si bien es cierto que muchas de estas dimensiones han demostrado tener un peso significativo como pronosticadores tanto de una mayor implicación en el uso de sustancias por parte de los más jóvenes como, también, de una menor probabilidad de que éstos se inicien en el consumo de las mismas, su valor explicativo y la naturaleza de las variables varía dependiendo del tipo de sustancia de que se trate. En este sentido, es posible encontrar que determinados aspectos que son predictores relevantes del consumo de drogas convencionales no lo son para otras de comercio ilegal o, aún siendo las mismas, el peso o la dirección de su influencia se ve modificado según se trate de uno u otro caso.

Para ilustrar de forma resumida las conclusiones obtenidas con respecto a las variables específicas que predicen tanto un mayor riesgo como una mayor protección con respecto al consumo de cada uno de los tipos de drogas considerados (legales, médicas e ilegales), se presentan las tablas 16 a 18 en las que aparecen incluidas todas las variables que han demostrado tener un valor predictivo más relevante en cada uno de los casos.

En cuanto a las variables de carácter psicológico que resultan ser pronosticadoras del consumo, cabe señalar que la dimensión que predice un mayor riesgo para el uso de drogas legales e ilegales analizadas es la presencia de conductas desviadas de las normas de comportamiento social típicas de la edad así como la realización de actividades predelictivas (ej., "Romper los cristales de casas deshabitadas", "Robar cosas de una tienda o de un coche" "Llevar un arma por si se necesita en una pelea"), tal y como han propuesto muchos otros trabajos en el área (Loeber, 1988; Elliot, Huizinga y Menard, 1989; Brook y cols., 1990; Johnson y Pandina, 1991; Barnea, Teichman y Rahav, 1992; Luengo y cols., 1992).

Con respecto a la búsqueda de sensaciones, ésta sólo aparece incluida como variable relevante de riesgo (en su faceta de búsqueda de desinhibición) en el caso de las drogas convencionales, hecho que también ha sido observado por otros estudios realizados con población española como el Del Barrio y Alonso (1994), que afirmaron que éste tipo de dimensiones sólo estaba asociado al consumo frecuente de tabaco y bebidas alcohólicas. El hecho de que sea la dimensión de búsqueda de desinhibición y no otras como la búsqueda de excitación o de emociones, la que prediga una mayor implicación del joven en el uso de alcohol o tabaco puede explicarse si se consideran dos aspectos importantes:

(a) En primer lugar, la desinhibición hace referencia a situaciones en las que el adolescente podría superar sus propias inhibiciones o los convencionalismos en el caso de que éstas se dieran pero que, en la actualidad, el joven no busca o precisa para satisfacer su necesidad de descubrir situaciones novedosas o excitantes como podría ser el caso de la búsqueda de excitación (ej., "No me importaría bañarme desnudo en la playa", "Si estuviera casado no me importaría cambiar de pareja" y,

(b) En segundo lugar, una parte importante de los ítems a través de los que es estimada hacen referencia explícita al consumo de alcohol y al efecto desinhibidor que éste puede producir (ej., "Me siento muy bien después de tomarme una copa", "No me importaría pasearme con un amigo borracho", "Tener muchas bebidas es la clave de una buena fiesta"), por lo que es esperable que sean más valorados por aquellos encuestados cuyas expectativas sobre el resultado de beber o fumar se asocien con este efecto de mayor "apertura".

En el sentido opuesto pero dentro del mismo rasgo de personalidad, la búsqueda de sensaciones, es importante subrayar que el obtener mayores puntuaciones en la escala de susceptibilidad al aburrimiento resulta ser pronosticador de un menor consumo, concretamente de alcohol y tabaco. Así pues, parece que aquellos jóvenes que toleran en mayor medida la ausencia de actividades novedosas y excitantes se implicarían en un menor consumo de drogas convencionales, posiblemente porque el poseer este recurso personal les ayude a no necesitar actividades novedosas dentro de su cotidianidad.

Atendiendo a otro de los rasgos de personalidad considerados en el presente estudio, es necesario subrayar que tanto en el caso de las drogas legales e ilegales aparece la empatía como variable predictora de una menor implicación en su uso, lo que diferenciaría notablemente a los consumidores de estos tipos de drogas puesto que, para las médicas, éste no parece ser un adecuado pronosticador de la abstinencia. En este sentido y en comparación con los datos obtenidos para el grupo de drogas médicas, parece que aquellos jóvenes que son más empáticos y sintonizan más con las personas cercanas a su entorno o incluso con las desconocidas, tendrían un riesgo menor de implicarse en el consumo de sustancias de mayor poder adictivo.

En cualquier caso, tanto éstas como todas las consideraciones anteriores, vuelven a confirmar la importancia de este tipo de variables de personalidad en el consumo de drogas (Bates, Labouvie y White, 1986; Teichman, Barnea y Rahav, 1989; Cárdenas y Moreno-Jiménez, 1989; Barnea y cols., 1992; Horovath y Zuckerman, 1993; Del Barrio y Alonso, 1994; Luengo, Carrillo, Otero-López y Mirón, 1994) y la necesidad, por tanto, de ser incluidas en los trabajos realizados en prevención puesto que deberían considerarse aquellas propuestas que subrayaran, de una forma u otra, alternativas y posibilidades más adecuadas para canalizar este tipo de necesidades.

Tabla 16. Resumen de los factores de riesgo y de protección para el consumo de drogas legales.

FACTORES DE RIESGO	FACTORES DE PROTECCIÓN
VARIABLES PSICOLÓGICAS	
<ul style="list-style-type: none"> * Deseo de desinhibición * Mayor gasto semanal en la compra de alcohol, tabaco y cannabis * Mayor presencia de conductas desviadas de las normas de comportamiento social típicas de la edad 	<ul style="list-style-type: none"> * Mayor susceptibilidad al aburrimiento * Mayor empatía y comprensión de los sentimientos de los otros
VARIABLES RELACIONADAS CON EL GRUPO DE AMIGOS	
<ul style="list-style-type: none"> * Salir frecuentemente con los amigos a bares y discotecas, conciertos y/o a la calle o el parque * Tener amigos consumidores de alcohol * Tener amigos consumidores de tabaco * Tener amigos consumidores de cocaína * Tener amigos consumidores de drogas sintéticas * Sentirse muy integrado en el grupo de amigos (mayor vinculación) 	<ul style="list-style-type: none"> * Salir frecuentemente con amigos al cine, al teatro (frente a acudir a bares, pubs)
VARIABLES ESCOLARES	
<ul style="list-style-type: none"> * Faltar frecuentemente a clase sin motivo justificado 	<ul style="list-style-type: none"> * Valorar positivamente el nivel de enseñanza recibido en el centro escolar especialmente en el área física * Valorar positivamente el nivel de enseñanza recibido en el centro escolar especialmente en el área artística * Tener una buena consideración de sí mismo como estudiante
VARIABLES RELACIONADAS CON LAS CONDUCTAS VIOLENTAS DE LOS ADOLESCENTES	
<ul style="list-style-type: none"> * Ejercer violencia contra alguien por defender a un amigo aunque éste haya provocado la pelea * Destruir mobiliario urbano en la calle o parques, en el centro escolar o en casa * Dejarse llevar por el impulso o las corazonadas * Ejercer violencia para defenderse cuando la ejercen contra él * Sentirse muy vinculado al grupo de amigos 	

Tabla 17. Resumen de los factores de riesgo y de protección para el consumo de drogas ilegales.

FACTORES DE RIESGO	FACTORES DE PROTECCIÓN
VARIABLES PSICOLÓGICAS	
<ul style="list-style-type: none"> * Mantener relaciones sexuales frecuentes * Mayor presencia de conductas desviadas de las normas de comportamiento social típicas de la edad * Mayor gasto semanal en la compra de tabaco 	<ul style="list-style-type: none"> * Mayor empatía y comprensión de los sentimientos de los otros
VARIABLES RELACIONADAS CON EL GRUPO DE AMIGOS	
<ul style="list-style-type: none"> * Tener amigos consumidores de derivados morfínicos * Tener amigos consumidores de anfetaminas * Tener amigos consumidores de heroína * Tener amigos consumidores de estimulantes * Tener amigos consumidores de cocaína * Tener amigos consumidores de alcohol * Acceder a hacer cosas prohibidas por no diferenciarse del resto del grupo * Sentirse muy satisfecho de la relación que se mantiene con el grupo de amigos 	<ul style="list-style-type: none"> * Salir frecuentemente con amigos a practicar algún tipo de deporte
VARIABLES ESCOLARES	
<ul style="list-style-type: none"> * Faltar frecuentemente a clase sin motivo justificado 	<ul style="list-style-type: none"> * Valorar positivamente el nivel de enseñanza recibido en el centro escolar especialmente en el área intelectual * Valorar positivamente el nivel de enseñanza recibido en el centro escolar especialmente en el área física * Haber obtenido buenas calificaciones en cursos anteriores
VARIABLES RELACIONADAS CON LAS CONDUCTAS VIOLENTAS DE LOS ADOLESCENTES	
<ul style="list-style-type: none"> * Tener amigos violentos que intentan convencerle de que realice actos agresivos * Ejercer abuso o violencia sexual contra alguna persona * Ejercer violencia para descargarse ante situaciones tensas o estresantes * Destruir mobiliario urbano en discotecas o pubs, la calle o parques 	

<ul style="list-style-type: none"> * y/o en el centro escolar * Hacer cosas prohibidas por no diferenciarse del grupo * Tener amigos violentos 	
---	--

Tabla 18. Resumen de los factores de riesgo y de protección para el consumo de drogas médicas.

FACTORES DE RIESGO	FACTORES DE PROTECCIÓN
VARIABLES PSICOLÓGICAS	
<ul style="list-style-type: none"> * Mayores puntuaciones en depresión * Mantener relaciones sexuales a una edad temprana 	<ul style="list-style-type: none"> * Mayor satisfacción con la ocupación del tiempo libre
VARIABLES RELACIONADAS CON EL GRUPO DE AMIGOS	
<ul style="list-style-type: none"> * Tener amigos consumidores de derivados morfínicos * Tener amigos consumidores de anfetaminas * tener amigos consumidores de tranquilizantes 	<ul style="list-style-type: none"> * Salir frecuentemente con los amigos al parque o a la calle (frente a acudir a bares, pubs)
VARIABLES ESCOLARES	
<ul style="list-style-type: none"> * Faltar frecuentemente a clase sin motivo justificado 	
VARIABLES RELACIONADAS CON LAS CONDUCTAS VIOLENTAS DE LOS ADOLESCENTES	
<ul style="list-style-type: none"> * Ejercer violencia para descargarse ante situaciones tensas o estresantes * Tener amigos violentos que intentan convencerle de que realice actos agresivos * Dejarse llevar por el impulso o las corazonadas * Destruir mobiliario en la calle, parques o jardines 	

Finalmente, también es necesario hacer referencia a los resultados obtenidos en cuanto al papel de la presencia de estados de ánimo negativos en la predicción del consumo. Es importante señalar que a pesar de que la depresión ha sido considerada en la literatura como un importante factor de riesgo para el consumo de cualquier tipo de droga (Elliot y cols., 1985; Kaplan, 1985; Huba, Newcomb y Bentler, 1986; Calafat y Amengual, 1991; Bleichmar, 1994), en el presente estudio el hecho de que el adolescente se encuentre en una situación emocional caracterizada por el desánimo, la tristeza, una baja autoestima y una mayor dificultad para disfrutar con lo cotidiano, sólo resulta ser un predictor significativo de un mayor consumo de sustancias médicas pero no de drogas legales ni ilegales.

Entre las variables relacionadas con el grupo de iguales, la que aparece preferentemente como indicador relevante de un mayor riesgo de consumir drogas, es el uso de sustancias por parte de los amigos que rodean al adolescente (Dishion y Loeber, 1985; Goe, Napier y Bachtel, 1985; White, Johnson y Horowitz, 1986; Swadi, 1988; Brook y cols., 1990; Díaz y Sanabria, 1993; Pons y cols., 1996). Es importante señalar que, mientras esta dimensión conductual que hace referencia al hecho de que éstos beban, fumen, utilicen fármacos sin prescripción médica o sean usuarios de cocaína determina en gran medida el tipo de sustancias que el joven va a consumir (Otero y cols., 1989; Luengo y cols., 1992) se cumple para el total de las drogas estimadas. La influencia de la dimensión afectiva referente a la existencia de una estrecha relación entre el joven y sus amigos o una mayor frecuencia con la que éste los ve, sólo es predictor significativo del consumo de drogas legales e ilegales. Este hecho corrobora los resultados de algunos estudios que han considerado las relaciones de intimidad entre los compañeros del grupo, constatando que éste podría configurarse como un potente pronosticador de la implicación del joven en un primera etapa de consumo centrada en el uso de alcohol y tabaco (Downs, 1987; Otero y cols., 1989) pero, una vez establecida, tal y como propusieron Kandel y Andrews (1987), sería la imitación de la conducta de los iguales la forma dominante de influencia social favoreciendo la selección de compañías que refuerzan este tipo de conductas (amigos consumidores).

También el entorno escolar ha resultado tener un impacto relevante en el consumo puesto que, en consonancia con otros estudios, el absentismo escolar se consolida como un

importante predictor de una mayor implicación del joven en el consumo de cualquiera de las sustancias consideradas (Holmberg, 1985; Barro y Kolstad, 1987; Mensch y Kandel, 1988). De cualquier forma, en el sentido ya propuesto por Elliot y sus colaboradores (1985), el estar satisfecho de la educación que se recibe, sí se erige como un pronosticador fiable de la menor implicación del joven en el consumo de tóxicos, puesto que éste es un aspecto que se repite como factor protector tanto para las drogas legales como para las ilegales (Barca, Otero-López, Mirón y Santorum, 1986).

Por último, en cuanto a las variables relacionadas con la emisión de conductas violentas por parte de los más jóvenes, es importante señalar cómo el hecho de que los adolescentes ejerzan violencia para descargarse o como respuesta a una ofensa recibida por uno de sus amigos, el que suelen destrozar mobiliario urbano, en casa o en la escuela, se definen como importantes factores de riesgo para el consumo del total de sustancias analizadas. Estos datos confirman lo que algunos investigadores como Elliot, Huizinga y Ageton (1985) plantearon que el abuso de drogas y la delincuencia formaban parte de una pauta general de rebeldía y disconformidad (White, 1990), que se ha denominado como [síndrome de desviación] (Jessor y Jessor, 1977). Una posible explicación entre el abuso de drogas en la adolescencia y la manifestación de conductas violentas es la posibilidad de que ambas conductas persistan y, de forma conjunta, puedan conducir a una carrera delictiva. A este respecto, la evidencia empírica sugiere que éste es el caso de una minoría de jóvenes que son muy activos tanto en conductas delictivas como en el abuso de drogas.

7. IMPLICACIONES PARA LA PREVENCIÓN

Finalmente, es necesario considerar algunas de las implicaciones de las conclusiones señaladas. En primer lugar, este estudio, al igual que otros muchos, corrobora la idoneidad de elaborar programas preventivos multicomponentes en los que se consideren todas las dimensiones que, como se ha comprobado, explican en mayor o menor medida el consumo de drogas en la adolescencia.

En segundo lugar, si se consideran cada uno de los grupos de sustancias que los adolescentes afirman consumir de forma conjunta (drogas legales, ilegales y médicas) como el reflejo de distintas etapas en la implicación del proceso adictivo (la mayor parte de

ellos consumen alcohol y tabaco, un porcentaje más reducido pero amplio consume drogas ilegales y, por último, un grupo más pequeño utiliza fármacos o derivados de forma habitual), deben tenerse en cuenta las variables que han resultado tener un valor pronóstico importante y diferenciador para cada una de ellas, ajustando lo más detalladamente posible cada una de las intervenciones preventivas. En este sentido, según se trate de uno u otro tipo de droga, los factores que explican la mayor o menor implicación en su consumo tienen un valor diferente según cada caso. Así pues, si se observan los patrones de riesgo y protección extraídos para cada una de las drogas de consumo, es posible observar, por ejemplo, cómo los factores psicológicos ocupan el primer lugar, en cuanto a su valor explicativo, en el caso de las drogas legales, en las ilegales la influencia del grupo de iguales tiene el peso mayor y, en el caso de las drogas médicas, los distintos grupos de variables analizadas tienen un poder explicativo similar (ej., psicológicas, del grupo de iguales).

De cualquier forma, ha de apoyarse la elaboración de programas centrados tanto en prevenir como en manejar aquellas características de carácter psicológico que sitúan al adolescente en una situación de mayor riesgo a la vez que se potencian aquellas otras que le [protegen] frente al inicio en el consumo.

Además de todo ello, es necesario dirigir parte de los programas elaborados o idear algunos específicos para afrontar y manejar, desde la prevención, la poderosa influencia que ejercen los iguales en el consumo de sustancias. En este sentido, también es útil el preparar a los jóvenes cuando todavía no lo son a tener recursos suficientes y eficaces para resistir las presiones del grupo cuando éstas comiencen a aparecer, incluyendo el entrenamiento en habilidades tanto generales (asertividad, habilidades sociales) como específicas (aprender a decir no, saber rechazar ofertas) dentro de los programas de enseñanza habituales. Por otro lado, la importancia constatada de variables como el tipo de actividades que realiza el grupo de amigos señala la necesidad de aunar esfuerzos para incitar a los adolescentes desde muy pequeños a considerar alternativas saludables de ocio y tiempo libre que satisfagan sus necesidades personales (búsqueda de situaciones novedosas, curiosidad) y que logren, en alguna medida, crear otras fuentes distintas de gratificación que se sumen a lo que hoy en día es prácticamente la única vía de disfrute juvenil existente (bares, discotecas) y que, como se ha comprobado, está asociada

fuertemente con una mayor implicación de los más jóvenes en el consumo de todo tipo de sustancias psicoactivas.

Todas estas cuestiones de máxima relevancia propuestas como fines últimos de la presente investigación, no pretenden ser lanzadas sin obtener respuesta alguna puesto que el interés demostrado por el Excmo. Ayuntamiento de Majadahonda a través de la Concejalía de Sanidad, ha guiado el actual desarrollo y puesta en marcha de una serie de programas preventivos a nivel psicológico, familiar y comunitario, ajustados a la población de adolescentes del Municipio al asentarse en aquellas variables que de forma empírica se han puesto de manifiesto a lo largo del presente estudio. El programa desarrollado a nivel psicológico se expone en el siguiente capítulo.

INTRODUCCION AL MODULO

PLANTEAMIENTO Y JUSTIFICACIÓN

El hecho de que este módulo haya sido incluido en el programa se debe fundamentalmente a que la constitución de la persona evoluciona a lo largo de los años cristalizando en la adolescencia, etapa sobre la que vamos a trabajar. Creemos fundamental que este tema sea trabajado no solo por el hecho de poder constituir un factor de protección en el consumo de drogas (lo que sabremos después de aplicar el programa) sino porque va a influir en todas las áreas de la vida del sujeto.

Autoconcepto y autoestima son dos términos diferentes pero estrechamente relacionados. El Autoconcepto (AC) es el conjunto de ideas y elementos que una persona tiene para describirse a sí mismo, y la Autoestima (AE) la autoevaluación de esa descripción (combinación de la información objetiva y la evaluación subjetiva de dicha información).

La AE aparece supeditada al AC ya que sin cogniciones no habría evaluación. En este sentido cabe decir que la AE se refiere a todas las dimensiones del AC, es decir, en base a la dimensión que evaluemos pueden surgir distintos tipos de AE. Así, la estabilidad y signo de ésta dependerá de la relevancia que el sujeto dé a la dimensión que haya sido evaluada. Debido a su multidimensionalidad se la puede considerar como estado y como rasgo, como estructura y como proceso.

La *formación* del AC y la AE está determinada por varios factores: la opinión de los demás: los padres (en las primeras fases de la vida a través de pautas de castigo y recompensa a las acciones del niño) y los amigos u otras personas importantes (en una

fase posterior de la vida); la autoobservación de las consecuencias que nuestra conducta tiene para los demás; factores demográficos (sexo, raza y clase social).

Ambos están compuestos por múltiples facetas, organizadas jerárquicamente en un conjunto de percepciones y valoraciones que van a determinar como la persona percibe los distintos aspectos de su personalidad. La AE está basada en las experiencias que el individuo tiene a lo largo de su vida y de su esquema de valores. En este sentido cuando encontramos una discrepancia entre lo que el sujeto cree que es y lo que le gustaría ser, ésta puede estar basada además de en un AC negativo en unos valores o expectativas desmedidos o irreales.

En la adolescencia cobra especial importancia la autovaloración de los aspectos físicos, ya que sobre ella el individuo asentará, construirá y desarrollará los nuevos pilares de su identidad.

La modificación de ambos debe darse en la línea de mejorarlos para que el individuo pueda adaptarse mejor al medio y pueda crear unas valoraciones adaptables a los constantes cambios del medio, aprendiendo de sus errores para mantener su AE alta, a pesar de los contratiempos que la vida les depare.

OBJETIVOS GENERALES

- Que el sujeto tenga un conocimiento más profundo de sí mismo y se valore positivamente.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Que sean conscientes de que el pensar sobre sí mismos de determinada manera les hace sentir y comportarse de determinada forma.
- Que piensen que valorándose de forma positiva obtendrán mejores consecuencias.
- Que sepan que la alta autoestima les dota de mayor seguridad en la vida, lo que les puede ayudar a hacer frente a situaciones problemáticas como las drogas.

SESION 1.

MEJORA DEL AUTOCONCEPTO

OBJETIVOS DE LA SESION:

- Profundizar en el conocimiento de los aspectos y cualidades personales, tanto positivos como negativos.
- Identificar las concepciones personales erróneas.
- Conocer que es el Autoconcepto y cómo se forma.
- Enseñar a pensar en positivo acerca de uno mismo.

PROCEDIMIENTO Y CONTENIDOS:

En el estudio previo realizado en Majadahonda se identificó al Autoconcepto como un factor de protección en el consumo de drogas.

Dados estos resultados, se decide desarrollar esta sesión para aumentar el conocimiento de las cualidades personales, es decir, para mejorar el Autoconcepto de los alumnos de nuestro grupo de estudio, incidiendo en que éste sea positivo.

La sesión se comienza (actividad 1) pidiendo a los alumnos que se describan a sí mismos. Para ayudarles en esta tarea, se les facilitan una serie de características personales en un continuo de cualidades positivas en un extremo y cualidades negativas en el otro. Los alumnos deben situarse en este continuo según ellos creen que son. Con ello obtenemos la opinión actual que tienen los alumnos sobre sí mismos, es decir, la línea base sobre la que trabajaremos para delimitar errores de pensamiento u opiniones infundadas.

Mediante la actividad 2 se elaborará un listado de pensamientos negativos que luego van a ser modificados en la tercera fase de la sesión. A su vez, se comparan las implicaciones de las valoraciones personales negativas con respecto a las valoraciones positivas.

En una segunda fase de la sesión se pretende describir el problema a los alumnos para lo que el profesor les explicara el término Autoconcepto, como se forma, como puede afectar a nuestros sentimientos y comportamientos y cuáles son los objetivos de esta sesión (actividad 3).

En la tercera fase o búsqueda de alternativas (actividad 4), se tratarán de encontrar alternativas a los pensamientos negativos generados en la actividad 2. Se buscarán pensamientos más positivos, que no supongan una generalización a todas las áreas de su vida, que no impliquen comparaciones con otras personas, etc. De nuevo se analizarán los sentimientos y consecuencias que podría tener para ellos el pensar de esta forma más positiva y se comparan con los del ejercicio 2.

Se termina la sesión con una puesta en común para ayudar a la generalización de lo aprendido a otras situaciones y la presentación de las tareas para casa.

CONTENIDOS CLAVE:

- Deben aprender y comprender lo que es el **Autoconcepto**: conjunto de opiniones e ideas acerca uno mismo en distintas áreas de su vida.
- Entender que una persona es un ser multidimensional y que puede tener aspectos negativos y positivos.
- Entender que la forma en la que nos comportamos e interaccionamos con otras personas, viene determinada por la opinión que tenemos de nuestra manera de ser.
- Saber que los pensamientos pueden modificarse, que no nos vienen impuestos.
- Aprender a pensar en positivo nos hace más felices, nos ayuda a establecer metas para mejorar aspectos negativos de nuestra personalidad y nos hace aceptarnos tal y como somos.

ACTIVIDADES:

1. *Actividad 1: Descripción de uno mismo*: los alumnos deben definirse a sí mismos tal y como ellos se ven, situándose en un continuo de adjetivos positivos y negativos.
2. *Actividad 2: ¿Cómo pensaría, me sentiría y qué pasaría si.....?:* los alumnos se imaginan que son torpes, no atractivos físicamente, buenos estudiantes, creativos y

originales. Se anotan pensamientos, sentimientos y consecuencias asociados en cada caso.

3. *Actividad 3: Definición de Autoconcepto:* variables que lo determinan y cómo se forma.
4. *Actividad 4: Búsqueda de alternativas:* se buscan pensamientos positivos alternativos a los negativos existentes. Se evalúa como cambian los sentimientos y consecuencias.
5. *Actividad 5: Generalización:* El profesor realiza una serie de preguntas a la clase para fomentar la generalización de lo aprendido a otras áreas de la vida de los alumnos.

MATERIAL:

- Hoja 1.1.1. ¿Cómo soy yo?
- Hoja 1.1.2. ¿Cómo pensaría, me sentiría y qué pasaría si.....?
- Hoja 1.1.3. Descripción de
- Hoja 1.1.4. Ejemplos de tipos de pensamientos positivos.
- Hoja 1.1.5. Pensar en positivo
- Hoja 1.1.6. Tareas para casa.
- Lápices y bolígrafos.

DESARROLLO DE LA SESION:

ACTIVIDAD 1:

Identificar y analizar la opinión que tienen los alumnos de sí mismos. Partimos de la base de que la mayoría de las veces tenemos una opinión acerca de nosotros mismos que está basada más en sentimientos, en intuiciones, que en evidencias reales que se dan a través de nuestro comportamiento en situaciones de la vida diaria.

El profesor les indica que van a hacer un ejercicio en el que van a describirse a sí mismos. Que les van poner una serie de adjetivos que están en un continuo con un extremo positivo y otro negativo y que deben situarse en dicho continuo en base a lo que piensan que son.

Les dirige a la hoja 1.1.1. de su cuaderno de ejercicios. Debe recordarles que la respuesta debe ser espontánea y que tienen cinco minutos para completarla.

(Antes de empezar el profesor debe asegurarse que los alumnos han entendido bien el ejercicio, ya que de ello va a depender todo el desarrollo de la sesión).

(Hoja 1.1.1. ¿Cómo soy yo?)

1. Inteligente _ _ _ _ _ Ignorante
2. Torpe _ _ _ _ _ Habilidadoso
3. Físicamente no atractivo _ _ _ _ _ Físicamente atractivo
4. Creativo y original _ _ _ _ _ No creativo ni original
5. Buen estudiante _ _ _ _ _ Mal estudiante.
6. Me gusta estar con la gente _ _ _ _ _ No me gusta estar con la gente
7. Preocupado por los demás _ _ _ _ _ No preocupado por los demás
8. Alegre _ _ _ _ _ Triste

ACTIVIDAD 2:

El profesor debe dar las siguientes instrucciones:

“Como veis todos tenemos una opinión personal acerca de nuestras cualidades positivas y negativas. Muy bien. Pero ahora me gustaría que hiciéramos una prueba.

Id a la hoja 1.1.2. de vuestro libro de ejercicios e independientemente de cómo os hayáis valorado en el ejercicio anterior, poneros en la situación de que os consideráreis torpes y poco atractivos físicamente. Anotad qué pensaríais, cómo os sentiríais y como os comportaríais en cada uno de los casos”.

Para que los alumnos comprendan mejor lo que se les pide en este ejercicio se les puede poner el ejemplo siguiente:

“Por ejemplo: si una persona se considerase triste, podría pensar. “la vida es un asco, a la gente no le gusta la gente triste, mis [amig@s](#) se aburren conmigo porque nunca quiero hacer cosas que les apetecen y siempre tengo mala cara,...”; se sentiría mal

consigo mismo; y se comportaría: no saldría de casa para que no le preguntasen qué le pasa, no intentaría conocer gente,..."

Se les dejará unos 5 minutos para hacer esta actividad.

(Hoja 1.1.2. ¿Cómo pensaría, me sentiría y qué pasaría si.....?)

	PENSARÍA	ME SENTIRIA	ME COMPORTARIA
SI FUERA TORPE			
SI NO FUERA ATRACTIVO FISICAMENTE			

Cuando los alumnos hayan completado el cuadro, se les pide que, independientemente de lo hecho con anterioridad, se pongan en la situación de que se considerasen creativos y originales y buenos estudiantes y anoten en el segundo cuadro de la hoja 1.1.2. qué pensarían, cómo se sentirían y qué tipo de comportamiento tendrían en cada caso.

Se le puede poner como ejemplo:

“Por ejemplo: si una persona se considerase alegre, podría pensar: “la vida es maravillosa, a la gente le gusta la gente alegre, mis [amig@s](#) se divierten conmigo porque estoy siempre [content@,...](#)”; se sentiría bien consigo mism@ y con los demás, y se comportaría con naturalidad, haría lo que le apeteciese en cada momento porque le daría igual la opinión de los demás,..."

(Hoja 1.1.2. ¿Cómo pensaría, me sentiría y qué pasaría si.....?)

	PENSARÍA	ME SENTIRIA	ME COMPORTARIA
SI FUERA CREATIVO Y ORIGINAL			
SI FUERA BUEN ESTUDIANTE			

Cuando los alumnos hayan finalizado, se les pide que miren ambos cuadros y comparen las respuestas de las dos primeras situaciones con las dos segundas.

A continuación de les pregunta:

“¿Qué habéis visto?” “¿Hay alguna diferencia en los pensamientos, o en os sentimientos o en la forma de comportarse cuando te consideras negativamente y cuando lo haces positivamente?”

Se les puede pedir a los alumnos que pongan algún ejemplo de los pensamientos en un caso y en otro, de los sentimientos o de los comportamientos para que todos sean conscientes de las diferencias.

ACTIVIDAD 3:

A continuación se les pregunta:

¿Qué pensáis que estamos intentando conseguir con este ejercicio?

¿Qué estáis aprendiendo acerca de vuestra forma de describiros a vosotros mismos?

Se intenta dirigir a los alumnos hacia el tema del módulo, concluyendo que lo que estamos midiendo es el Autoconcepto. El profesor proporciona una breve explicación a los alumnos basándose en lo siguiente: [La hoja 1.1.3. se entregará a los alumnos al final de la sesión junto con la hoja de las tareas para casa, y no en este momento]

“AUTO-CONCEPTO es el conjunto de conocimientos, ideas e imágenes acerca de cómo somos, de nuestras cualidades y defectos, de cómo pensamos, nos sentimos y nos comportamos.

Os habréis dado cuenta que en menor o mayor medida todos tenemos una opinión de nosotros mismos. Todos somos capaces de definirnos en distintos aspectos o áreas de nuestra vida.

Por otro lado, también hay que tener en cuenta que en base a como nos definamos a nosotros mismos vamos a poder tener un Autoconcepto positivo y un Autoconcepto negativo. Con todo lo que habéis aprendido seguro que ya sabéis lo que estos términos significan: el Autoconcepto positivo: es cuando tenemos un buen conocimiento de nosotros mismos y además nos vemos de forma positiva (el nº de cualidades positivas que tenemos es mayor que el nº de defectos); el Autoconcepto negativo: es cuando tenemos un buen conocimiento pero nos vemos de forma negativa (el nº de defectos supera al de cualidades positivas).

Como habéis visto la forma de pensar sobre nuestra forma de ser afecta a como nos sentimos, Asimismo nuestra forma de pensar y de sentir determina como nos comportemos y las consecuencias de todo ello en nuestra vida.

Por último un aspecto que me gustaría señalar es la variedad de dimensiones en las que podemos evaluarnos, y que la mayoría de las veces nos vamos a ver positivamente en unas áreas de nuestra vida y negativamente en otras. Solamente a través de la toma de conciencia de cómo somos y de nuestras cualidades positivas y negativas, podremos detectar lo que no nos gusta de nosotros mismos y buscar formas para mejorarlo”.

ACTIVIDAD 4:

El profesor plantea el siguiente y último paso de la sesión que consiste en la búsqueda de alternativas:

“Como hemos visto tener un buen conocimiento de nosotros mismos es lo que va a ayudarnos a intentar ser mejores y a vivir de una manera más plena haciendo uso de nuestras mejores cualidades y recursos para ayudarnos a conseguir nuestras metas y, al mismo tiempo, para evitar caer en conductas que no deseamos pero que por una falta de conocimiento de nuestros recursos llevamos a cabo (situaciones delictivas, consumo de drogas, etc...)”.

“Ahora vamos a intentar modificar los pensamientos negativos que podemos tener acerca de nosotros mismos y encontrar otros alternativos más positivos que nos

impulsen al cambio. En la hoja 1.1.4. hay un listado de ejemplos de pensamientos positivos que os puede ayudar a encontrar pensamientos más positivos”.

(Hoja 1.1.4. Ejemplo de tipos de pensamientos positivos).

Ejemplos de pensamientos positivos.

- Aquellos que nos hacen recordar éxitos pasados en situaciones similares (Ej. mis amigos me han llamado para salir la semana pasada aunque yo me considere triste).
- Aquellos que quitan importancia a la situación (Ej: estar triste no es tan malo como ser un estúpido).
- Aquellos que no son pensamientos absolutistas de todo o nada (Ej: no estoy siempre triste, a veces estoy alegre).
- Aquellos que se centran en ese aspecto específico y no supone una generalización a otras áreas de nuestra vida (Ej: soy triste, pero o soy un aburrido por eso).
- Aquellos que en vez de basarse en sentimientos se basan en conductas realizadas (Ej: no es que sea triste, sino que no salí ese día porque me dijeron que suspendí un examen y se me quitaron las ganas).
- Aquellos que facilitan el cambio o mejora personal (Ej: intentaré estar más alegre porque de ese modo me sentiré mejor).

“Ahora vamos a retomar la hoja 1.1.2. y vamos a copiar los pensamientos negativos de considerarnos torpes y no atractivos físicamente en la hoja 1.1.5. Después buscáis y anotáis el mayor nº posible de pensamientos alternativos posibles, para lo que os podéis fijar en los ejemplos de la hoja 1.1.4. (Se les puede decir a los alumnos que de momento dejen las columnas de sentimientos y comportamientos). Posteriormente, mediante la práctica cada alumno deberá determinar los que le ayudan más en su caso.

(Hoja 1.1.5. Pensar en positivo)

PENSAMIENTOS NEGATIVOS HOJA 1.1.2.	¿QUÉ PODRÍA PENSAR? (PENSAMIENTOS POSITIVOS ALTERNATIVOS)	¿CÓMO ME SENTIRÍA?	CONSECUENCIAS ¿CÓMO ME COMPORTARÍA?

[Las hojas 1.1.4. y 1.1.5. se les pueden entregar a la vez]

Los alumnos tendrán 5 minutos para realizar el ejercicio.

Entonces se les pregunta:

¿Cómo os sentiríais si pensarais así?

¿Cuáles serían las consecuencias de pensar y sentirse así? ¿Cómo os comportaríais?

Los alumnos deben anotar sus respuestas en la hoja de ejercicios.

Una vez completado el cuadro, se hace una puesta en común con los demás. Cada alumno pone un ejemplo de un pensamiento positivo y (en caso de que haya tiempo suficiente en la sesión) se hace un listado en la pizarra, eliminando sobre la marcha los que no sean claros o válidos.

[En caso de que sobre tiempo, el profesor hace un breve reflexión acerca de los sentimientos asociados y de las consecuencias o comportamientos posteriores].

ACTIVIDAD 5:

Para ayudar a la generalización de lo aprendido en la sesión el profesor realiza las siguientes preguntas:

¿En qué otros aspectos de tí mismo podrías utilizar lo aprendido en esta sesión?

¿Qué conseguirías cambiando otros aspectos de ti mismo que no te gustan?

¿En qué medida te puede ayudar tu autoconcepto en situaciones de estrés y presión social...(drogas...)?

TAREAS PARA CASA:

- Se anima a los alumnos a retomar las valoraciones que hicieron al principio de la sesión en la hoja 1.1.1. y que, centrándose en las valoraciones negativas, sigan los pasos que se han seguido en la sesión, para mejorar su AC. Si no se han valorado negativamente en ninguno ellos, pueden elegir cualquier otra dimensión de su personalidad en la que no se valoren positivamente. En la hoja 1.1.6. pueden ir rellenando los pasos. Se recuerdan los pasos:

- Anotar lo que piensan de ellos mismos en ese aspecto.
- Anotar lo que piensan, cómo se sienten y las consecuencias de pensar así.
- Hacer un listado de pensamientos alternativos más positivos.
- Ver cómo se sentirían y qué harían teniendo estos pensamientos. Sería útil que lo practicaran en distintas situaciones, cuando lo necesiten.

HOJA 1.1.1. ¿CÓMO SOY YO?

Instrucciones: con este ejercicio queremos averiguar como te ves a ti mismo, qué opinión tienes acerca de tu forma de ser y comportarte. Para ello sitúate en esta escala, marcando una cruz, tan cerca del adjetivo como identificado te sientas con él. Ej. Si te consideras muy inteligente marcas la cruz cerca de la palabra inteligente, si te consideras ignorante, marcas la cruz cerca de la palabra ignorante.

No pienses demasiado la respuesta, sé espontáneo, céntrate en tu opinión personal y sobre todo sé sincero.

1. Inteligente _ _ _ _ _ Ignorante
2. Torpe _ _ _ _ _ Habilidoso
3. Físicamente no atractivo _ _ _ _ _ Físicamente atractivo
4. Creativo y original _ _ _ _ _ No creativo ni original
5. Buen estudiante _ _ _ _ _ Mal estudiante.
6. Me gusta estar con la gente _ _ _ _ _ No me gusta estar con la gente
7. Preocupado por los demás _ _ _ _ _ No preocupado por los demás
8. Alegre _ _ _ _ _ Triste

HOJA 1.1.2. ¿CÓMO PENSARÍA, ME SENTIRÍA Y QUÉ PASARÍA SI...?

Instrucciones: imagínate que eres lo que se indica en el cuadro, es decir, torpe y no atractivo físicamente y anota que pensarías acerca de ti mismo, cómo te sentirías al pensar de esa manera y cómo te comportarías (qué cosas harías, qué cosas dejarías de hacer, cual sería tu comportamiento con los amigos,...).

SI FUERA....	PENSARÍA	ME SENTIRÍA	ME COMPORTARÍA
TORPE (ASPECTO NEGATIVO)			
NO ATRACTIVO FÍSICAMENTE (ASPECTO NEGATIVO)			

Instrucciones: imagínate que eres lo que se indica en el siguiente cuadro, es decir, creativ@ y original y buen/a estudiante y anota que pensarías acerca de ti mismo, cómo te sentirías al pensar de esa manera y cómo te comportarías.

SI FUERA....	PENSARÍA	ME SENTIRÍA	ME COMPORTARÍA
CREATIVO Y ORIGINAL (ASPECTO POSITIVO)			
BUEN ESTUDIANTE (ASPECTO POSITIVO)			

HOJA 1.1.3. DESCRIPCIÓN DE.....

AUTO-CONCEPTO: “es el conjunto de conocimientos, ideas e imágenes acerca de cómo somos, de nuestras cualidades y defectos, de cómo pensamos, nos sentimos y nos comportamos”.

En menor o mayor medida todos tenemos una opinión de nosotros mismos. Todos somos capaces de definirnos en distintos aspectos o áreas de nuestra vida.

Por otro lado, también hay que tener en cuenta que en base a como nos definamos a nosotros mismos vamos a poder tener un Autoconcepto positivo y un Autoconcepto negativo.

Autoconcepto positivo: cuando tenemos un buen conocimiento de nosotros mismos y además nos vemos de forma positiva.

Autoconcepto negativo: cuando tenemos un buen conocimiento pero nos vemos de forma negativa (el nº de defectos supera al de cualidades positivas).

La forma de pensar sobre nuestra forma de ser afecta a como nos sentimos, Asimismo nuestra forma de pensar y de sentir determina como nos comportemos y las consecuencias de todo ello en nuestra vida.

Por último, hay que tener en cuenta la variedad de dimensiones en las que podemos evaluarnos, y que la mayoría de las veces nos vamos a ver positivamente en unas áreas de nuestra vida y negativamente en otras. Solamente a través de la toma de conciencia de cómo somos y de nuestras cualidades positivas y negativas, podremos detectar lo que no nos gusta de nosotros mismos y buscar formas para mejorarlo.

HOJA 1.1.4. EJEMPLOS DE TIPOS DE PENSAMIENTOS POSITIVOS.

- Aquellos que nos hacen recordar **éxitos pasados** en situaciones similares (Ej.: mis amigos me han llamado para salir la semana pasada aunque yo me considere triste).
- Aquellos que **quitan importancia** a la situación (Ej.: estar triste no es tan malo como ser un estúpido).
- Aquellos que **no son pensamientos absolutistas** de todo o nada (Ej.: no estoy siempre triste, a veces estoy alegre).
- Aquellos que **se centran en ese aspecto específico** y no suponen una generalización a otras áreas de nuestra vida (Ej.: tengo un carácter tristón, pero no por eso soy aburrido).
- Aquellos que en vez de basarse en sentimientos **se basan en conductas** realizadas (Ej.: no es que sea triste, sino que no salí ese día porque me dijeron que suspendí un examen y se me quitaron las ganas).
- Aquellos que **facilitan el cambio o mejora personal** (Ej.: intentaré estar más alegre porque de ese modo me sentiré mejor).

HOJA 1.1.5. PENSAR EN POSITIVO.

Instrucciones: anotad los pensamientos negativos de la hoja 1.1.2. (las valoraciones de los dos primeros aspectos) y pensad en al menos 3 pensamientos positivos alternativos para cada uno de los pensamientos negativos. Tened en cuenta los ejemplos de la hoja 1.1.4. Esperad a las instrucciones del profesor antes de cumplimentar las otras dos columnas (sentimientos y consecuencias).

PENSAMIENTOS NEGATIVOS HOJA 1.1.2.	¿QUE PODRÍA PENSAR? (PENSAMIENTOS POSITIVOS ALTERNATIVOS)	¿CÓMO ME SENTIRÍA?	¿CÓMO ME COMPORTARÍA?

HOJA 1.1.6. TAREAS PARA CASA.

Instrucciones: has visto los pasos que hemos seguido en la sesión para cambiar los pensamientos negativos acerca de uno mismo. Ahora intenta hacer lo mismo con un aspecto negativo de tu personalidad (puedes coger algún aspecto de la hoja 1.1.1. en el que te hayas valorado negativamente o cualquier otro). Te recordamos los pasos: anota una frase que describa algún aspecto negativo de ti mismo y luego escribe lo que piensas de ti en ese aspecto, cómo te hace sentir y qué consecuencias tiene para ti pensar así. Después haz un listado de pensamientos alternativos más positivos y cómo te sientes y qué puedes hacer teniendo esos pensamientos.

Descripción de uno de mis defectos:

Qué pienso _____

Cómo me siento _____

Consecuencias _____

Pensamientos positivos alternativos

¿Cómo me siento pensando más positivamente?

¿Cómo me comporto pensando de esta forma más positiva?

SESION 2.

MEJORA DE LA AUTOESTIMA

OBJETIVOS DE LA SESION:

- Profundizar en el significado e implicaciones de la Autoestima.
- Aumentar el control que podemos ejercer sobre la Autoestima a través de la identificación de los factores que conllevan una Autoestima positiva y una Autoestima negativa.
- Evaluar sentimientos y consecuencias de tener una baja Autoestima.
- Ver las ventajas que tiene una alta Autoestima.
- Mejorar la Autoestima a través del cambio de los pensamientos negativos sobre uno mismo.

PROCEDIMIENTO Y CONTENIDOS:

En la pasada sesión se trabajó el Autoconcepto; ser conscientes de cómo somos y por qué somos así es un aspecto fundamental para poder cambiar hacia hábitos mejores. Como ya se comentó, el Autoconcepto determina en cierta medida la Autoestima: valorarse a uno mismo, aceptarse y ser capaz de defender sus propios principios (afirmación); tener confianza en uno mismo es una condición necesaria para poder aceptar también a los demás.

La Autoestima se muestra en el estudio previo realizado como un factor de riesgo para el consumo de drogas legales o ilegales, y médicas. Por ello se incluye esta sesión que pasa por los siguientes pasos:

En un primer ejercicio los alumnos indicarán cómo les valorarían los demás, como se valora él y como le gustaría ser en unas determinadas dimensiones personales y escolares. Mediante la comparación de estas descripciones, analizaremos un aspecto de la Autoestima que es la valoración de los otros y veremos la discrepancia entre como

crea que es y como le gustaría ser. Esta evaluación nos va a servir de base para enseñar a los alumnos cómo se forma la Autoestima y qué factores la determinan.

El siguiente paso consiste en ponerse en la situación ficticia en que se sintieran valorados negativamente por los demás en dos de esas dimensiones y valorados positivamente en otras dos. Se tendrán en cuenta pensamientos, sentimientos y conductas así como las consecuencias que tiene para ellos el sentirse evaluado por los demás de esa manera. A través del análisis de estos componentes se verán las diferencias que en los sentimientos y conductas posteriores tiene el sentirse valorado negativa o positivamente.

En una segunda fase de la sesión, el profesor guiará a los alumnos hasta la definición de Autoestima y se evaluarán las razones por las que nos equivocamos en nuestras valoraciones. También se verán los errores de pensamiento que pueden conllevar una baja Autoestima.

A través de la evaluación de los componentes de una situación, en la tercera fase de la sesión, se aportarán estrategias para tener una alta autoestima y defenderse de las críticas. El último paso será realizar una serie de preguntas a la clase para fomentar la generalización de lo aprendido.

CONTENIDOS CLAVE:

- **Autoestima:** valoración de uno mismo. Puede ser alta, cuando se acepta uno a sí mismo y se es capaz de defender los propios principios o, baja cuando la valoración es negativa y no aceptándose uno a sí mismo.
- Tienen que aprender a buscar evidencias concretas en su comportamiento cotidiano de los pensamientos que tienen acerca de ellos mismos.
- Deben entender la relación y correlación en el tiempo entre pensamientos, sentimientos y conductas.
- Comprender que la Autoestima es una valoración subjetiva que es modificable y de hecho cambia a lo largo de la vida. Lo importante es que vean que ellos pueden controlar ese cambio.

ACTIVIDADES:

- *Actividad 1:* ¿Quién soy yo?. Ejercicio donde los alumnos deben anotar que creen que piensan los demás de él, como se valora él y como le gustaría ser en unas determinadas dimensiones personales y escolares.
- *Actividad 2:* situación ficticia en la que los alumnos se sienten valorados negativamente en dos aspectos y positivamente en otros dos. Se exponen sentimientos y consecuencias de los pensamientos que se dan en cada caso.
- *Actividad 3:* análisis de las diferencias entre sentirse valorado negativamente y sentirse valorado positivamente.
- *Actividad 4:* descripción de Autoestima, componentes y variables que lo determinan.
- *Actividad 5:* se presenta una situación y los alumnos deben anotar pensamientos, sentimientos y conductas así como consecuencias de pensar así.
- *Actividad 6:* Análisis de los componentes de la situación de la actividad 5. Se analizan y elabora una lista de pensamientos a modificar.
- *Actividad 7:* se buscan alternativas a los pensamientos de la actividad 6.
- *Actividad 8:* ejercicio de relación autoestima-drogas
- *Actividad 9:* generalización. [Esta actividad se llevará a cabo si sobra tiempo]

MATERIAL:

- Hoja 1.2.1. ¿Quién soy yo?.
- Hoja 1.2.2. Ficción.
- Hoja 1.2.3. Descripción de
- Hoja 1.2.4. Situación.
- Hoja 1.2.5. Cuadro de alternativas. Cuadro de situación.
- Hoja 1.2.6. Tareas para casa.

DESARROLLO DE LA SESION:**ACTIVIDAD 1:**

El profesor reparte a los alumnos la hoja 1.2.1. y explica cómo deben rellenarla:

- “En la hoja 1.2.1. hay tres apartados en los que tenéis que escribir: lo que cada uno creéis que piensan los demás acerca de vosotros en esas áreas, cómo os veis vosotros mismos y cómo os gustaría ser. Las valoraciones deben oscilar entre 1 y 10, siendo 1 la mínima puntuación y 10 la máxima.

(Hoja 1.2.1. ¿Quién soy yo?)

COMO ME VEN LOS DEMAS EN:

- Colegio:
 - Capacidad de trabajo _____
 - Rendimiento académico _____
 - Buena relación con profesores _____
 - Cooperación y participación en actividades escolares _____
- Personal:
 - Seguro de sí mismo _____
 - Abierto, comunicativo _____
 - Divertido _____
 - Alguien en quien se puede confiar _____

PUNTUACIÓN: _____

COMO ME VEO YO EN

- Colegio:
 - Capacidad de trabajo _____
 - Rendimiento académico _____
 - Buena relación con profesores _____
 - Cooperación y participación en actividades escolares _____
- Personal:
 - Seguro de sí mismo _____
 - Abierto, comunicativo _____
 - Divertido _____
 - Alguien en quien se puede confiar _____

PUNTUACIÓN: _____

COMO ME GUSTARIA SER EN

- Colegio:
 - Capacidad de trabajo _____
 - Rendimiento académico _____
 - Buena relación con profesores _____
 - Cooperación y participación en actividades escolares _____
- Personal:
 - Seguro de sí mismo _____
 - Abierto, comunicativo _____
 - Divertido _____
 - Alguien en quien se puede confiar _____

PUNTUACIÓN: _____

Al final los alumnos sumarán cada subescala para que vean las diferencias entre los distintos tipos de valoraciones.

ACTIVIDAD 2:

El profesor pide a los alumnos que se pongan en la situación ficticia en que fueran valorados negativamente por los demás en dos áreas y positivamente en otras dos, según se refleja en su hoja 1.2.2. Han de anotar cómo se sentirían en cada caso y cuáles serían las consecuencias de cara a su forma de comportarse.

Se les puede poner el siguiente ejemplo para que lo comprendan mejor:

“Si yo por ejemplo pienso que los demás creen que en mí no se puede confiar, me sentiré mal y me sentiré sólo, entonces, probablemente, yo deje de llamarles por teléfono, deje de salir con ellos los fines de semana, no le cuente mis cosas a los demás y me lo tragaré todo, dejaré de preguntarles por sus problemas o por sus cosas...”

“En cambio, si creo que los demás piensan que en mí se puede confiar, me sentiré bien porque pensaré que para los demás soy un/a buen/a amigo/a, confiaré yo también en ellos, hablaré con los demás sobre temas de todo tipo, etc.”

(Hoja 1.2.2. Ficción.)

ASPECTOS PERSONALES	ME SENTIRÍA	ME COMPORTARÍA
“LOS DEMÁS PIENSAN DE MI QUE SOY ABURRIDO/A”		
“LOS DEMÁS PIENSAN DE MI QUE SOY UN CARADURO/A”		
“LOS DEMÁS PIENSAN DE MI QUE SOY DIVERTIDO/A”		
“LOS DEMÁS PIENSAN DE MI QUE SOY GENEROSO/A”		

ACTIVIDAD 3:

Puesta en común de la actividad 2. El profesor pregunta a la clase:

¿qué sentiríais si pensaseis que estáis siendo valorados negativamente por los demás?

¿qué consecuencias creéis que tendrían estas valoraciones negativas para vosotros, qué haríais?

Lo mismo se preguntará en los casos en los que sean valorados positivamente, para que los alumnos vean la diferencia entre ambas situaciones. Los alumnos pueden dar varios ejemplos. No se trata de profundizar en el tema ni de hacer un listado completo de pensamientos, sentimientos y conductas, sino de que vayan entendiendo las relaciones entre los distintos componentes y que entiendan los mecanismos de la Autoestima.

ACTIVIDAD 4:

La siguiente fase, una vez identificados los componentes de la Autoestima, consiste en describir este concepto en mayor profundidad.

[La entrega de la hoja 1.2.3. donde aparece la explicación de la autoestima se hará cuando sea necesaria para la siguiente actividad]

El profesor plantea a los alumnos las siguientes preguntas:

¿Para qué creéis que hacemos este ejercicio?

¿Qué creéis que es lo que estamos midiendo?

¿Qué habéis aprendido con este ejercicio?

Se les irá guiando hasta llegar a la conclusión de que lo que acaban de valorar es su AE: juicio personal que hacemos de nosotros mismos, la valoración personal que procede de los sentimientos acerca de los que somos. La AE está determinada por la opinión de los demás (cómo creemos que nos ven los demás, si creemos que les

gustamos o no) y por la nuestra propia. Por otro lado, está influenciada por la discrepancia entre nuestra valoración personal y nuestro ideal a conseguir.

Una buena Autoestima estará constituida por una visión saludable de uno mismo, una aceptación realista de nuestros defectos, sin tomar una postura excesivamente crítica. No quiere decir que nos sintamos perfectos, pero si que estamos satisfechos con nuestras capacidades. Sin embargo, una persona que tiene una baja Autoestima no estará orgullosa de sí misma, sólo verá aspectos negativos en su forma de ser y no tendrá motivación para mejorar, ya que piensa que no vale la pena. Cuantas más áreas estén afectadas (social, académica, familiar, etc.) en esta valoración negativa, más negativa será su Autoestima y menores sus posibilidades de intentar mejorar. El cómo nos queramos a nosotros mismos también estará influido por la importancia que le demos al área donde nos vemos poco o nada capacitados”.

Se plantea la cuestión: ¿Por qué nos equivocamos en nuestras valoraciones?

Respuestas: los demás no nos dan signos de lo que piensan de nosotros, no tenemos evidencia suficiente o nos guiamos de sentimientos más que de comportamientos que realizamos, entre otros.

Esta valoración acerca de nosotros mismos en el grupo, determinará como nos sentimos, como pensamos y como actuamos en sociedad.

- **Si nos sentimos valorados negativamente :**

- Nos sentiremos mal
- Perderemos la confianza en nosotros mismos
- No nos esforzaremos para mejorar

(incluir lo que haya salido en las contestaciones de los alumnos)

- **Si nos sentimos valorados positivamente:**

- Nos sentiremos más seguros de nosotros mismos
- Mejorarán nuestras relaciones interpersonales
- Nos sentiremos más satisfechos
- Nos sentiremos más capacitados para cumplir nuestras metas

- Defenderemos nuestras ideas en el grupo
 - Podremos ayudar a los demás y sentirnos bien por ello.
- (incluir lo que haya salido en las contestaciones de los alumnos)

Todos estaríais de acuerdo si dijéramos que necesitamos ser elogiados pero también necesitamos recibir críticas que nos ayuden a mejorar. Si nos creemos perfectos, bien por un exceso de elogios por parte de nuestros parientes y amigos más allegados, o por una falta de autocrítica, nunca intentaremos mejorar ni sacar lo mejor de nosotros mismos.

Pensar que no podemos agradar a todo el mundo, podemos cambiar de opinión cuando reconozcamos que estamos equivocados, tenemos derecho a cometer errores y tenemos derecho a intentar mejorar. Vuestros amigos y seres queridos reconocen vuestros defectos y aún así os aceptan, al igual que vosotros los aceptáis a ellos aún reconociendo sus aspectos negativos.

Cuando existe una gran discrepancia entre lo que creemos que somos y lo que nos gustaría ser, se puede intentar modificar cualquiera de los dos polos. Ser más realista en nuestras metas y no pretender ser perfectos; por otro lado, practicar ejercicios de cambios de pensamientos a otros más positivos como haremos a continuación.

ACTIVIDAD 5:

Una vez que hemos identificado los componentes de la Autoestima y sabemos en lo que consiste (descripción), estamos preparados para realizar el siguiente ejercicio:

El profesor reparte la hoja 1.2.4. Pide que alguien lea la situación escrita en alto.

(Hoja 1.2.4. Situación.)

Reyes y Yolanda son dos buenas amigas, salen juntas al cine y al parque, tienen muchos amigos en común y mucha confianza entre ellas. Yolanda es un poco posesiva y no le gusta que Reyes se vaya con otras amigas, sin que salga con ella.

Reyes se apunta a unas clases de inglés y allí conoce a María, con quien enseguida congenia. Un día, después de clase se quedan a tomar algo y se lo pasan genial. Empieza a salir más a menudo con María y a salir menos con Yolanda.

Yolanda ofrece a Reyes ir al cine una tarde, pero a Reyes le apetecen más los planes que ha hecho con María: ir a ver una feria de cerámica y bisutería que ponen en el centro de su localidad. Reyes pone una excusa a Yolanda para no ir, pero no le habla de su relación con María porque sabe que es muy posesiva.

Esa tarde Yolanda pasa cerca de la feria y ve a Reyes y María juntas. Parece que se lo están pasando bien. Yolanda se acerca a ellas y le dice a Reyes:

- Yolanda: ¿no decías que tenías que quedarte en casa con tu hermano pequeño?.

- Reyes: bueno, al final no tuve que quedarme.

- Yolanda: ya.. ¿Por qué no vamos todas al cine?. Todavía nos daría tiempo.

- Reyes: la verdad es que ya no quiero volver a salir contigo. Me lo paso mejor con María, es mucho más divertida que tú, y tiene unas ideas geniales. Adiós.

Reyes y María se alejan de ella.

Se realizan las siguientes preguntas, que los alumnos deben rellenar en la tabla:

¿Qué creéis que pensará Yolanda?

¿Cómo debe sentirse Yolanda?

¿Qué hará probablemente después?

ACTIVIDAD 6.

Se pondrán en común los elementos que los alumnos han encontrado y se analizarán, dejando los negativos claramente delimitados para realizar el siguiente ejercicio.

ACTIVIDAD 7.

Con el siguiente ejercicio, se tratarán de buscar otros pensamientos que nos ayuden a proteger nuestra Autoestima y que fomenten la mejora personal

El profesor reparte la hoja 1.2.5. y solicita a los alumnos que busquen otras formas de pensar alternativas a la de Yolanda para ver qué podría pasar. Se fomenta la lluvia de ideas para que salgan cuántos más pensamientos mejor. [Se pueden buscar pensamientos que incluyan, por ejemplo: qué les diríais a un amigo tuyo en una situación similar, o que piensas que te dirían tus padres o alguien en quien tú confíes]

Una vez que los chicos/as hayan terminado se vuelve a evaluar la situación:

¿Cómo se sentiría Yolanda pensando así?

¿Qué haría posiblemente a continuación?

¿Cuáles serían las consecuencias?

ACTIVIDAD 8.

Ejercicio en el que se relaciona la autoestima con el consumo de drogas: Se pide a los alumnos que lean la situación de la hoja 1.2.5:

Es viernes por la tarde.

Los [amig@s](#) os juntáis en un parque para hacer un botellón. Tú este día no quieres beber alcohol. Cuando dices a tus [amig@s](#) que contigo no cuenten para pillar la bebida, [ell@s](#) te dicen:

- Eres un/a foj@, no tienes ni idea de cómo divertirte, menud@ muerm@.

El profesor plantea a continuación:

“¿Qué deberíais pensar para no sentirnos mal y manteneros en vuestra opción del principio: no consumir alcohol?”

ACTIVIDAD 9.

[Esta actividad se llevará a cabo en caso de que sobre tiempo en clase]

Ejercicio de generalización en el que el profesor hace a la clase las siguientes preguntas:

“¿En qué otras situaciones podríais ser valorados negativamente por los demás?”

“¿Qué conseguiríais buscando pensamientos positivos alternativos?”

“¿Alguien notaría ese cambio en vuestra conducta?”

“Si aprendes a mejorar tu AE y a modificar tus pensamientos, ¿cómo podría afectar al consumo de drogas?”

TAREAS PARA CASA:

Se recuerda a los alumnos que tienen que hacer una actividad en casa. Dicha actividad se puede leer con ellos para que pregunten las posibles dudas. La hoja 1.2.6. es la siguiente:

A lo largo de la semana probablemente se te presenten situaciones en las cuales tu autoestima esté en riesgo de ser amenazada (por comentarios de tus [amig@s](#), de tus padres, conductas que veas en la TV,...) En ese momento procura poner en práctica el tipo de pensamientos alternativos que hemos visto y rellena a continuación (o lo antes que puedas) el siguiente cuadro *:

SITUACIÓN	PENSAMIENTOS ALTERNATIVOS	SENTIMIENTOS	CONDUCTAS QUE LLEVAS A CABO

* Puede ser que en aquel momento no pusieras en práctica los pensamientos alternativos. Entonces, escribe en una hoja lo que pensaste, sentiste y cómo te comportaste en aquel momento, y a continuación rellena el cuadro de cómo hubiera sido si hubieras puesto en marcha lo aprendido en esta sesión.

HOJA 1.2.1. ¿CÓMO SOY YO?

Instrucciones: anota como crees que te ven los demás, como te ves a ti mismo y por último como te gustaría ser en las siguientes áreas. Puntúa de 1 a 10, siendo 1 la puntuación mínima y 10 la máxima. Sé sincero, no estamos tratando de juzgar a nadie. Tienes unos 5 minutos para realizar esta prueba.

COMO ME VEN LOS DEMAS EN:

- Colegio:
 - Capacidad de trabajo _____
 - Rendimiento académico _____
 - Buena relación con profesores _____
 - Cooperación y participación en actividades escolares _____

- Personal:
 - Seguro de sí mismo _____
 - Abierto, comunicativo _____
 - Divertido _____
 - Alguien en quien se puede confiar _____

PUNTUACIÓN: _____

COMO ME VEO EN:

- Colegio:
 - Capacidad de trabajo _____
 - Rendimiento académico _____
 - Buena relación con profesores _____
 - Cooperación y participación en actividades escolares _____

- Personal:
 - Seguro de sí mismo _____
 - Abierto, comunicativo _____
 - Divertido _____
 - Alguien en quien se puede confiar _____

PUNTUACIÓN: _____

COMO ME GUSTARÍA SER EN:

- Colegio:
 - Capacidad de trabajo _____
 - Rendimiento académico _____
 - Buena relación con profesores _____
 - Cooperación y participación en actividades escolares _____

- Personal:
 - Seguro de sí mismo _____
 - Abierto, comunicativo _____
 - Divertido _____
 - Alguien en quien se puede confiar _____

PUNTUACIÓN: _____

HOJA 1.2.2. FICCIÓN.

Instrucciones: Ponte en la situación ficticia de que fueras valorado negativamente por los demás en dos áreas y positivamente en otras dos, según se refleja en el cuadro. Anota cómo te sentirías en cada caso y cuáles serían las consecuencias de cara a tu forma de comportarte.

ASPECTOS PERSONALES	ME SENTIRÍA	ME COMPORTARÍA
<i>“LOS DEMÁS PIENSAN DE MI QUE SOY ABURRIDO/A”</i>		
<i>“LOS DEMÁS PIENSAN DE MI QUE SOY UN/A CARADURA”</i>		
<i>“LOS DEMÁS PIENSAN DE MI QUE SOY DIVERTIDO/A”</i>		
<i>“LOS DEMÁS PIENSAN DE MI QUE SOY GENEROSO/A”</i>		

HOJA 1.2.3. DEFINICIÓN DE

Lo que estamos tratando de ver es qué es la Autoestima:

DEFINICIÓN:

“Es el juicio personal que hacemos de nosotros mismos, nuestra valoración personal que procede de los pensamientos acerca de lo que somos. La AE está determinada por la opinión de los demás (cómo creemos que nos ven los demás, si creemos que les gustamos o no) y por la nuestra propia. Por otro lado, está influenciada por la discrepancia entre nuestra valoración personal y nuestro ideal a conseguir.

Una buena Autoestima estará constituida por una visión saludable de uno mismo, una aceptación realista de nuestros defectos, sin tomar una postura excesivamente crítica. No quiere decir que nos sintamos perfectos, pero sí que estamos satisfechos con nuestras capacidades. Sin embargo, una persona que tiene una baja Autoestima no estará orgullosa de sí misma, sólo verá aspectos negativos en su forma de ser y no tendrá motivación para mejorar, ya que piensa que no vale la pena. Cuanto más áreas estén afectadas (social, académica, familiar, etc.) en esta valoración negativa, más negativa será su Autoestima y menores sus posibilidades de intentar mejorar. El cómo nos queramos a nosotros mismos también estará influido por la importancia que le demos al área donde nos vemos poco o nada capacitados”.

- **Si nos sentimos valorados negativamente :**

- Nos sentiremos mal
- Perderemos la confianza en nosotros mismos
- No nos esforzaremos para mejorar

- **Si nos sentimos valorados positivamente:**

- Nos sentiremos más seguros de nosotros mismos
- Mejorarán nuestras relaciones interpersonales
- Nos sentiremos más satisfechos
- Nos sentiremos más capacitados para cumplir nuestras metas
- Defenderemos nuestras ideas en el grupo
- Podremos ayudar a los demás y sentirnos bien por ello.

Todos necesitamos ser elogiados pero también necesitamos recibir críticas que nos ayuden a mejorar. Si nos creemos perfectos, nunca intentaremos mejorar ni sacar lo mejor de nosotros mismos.

No podemos agradar a todo el mundo, podemos cambiar de opinión cuando reconozcamos que estamos equivocados, tenemos derecho a cometer errores y tenemos derecho a intentar mejorar. Vuestros amigos y seres queridos reconocen vuestros defectos y aún así os aceptan, al igual que vosotros los aceptáis a ellos aún reconociendo sus aspectos negativos.

HOJA 1.2.4. SITUACIÓN.

Instrucciones: lee la siguiente situación y luego contesta a las preguntas que aparecen a continuación, siguiendo las indicaciones del profesor.

Reyes y Yolanda son dos buenas amigas, salen juntas al cine y al parque, tienen muchos amigos en común y mucha confianza entre ellas. Yolanda es un poco posesiva y no le gusta que Reyes se vaya con otras amigas, sin que salga con ella.

Reyes se apunta a unas clases de inglés y allí conoce a María, con quien enseña con mucha congenia. Un día, después de clase se quedan a tomar algo y se lo pasa genial. Empieza a salir más a menudo con María y a salir menos con Yolanda.

Yolanda ofrece a Reyes ir al cine una tarde, pero a Reyes le apetecen más los planes que ha hecho con María: ir a ver una feria de cerámica y bisutería que ponen en el centro de su localidad. Reyes pone una excusa a Yolanda para no ir, pero no le habla de su relación con María porque sabe que es muy posesiva.

Esa tarde Yolanda pasa cerca de la feria y ve a Reyes y María juntas. Parece que se lo están pasando bien. Yolanda se acerca a ellas y le dice a Reyes:

- Yolanda: ¿no decías que tenías que quedarte en casa con tu hermano pequeño?.

- Reyes: bueno, al final no tuve que quedarme.

- Yolanda: ya.. ¿Por qué no vamos todas al cine?. Todavía nos daría tiempo.

- Reyes: la verdad es que ya no quiero volver a salir contigo. Me lo paso mejor con María, es mucho más divertida que tú, y tiene unas ideas geniales. Adiós.

Reyes y María se alejan de ella.

¿Qué pensará Yolanda?

¿Cómo debe sentirse Yolanda?

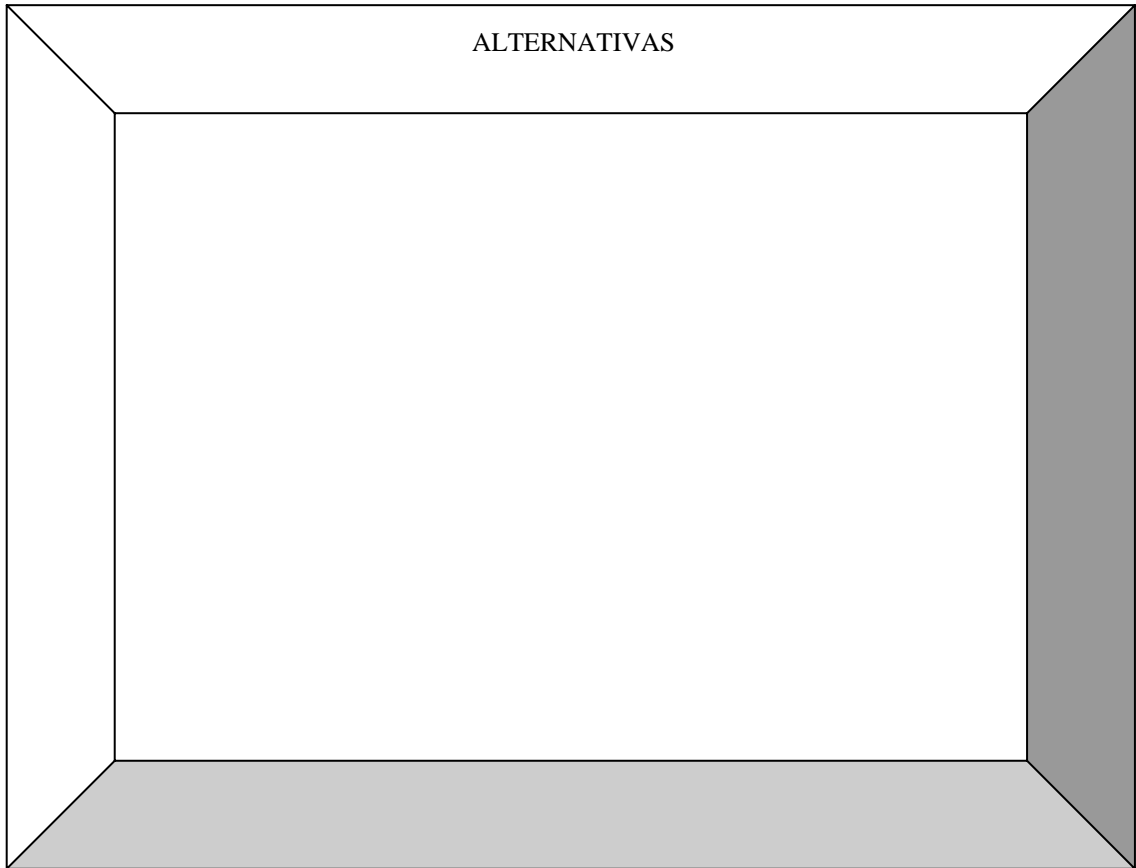
¿Qué hará probablemente después?

HOJA 1.2.5.

CUADRO 1

Instrucciones: anota de qué otra forma podría pensar Yolanda para sentirse mejor.

ALTERNATIVAS



CUADRO 2

Instrucciones: Lee despacio la siguiente situación y trata de imaginártela lo mejor que puedas.

Es viernes por la tarde.

Los **amig@s** os juntáis en un parque para hacer un botellón. Tú este día no quieres beber alcohol. Cuando dices a tus amig@s que contigo no cuenten para pillar la bebida, **ell@s** te dicen:

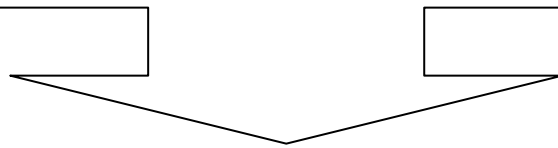
_ Eres un/a floj@, no tienes ni idea de cómo divertirte, menud@ muerm@.

Reflexiona sobre qué deberías pensar para no sentirte mal y mantenerte en tu opción del principio: no consumir alcohol

HOJA 1.2.6. TAREAS PARA CASA

A lo largo de la semana probablemente se te presenten situaciones en las cuales tu autoestima esté en riesgo de ser amenazada (por comentarios de tus [amig@s](#), de tus padres, conductas que veas en la TV,...). En ese momento procura poner en práctica el tipo de pensamientos alternativos que hemos visto y rellena a continuación (o lo antes que puedas) el siguiente cuadro *:

SITUACIÓN



PENSAMIENTOS ALTERNATIVOS	SENTIMIENTOS	CONDUCTA QUE LLEVAS A CABO

* Puede ser que en aquel momento no pusieras en práctica los pensamientos alternativos. Entonces, escribe en una hoja lo que pensaste, sentiste y cómo te comportaste en aquel momento, y a continuación rellena el cuadro de cómo hubiera sido si hubieras puesto en marcha lo aprendido en esta sesión.

INTRODUCCIÓN AL MÓDULO

PLANTEAMIENTO Y JUSTIFICACIÓN

La justificación a este módulo la encontramos en los múltiples estudios que corroboran que la conducta antisocial es un precedente y consecuente común en el consumo de drogas.

Por conducta antisocial nos referimos a una amplia gama de actividades tales como conductas agresivas, hurtos, vandalismo, piromanía, mentira, absentismo escolar y huidas de casa; todas estas conductas infringen reglas y expectativas sociales importantes, y muchas de ellas reflejan acciones contra el entorno, incluyendo a personas y propiedades.

Los sujetos antisociales se caracterizan por falta de autocontrol, fracaso para regular su conducta y su tendencia a actuar de forma impulsiva. Carecen de habilidades de solución de problemas adecuadas así como de ver consecuencias a largo plazo. En estos sujetos se encuentra además una falta de capacidad de fantasear, lo que puede ser causa de que busquen en el ambiente estimulación mediante las conductas antisociales. Tienen un locus de control externo, por lo que al llevar a cabo este tipo de conductas no se sienten responsables.

En este programa nos centraremos en las siguientes dimensiones de la conducta antisocial: agresión, conducta contra normas y vandalismo por haber resultado significativas en los grupos de edad con los que vamos a trabajar. Se desarrollarán varias sesiones en las que se analizarán los desencadenantes de estas dimensiones, sus consecuencias, y de cara a la prevención, se plantearán alternativas a estas conductas antisociales.

En toda **conducta agresiva** podemos distinguir unos elementos claramente premeditados de los elementos impulsivos que no tienen en cuenta las consecuencias de la acción. En muchas ocasiones la conducta agresiva se ve recompensada con un aumento de status, lo que refuerza la conducta y la hace más probable en un futuro.

Las actitudes son tendencias de comportamiento que responden a una determinada **norma social** que fundamenta su legitimidad. Los agentes socializadores tienen dentro de sus finalidades la de favorecer en los individuos determinadas actitudes, pero no como mera instalación de conductas, sino como comportamientos que se adoptan conscientemente por el hecho de que están basados en determinados “esquemas de valores” contruidos de manera personal por cada individuo.

Desde esta perspectiva los valores actúan como objetivos o referentes en la vida, que dan sentido a las actuaciones, y nos permiten emitir juicios sobre la realidad, tomar posiciones ante los problemas y tomar decisiones acerca de cómo actuar sobre ellas.

Los individuos se desarrollan en un entorno social que se rige por una serie de normas y valores, pero su aprendizaje no puede ser una mera transposición de ellas, sino que han de construirse por el propio individuo mediante un proceso de reflexión y argumentación sobre la racionalidad, fundamentación y legitimidad de esas normas y valores.

El desarrollo del juicio moral evoluciona desde una fase de heteronomía en la que las normas están fuera de la persona, no han sido interiorizadas, y se perciben como algo rígido e inamovible, hasta una etapa de autonomía en la que los individuos son capaces de juzgar las normas en función de su bondad o maldad, con independencia de quien las dicte, pasando la norma a regir el comportamiento conscientemente, como un valor asumido.

El progreso de la heteronomía a la autonomía exige que los individuos sean capaces de descentrarse del propio punto de vista y entender las perspectivas de los demás (empatía). También deben entender que es preciso tratar a los otros como nos gustaría que nos trataran a nosotros mismos (comprensión de la reciprocidad), apreciar

y valorar la cooperación y la comunicación, así como ser capaces de establecer criterios de contrastación.

Igualmente importante es la dimensión afectiva y emocional. No basta que los individuos defiendan determinados principios, lo importante es que de hecho se impliquen afectiva y emocionalmente con ellos y actúen de manera coherente con lo que piensan.

El *pensamiento crítico* es un pensamiento autónomo, es pensar por sí mismo. Los pensadores críticos utilizan estrategias críticas para descubrir y eliminar las creencias que no se pueden aceptar; no reciben pasivamente las creencias de los otros, sino que analizan por sí mismos los problemas, rechazan las autoridades injustificadas y reconocen las contribuciones de autoridades justificadas. Además de establecer reflexivamente principios de pensamiento y acción, rechazan todo intento de manipulación y se esfuerzan por incorporar a su pensamiento conocimientos relevantes, determinando rigurosamente cuando resulta de interés la información, cuando aplicar un concepto o cuando hacer uso de una habilidad.

El **vandalismo** viene definido por la destrucción deliberada de la propiedad ajena: mobiliario urbano, escolar o en bares y discotecas, así como en la propia casa.

Este tipo de actos está determinado, bien por el establecimiento de un hábito, bien por emociones tanto positivas como negativas.

El hábito se origina tras una etapa de aprendizaje en la que influyen el grupo de iguales, o el consumo de alcohol y otras drogas, en esas ocasiones los sujetos obtienen una serie de sensaciones placenteras, tanto de la propia acción como del grupo de iguales (aceptación). El establecimiento del hábito conlleva una asociación de esas sensaciones con estímulos externos ante los que se dispararía la conducta casi automáticamente, como puede ser la visión de farolas, cabinas telefónicas, contenedores, etc.

Otro de los desencadenantes del vandalismo es el estado emocional positivo de euforia, que descarga la activación mediante la destrucción de objetos, que lleva consigo una sensación igualmente placentera y establece un círculo vicioso.

Las emociones negativas de ira, ansiedad, frustración,... en ocasiones se expresan hacia el exterior con la destrucción deliberada, descargando de este modo el alto nivel de activación o tensión.

OBJETIVOS GENERALES

- Encontrar desencadenantes de la conducta antisocial en todas sus dimensiones (agresión, conducta contra las normas, vandalismo y robo)
- Analizar las atribuciones internas que tiene el individuo para llevar a cabo estas conductas antisociales.
- Identificar los sentimientos que preceden a la realización de la conducta antisocial en alguna de sus dimensiones.
- Profundizar en las consecuencias negativas de llevar a cabo estas conductas.
- Buscar alternativas a las percepciones, sentimientos y conductas facilitadoras de conductas antisociales.
- Conseguir la generalización de las nuevas estrategias aprendidas a sus situaciones de la vida cotidiana.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar atribuciones erróneas que pueden provocar una agresión.
- Profundizar en los sentimientos que anteceden a una conducta agresiva.
- Identificación y discusión de consecuencias a corto y largo plazo de las conductas de agresión.
- Aprender a diferenciar entre pensamientos y sentimientos que favorecen la agresión de los que la inhiben.
- Plantear alternativas a la conducta de agresión.
- Fomentar la interiorización de normas y de los valores que las sustentan.

-
- Fomentar el pensamiento crítico e independiente como método para guiar nuestra conducta.
 - Aprender a identificar los antecedentes que desencadenan conductas vandálicas, tanto estímulos externos como emociones del propio sujeto (tanto positivas como negativas), así como pensamientos y sentimientos.
 - Aumentar el autocontrol, utilizando técnicas para no actuar de forma impulsiva y otras estrategias para no llevar a cabo ese tipo de comportamientos.
 - Identificación y discusión de consecuencias de las conductas vandálicas.
 - Desarrollar alternativas a las conductas vandálicas.

SESIÓN 1

AGRESIÓN

OBJETIVOS DE LA SESIÓN

- Identificar atribuciones erróneas que pueden provocar una agresión.
- Profundizar en los sentimientos que anteceden a una conducta agresiva.
- Identificación y discusión de consecuencias a corto y largo plazo de las conductas de agresión.
- Aprender a diferenciar entre pensamientos y sentimientos que favorecen la agresión de los que la inhiben.
- Plantear alternativas a la conducta de agresión.

PROCEDIMIENTO Y CONTENIDOS:

En el estudio previo realizado aparecen las conductas antisociales y violentas como factores de riesgo que predicen el consumo de drogas legales, ilegales y médicas. En el grupo de edad en el que vamos a intervenir, las conductas agresivas, como una de las dimensiones de la conducta antisocial, juegan un papel importante y por tanto requieren ser tenidas en cuenta en este programa de prevención.

En primer lugar, se llevará a cabo un ejercicio para identificar los componentes que pueden conllevar la realización de una conducta agresiva hacia otras personas. Se analizan todos los elementos de varias situaciones: pensamientos, sentimientos y consecuencias de las acciones de las personas implicadas. Se pondrá especial énfasis en la identificación de los pensamientos para detectar las posibles atribuciones erróneas, ya que éstas van a ser uno de los componentes a modificar. También se diferenciará entre consecuencias a corto y largo plazo, ya que las conductas agresivas suelen reforzarse por consecuencias a corto plazo gratificantes (como la liberación de tensión), que sin embargo tienen consecuencias negativas y destructivas para el individuo a largo plazo (por ejemplo, la pérdida de amigos por no haber sabido controlar el enfado).

Se realiza un análisis y discusión de los elementos que pueden desencadenar una conducta agresiva, para lo que se engloban las respuestas en las siguientes dimensiones: emociones positivas, emociones negativas, pensamientos favorecedores de la agresión, pensamientos inhibidores de la agresión. En la fase de descripción del problema, explicamos los mecanismos que favorecen la agresión, se indaga en el término agresión, y se explica como la agresión a otras personas puede acabar siendo la única forma de solucionar los problemas. Asimismo, se expondrá cómo puede repercutir en su manera de actuar en un futuro el hecho de encontrar alternativas a la conducta agresiva. Es importante plantear las ventajas de responder de una manera que no sea agresiva.

Mediante la realización de las actividades los alumnos buscarán situaciones que puedan desencadenar en agresiones hacia otras personas, pero en este caso se buscarán soluciones alternativas a la de agresión. Para afianzar lo aprendido se llevará a cabo role-playing de las alternativas encontradas. El role-playing se ha mostrado efectivo para el aprendizaje de conductas, ya que permite a los participantes ponerse en el lugar de otras personas, poner en palabras sus emociones y valorar otros puntos de vista. De nuevo, se enfatizan aquí las ventajas de reaccionar de esta manera.

Para finalizar la sesión se harán una serie de preguntas en las que los alumnos pueden encontrar relación entre la agresión y el consumo de drogas, con lo que pueden aplicar las estrategias vistas a otras áreas de su vida para evitar problemas psicológicos y sociales en un futuro.

CONTENIDOS CLAVE:

- **Atribución:** explicación que damos a las situaciones, pensamientos, sentimientos y conductas de los demás. Causas que les damos a las conductas que realizamos nosotros o los demás.
- Saber qué es **agresión**, sus componentes y consecuencias: cualquier forma de conducta que pretende herir física o psicológicamente a alguien. Esta conducta produce disgusto y rechazo y, por tanto, es censurable. Destaca la intencionalidad: pretendemos conseguir algo, coaccionar a otro tratando de enseñarle lo que no debe hacer expresando poder y dominio, tratando de impresionar al otro y demostrarle que se es alguien respetable.

- Conocer alternativas a la agresión como estrategia para resolver los problemas.

ACTIVIDADES

1. *Actividad 1.* Se presentan varias situaciones y se buscan:
 - 1.1 Pensamientos/atribuciones en situaciones de agresión.
 - 1.2 Sentimientos en situaciones de agresión.
 - 1.3 Conductas/consecuencias en situaciones de agresión.
2. *Actividad 2.* Análisis y clasificación de pensamientos y sentimientos encontrados.
3. *Actividad 3.* Descripción del problema. Definición de agresión.
4. *Actividad 4.* Cuadro de alternativas.
5. *Actividad 5.* Alternativas a la agresión.
6. *Actividad 6.* Role-playing.
7. *Actividad 7.* Ejercicio de generalización.

MATERIAL

- Hoja 2.1.1. Situaciones.
- Hoja 2.1.2. Componentes de la situación.
- Hoja 2.1.3. Definición de agresión. Situación de violencia.
- Hoja 2.1.4. Alternativas a la agresión.
- Hoja 2.1.5. Tareas para casa.
- Hoja 2.1.6. Tareas para casa.
- Lápices o bolígrafos.
- Pizarra y tizas.

DESARROLLO DE LA SESIÓN

ACTIVIDAD 1

A continuación aparecen tres situaciones en tres recuadros. El profesor ha de elegir dos de ellas, aquellas que considere que pueden ser más representativas para sus alumnos, y son sobre esas dos sobre las únicas que se va a trabajar.

El profesor reparte la Hoja 2.1.1. y lee la primera situación elegida. También puede leerla un alumno en voz alta.

SITUACION 1: Juan e Isaak son buenos amigos. Una noche al salir de una discoteca de tomar unas copas, ven a un chico sentado en un banco. Tiene aspecto de ser árabe, es delgado y muy joven. Isaak se empieza a meter con el chico, a empujarle y provocarle. El chico se muestra asustado. En ese momento vienen dos amigos del chico y se enzarzan en una pelea con Isaak. Juan sale en su defensa y también se pone a pegar a los amigos del chico árabe.

SITUACION 2: María ha ido de compras a un centro comercial. Necesita animarse. Se siente fatal porque la acaba de dejar su novio por otra chica. Lo que más rabia le da es que la otra es una estúpida tonta, llamada Sonia, que lo único que tiene es un buen cuerpo. Cuando sale de una tienda, se encuentra a Sonia sonriendo con cara hipócrita a un chico del que se está despidiendo. Sonia la ve y le lanza una mirada que María interpreta como de desprecio. Acto seguido María se dirige hacia ella y la empieza a insultar, Sonia le tira de los pelos y al final acaban las dos por el suelo arañándose, dándose puñetazos y tirándose de la ropa.

SITUACION 3: Alberto llega tarde a clase. Hoy viene especialmente cargado de libros. Corre todo lo que puede por el patio del colegio para llegar a tiempo. Al doblar una esquina delante de él aparece Jaime con sus amigos. Estos siempre se meten con él porque está gordo, lleva gafas gruesas y viste desfasado. En esta ocasión también lo hacen, le tiran los libros y le empiezan a dar patadas. Los otros chicos empiezan a animarse unos a otros y siguen provocándole hasta que le cogen entre todos y le meten la cabeza debajo de la fuente. Después riéndose se alejan de él.

Después de leer la situación se les pide que den la vuelta al folio y vayan a la hoja 2.1.2. El profesor les explica como cumplimentar el cuadro.

“Ahora quiero que anotéis en los recuadros todo lo que pueden estar pensando los protagonistas de la historia, lo que pueden sentir y cuáles son las

consecuencias para ellos a corto plazo y a largo plazo, de las acciones llevadas a cabo”

Por ejemplo, en la situación 2 los pensamientos de María pueden ser: “Esta tía me ha quitado el novio; mi novio se cree que ella es mejor que yo; además ella lo ha hecho para fastidiarme, porque en realidad no está enamorada de él; me está haciendo daño,...” Se siente: despreciada, rebajada, insultada, desanimada,... Las consecuencias que su conducta tiene a corto plazo son: arañazos (-), moratones (-), la camisa rota (-), no compra nada en el centro comercial (-), descarga la rabia que tenía acumulada (+), Sonia tendrá moratones durante toda la semana (+)... A largo plazo son: vergüenza por la conducta llevada a cabo (-), el ex-novio no vuelve con ella porque le parece una chabacana (-), en el instituto coge mala fama porque los compañeros se han enterado (-)

(Hoja 2.1.2.Componentes de la situación para cada uno de los protagonistas de la situación).

PENSAMIENTOS	SENTIMIENTOS	CONSECUENCIAS A CORTO PLAZO	CONSECUENCIAS A LARGO PLAZO

Se les pueden formular las siguientes preguntas:

Por ejemplo, para la situación 1:¿Qué creéis que piensa Juan de la situación? ¿por qué participa en la pelea? ¿cómo se siente? ¿cómo reaccionará en un futuro en situaciones similares?

¿Qué creéis que piensa Isaak de la situación? ¿por qué empieza la pelea? ¿cómo se siente? ¿cómo reaccionará en un futuro en situaciones similares?

¿Qué puede pensar el chico árabe de la situación? ¿cómo se siente? ¿cómo reaccionará en un futuro en situaciones similares?

Una vez cumplimentado el cuadro se lee la segunda situación elegida y se añaden pensamientos, sentimientos y consecuencias nuevas al cuadro.

ACTIVIDAD 2

En la pizarra el profesor hará un cuadro en el que aparezcan las siguientes columnas: pensamientos desencadenantes de la agresión, pensamientos inhibidores de la agresión, emociones positivas, emociones negativas, consecuencias a corto y consecuencias a largo plazo de la agresión. Los alumnos irán diciendo en alto las respuestas que han escrito en la hoja 2.1.2. acerca del agresor y el profesor les irá guiando para que los alumnos digan en qué columna de las escritas en la pizarra se deben incluir las respuestas que han encontrado.

(Cuadro de la pizarra)

PENSAMIENTOS PROVOCADORES	PENSAMIENTOS INHIBIDORES	EMOCIONES POSITIVAS	EMOCIONES NEGATIVAS	CONSECUENCIAS CORTO PLAZO	CONSECUENCIAS LARGO PLAZO

ACTIVIDAD 3

Una vez identificados y clasificados los desencadenantes de una situación en la que hay agresión, pasamos a describir el problema. Lo primero es definir agresión. Para ello se les pregunta, ¿qué creéis que estamos intentando ver?. Se les guía hasta la respuesta: estamos intentando analizar la agresión y los elementos que pueden provocarla:

(Cuadro 1.Hoja 2.1.3.)

<p>DEFINICIÓN DE AGRESIÓN/VIOLENCIA: “cualquier forma de conducta que pretende herir física o psicológicamente a alguien; esta conducta provoca disgusto y rechazo por tanto es censurable. Un aspecto destacable de este término es la intencionalidad: a través de la conducta agresiva se pretende conseguir algo: demostrar dominio o poder, conseguir que otro haga lo que tú quieras, etc. (mencionar razones que han salido en la hoja 2.1.2).”</p>

“Imagino que todos vosotros o al menos la mayor parte habéis sido testigos de actos violentos hacia otras personas en vuestro colegio o fuera de él. Si no ha sido así, habréis oído casos de violencia en la radio o TV (ejemplo: palizas a chicos de otro país). Hemos visto lo que puede pensar el agresor antes de agredir, por qué lo hace, cómo se siente. También hemos visto como se siente y piensa el que participa en la agresión, aunque no la haya provocado, y hemos analizado posibles sentimientos y pensamientos de la persona que ha sido agredida. Puede llegar un momento en que todos los problemas sólo encuentren solución a través de conductas violentas o agresivas a otras personas, con los problemas que eso puede conllevar: aislamiento social, posibilidad de ser arrestado, lesiones físicas causadas por la víctima, etc. Por todo lo dicho, es lógico pensar que deberíamos encontrar formas más sociales y adaptativas de solucionar nuestros problemas o reducir nuestras emociones negativas”.

ACTIVIDAD 4

Una vez identificados los errores atribucionales y otros pensamientos elicitors de la agresión y después de haber realizado la definición de nuestro problema, el siguiente paso es encontrar vías alternativas de solución a las situaciones planteadas.

El profesor anima a los alumnos a que escriban situaciones de violencia en las que se hayan visto envueltos o algún conocido haya vivido. Pueden juntarse en grupos de 3-4 personas. Cuando piensen la situación, deben escribirla en el cuadro 2 de la hoja 2.1.3.

ACTIVIDAD 5

Deben encontrar formas de resolver la situación conflictiva que llevó a la agresión. Se elabora una lista de pensamientos alternativos, sentimientos y conductas alternativas (en las que, por supuesto, no se dé ningún tipo de agresión). Son recomendables cuantas más respuestas mejor. Los alumnos anotan sus respuestas en la hoja 2.1.4.

ACTIVIDAD 6

El profesor anima a los alumnos a representar una de las situaciones que hayan escrito. Esto les ayudará a practicar el resolver situaciones sin reaccionar de forma agresiva. Es aconsejable que participen vari@s alumn@s representando al menos 2 situaciones diferentes [Con dos es suficiente, sólo se harán más en el caso de que se vaya bien de tiempo]. Con ello afianzamos lo aprendido.

Se les puede decir:

“Que salga este grupo (señalando uno) y nos represente cómo sería la situación que han analizado y qué cosas dirían y harían para solucionar la cuestión de forma no agresiva”

El profesor reforzará verbalmente a los alumnos que hayan participado en el role-playing.

ACTIVIDAD 7

Como último paso el profesor busca la generalización de lo aprendido a otras situaciones diferentes a las planteadas en la sesión

Plantear a los alumnos si encuentran alguna relación entre las conductas agresivas y el consumo de alcohol. [Por ejemplo, son más habituales las agresiones físicas cuando se ha bebido alcohol, las peleas callejeras son habituales en las puertas de los bares, pubs, ... lugares donde se consume alcohol y otro tipo de drogas]

Se les formula también la siguiente pregunta:

“¿Crees que frenando una de las dos cosas se puede frenar la otra?” (es decir, si por ejemplo piensan que si se bebe menos, habrá menos agresiones).

TAREAS PARA CASA

Deben elegir una situación de violencia o agresión de la que sean testigos esa semana (que vean en la TV, o en su vida real), analizar los pensamientos, sentimientos y consecuencias de las acciones de las personas implicadas, buscar formas alternativas de haber resuelto la situación. Los resultados de este ejercicio los anotarán en la hoja 2.1.5.

En caso de que se les de una situación en la que ellos crean que se podría haber reaccionado de forma violenta y no se hizo, deben anotar cuál fue la situación y porqué no hubo reacción agresiva: qué pensamientos hubo o pudo haber, qué se hizo para vencer la tentación de agredir y cómo se sintió después o cómo se debieron sentir las personas utilizaron una forma de solucionar las cosas alternativa a la violencia. Esto se anotará en la hoja 2.1.6.

HOJA 2.1.1. SITUACIONES

SITUACIÓN 1: Juan e Isaak son buenos amigos. Una noche al salir de una discoteca de tomar unas copas, ven a un chico sentado en un banco. Tiene aspecto de ser árabe, es delgado y muy joven. Isaak se empieza a meter con el chico, a empujarle y provocarle. El chico se muestra asustado. En ese momento vienen dos amigos del chico y se enzarzan en una pelea con Isaak. Juan sale en su defensa y también se pone a pegar a los amigos del chico árabe.

SITUACION 2: María ha ido de compras a un centro comercial. Necesita animarse. Se siente fatal porque la acaba de dejar su novio por otra chica. Lo que más rabia le da es que la otra es una estúpida tonta, llamada Sonia, que lo único que tiene es un buen cuerpo. Cuando sale de una tienda, se encuentra a Sonia sonriendo con cara hipócrita a un chico del que se está despidiendo. Sonia la ve y le lanza una mirada que María interpreta como de desprecio. Acto seguido María se dirige hacia ella y la empieza a insultar, Sonia le tira de los pelos y al final acaban las dos por el suelo arañándose, dándose puñetazos y tirándose de la ropa.

SITUACION 3: Alberto llega tarde a clase. Hoy viene especialmente cargado de libros. Corre todo lo que puede por el patio del colegio para llegar a tiempo. Al doblar una esquina delante de él aparece Jaime con sus amigos. Estos siempre se meten con él porque está gordo, lleva gafas gruesas y viste desfasado. En esta ocasión también lo hacen, le tiran los libros y le empiezan a dar patadas. Los otros chicos empiezan a animarse unos a otros y siguen provocándole hasta que le cogen entre todos y le meten la cabeza debajo de la fuente. Después riéndose se alejan de él.

HOJA 2.1.2. COMPONENTES DE LA SITUACIÓN

Instrucciones: Anota en esta hoja todo lo que pueden estar pensando los protagonistas de la historia (pensamientos), lo que pueden sentir (sentimientos) y cuáles pueden ser las consecuencias para ellos a corto plazo y a largo plazo de las acciones llevadas a cabo.

PENSAMIENTOS	SENTIMIENTOS	CONSECUENCIAS A CORTO PLAZO	CONSECUENCIAS A LARGO PLAZO

HOJA 2.1.3. DEFINICIÓN DE AGRESIÓN:

CUADRO 1

DEFINICIÓN DE AGRESIÓN/VIOLENCIA: “cualquier forma de conducta que pretende herir física o psicológicamente a alguien; esta conducta provoca disgusto y rechazo y por tanto es censurable. Un aspecto destacable de este término es la intencionalidad: a través de la conducta agresiva se pretende conseguir algo: demostrar dominio o poder, conseguir que otro haga lo que tú quieras, etc.”

CUADRO 2

Instrucciones: Escribe una situación de violencia (agresión entre personas o hacia personas) en la que te hayas visto envuelto o algún amigo, familiar, vecino, compañero,... haya vivido.

SITUACIÓN DE VIOLENCIA



HOJA 2.1.4. ALTERNATIVAS A LA AGRESIÓN

Instrucciones: anotad en esta hoja todas los auto-diálogos que los protagonistas de la situación podrían decirse para no llegar a agredir a nadie (pensamientos), lo que podrían sentir entonces (sentimientos) y qué podrían hacer en vez de llevar a cabo una conducta violenta (conductas).

PENSAMIENTOS	SENTIMIENTOS	CONDUCTAS
AGRESOR		
SEGUIDORES DE LA AGRESIÓN		
VICTIMAS		

HOJA 2.1.5. TAREAS PARA CASA

Instrucciones: Anota una situación de la que seas testigo esta semana (que veas en la TV o en tu vida real) o que te ocurra a ti mismo en la que alguien haya reaccionado de forma agresiva hacia otra persona. Anota también los pensamientos, sentimientos y consecuencias de los actos de las personas implicadas, tal y como lo hemos hecho en la sesión. Busca a continuación formas alternativas de haber resuelto la situación.

SITUACIÓN:

PENSAMIENTOS

SENTIMIENTOS

CONSECUENCIAS:

HOJA 2.1.6. TAREAS PARA CASA

Instrucciones: Anota una situación de la que seas testigo esta semana en la que se podría haber reaccionado de forma violenta y no se hizo. Anota también por qué no hubo reacción agresiva (qué pensamientos hubo o pudo haber, qué se hizo para vencer la tentación de agredir y cómo se sintió después o cómo se debieron sentir las personas que utilizaron una forma de solucionar las cosas alternativa a la violencia.

SITUACIÓN:

¿POR QUÉ NO HUBO AGRESIÓN?

SESIÓN 2

NORMAS SOCIALES

OBJETIVOS DE LA SESIÓN

- Fomentar la interiorización de normas y de los valores que las sustentan.
- Fomentar el pensamiento crítico e independiente como método para guiar nuestra conducta.

PROCEDIMIENTO Y CONTENIDOS

Para la consecución de estos objetivos atenderemos a los siguientes aspectos.

Para fomentar la interiorización de las normas y los valores que las sustentan es necesario trabajar sobre las actitudes y los valores de los individuos:

- Haciendo explícitos, argumentando y contrastando los valores que fundamentan esas normas. Debemos guiar la construcción de valores hacia determinadas opciones y tratar de alejarles de otras: mostrar aquellos que consideramos saludables y tratar de evitar los contravalores que queremos que rechacen.

- Debemos exponer a los individuos a situaciones y dilemas donde puedan poner en marcha la reflexión y la argumentación y que les permitan construir su propio esquema de valores con un significado real. De otro modo las actitudes no se mantendrían en el momento en que el entorno social no las favoreciera.

- No solo han de expresar determinados valores, sino que han de saber defenderlos, han de saber por qué son necesarios y adecuados, y han de estar lo suficientemente interiorizados como para guiar de hecho su conducta.

Las estrategias concretas para alcanzar lo expuesto son las siguientes:

- Establecer, hacer explícitas y explicar las normas que regulan la vida colectiva para facilitar su conocimiento.
- Hacer explícitos los criterios de determinadas decisiones y actuaciones.
- Colocar a los individuos en situación de decidir, juzgar y actuar.
- Valorar los comportamientos y actitudes deseadas o esperadas.
- Promover la contrastación de criterios y opiniones.
- Plantear diferentes posibilidades o alternativas, valorar y ayudar a valorar los pros y los contras, ayudar a analizar los valores subyacentes con el objetivo de facilitar la asunción de valores, la construcción de criterios propios y la toma de decisiones por consenso.

Para fomentar el pensamiento crítico e independiente es necesario:

- Clarificar problemas, conclusiones o creencias. Para enfrentarnos a un problema de manera eficaz, es indispensable que tengamos primero una descripción clara y completa del mismo. Solo de este modo podemos considerar todas las perspectivas, consecuencias e implicaciones del mismo, para así poder abordarlo ordenada y exhaustivamente.

- Desarrollar criterios para la evaluación: Clarificar valores y estándares. Un aspecto especialmente importante de cara a enfrentarnos críticamente a una situación es disponer de un criterio que nos permita decidir que es lo que queremos o debemos hacer frente a ella. Este criterio se forma a partir de los valores que cada uno de nosotros defiende, y nos permite discriminar por tanto, que es lo que estamos dispuestos a hacer y qué no. Conocer estos valores, así como disponer de un criterio válido y funcional es fundamental, y solo lo conseguiremos en la medida que empleemos para formarlo estrategias que nos garanticen tanto la validez de nuestras conclusiones, como su ajuste a nuestros valores.

- Evaluar la credibilidad de las fuentes de información.
- Generalizar o evaluar soluciones.

CONTENIDOS CLAVE

- **Interiorización de normas y valores:** Asunción de las normas a través de la dotación de significados personales y la formación de esquemas de valores que las sustenten.
- **Estrategias de pensamiento crítico:** Estrategias que nos permiten alcanzar unas conclusiones y decisiones válidas y funcionales que guiarán nuestras acciones ante problemas o situaciones conflictivas o ambiguas.

ACTIVIDADES

1. *Actividad 1:* Lluvia de ideas: normas sociales de nuestro entorno.
2. *Actividad 2:* Clasificación de las normas en normas individuales y normas sociales.
3. *Actividad 3:* Barómetro de valores.
4. *Actividad 4:* Explicación del pensamiento crítico.
5. *Actividad 5:* Búsqueda de alternativas.
[En caso de que sobre tiempo y sólo en ese caso, se llevarán a cabo las siguientes actividades complementarias:]
6. *Actividad 6:* Debate a dos bandos: Defensa de una norma; inversión de posturas.
7. *Actividad 7:* Preguntas de generalización.

MATERIAL

- Lapiceros o bolígrafos.
- Folios en blanco.
- Pizarra.
- Tizas o rotuladores.
- Hoja 2.2.1. Tareas para casa
- Hoja 2.2.2. Tareas para casa. Alternativas

DESARROLLO DE LA SESIÓN

ACTIVIDAD 1

En grupos de 3-4 personas hacer una lista con normas sociales que estén presentes en su entorno. Por normas sociales se entienden tanto las normas explícitas del tipo “no fumar en clase, no tirar papeles al suelo” hasta las no escritas como “no gritar en los pasillos” o “no entrar sin llamar”, etc.

ACTIVIDAD 2

Cuando tengan las listas hechas se pide a cada grupo que nos diga las que tiene y las vamos escribiendo en la pizarra. Si se repiten, sólo se añaden las que surjan nuevas, y si es preciso añadimos alguna que nos resulte de interés (como las de los ejemplos que vienen a continuación).

Una vez que tengamos la lista en la pizarra, el coordinador explica los siguientes contenidos brevemente:

“No todas las normas son iguales o tienen el mismo estatus. Una forma sencilla de clasificar las normas es hacerlo en normas que rigen el comportamiento individual, como por ejemplo asearse para mantener la higiene y no contraer enfermedades, ordenar el cuarto para poder encontrar las cosas, planificar el estudio entre ciertas horas para obligarnos a estudiar, etc. Y en normas que rigen el comportamiento social, como por ejemplo no hacer ruido en el cine, no conducir como un loco, etc.

Las primeras son importantes porque nos ayudan a organizar nuestro comportamiento y nuestra vida, somos nosotros los que las fijamos y aplicamos, y su no-cumplimiento solo nos perjudica a nosotros mismos. Por el contrario, las normas que rigen el comportamiento social sirven para ordenar todas las actividades que se dan en la sociedad, regulan los comportamientos de los individuos en aquellas situaciones en las que las acciones de unos pueden herir o molestar a otros, y por tanto tiene como finalidad salvaguardar los derechos de todos ellos. Por este motivo son fijadas por consenso entre los individuos afectados por ella, y su incumplimiento perjudica a un gran numero de personas”.

(Clasificación de normas) [Esquema]

NORMAS INDIVIDUALES	NORMAS SOCIALES
<ul style="list-style-type: none"> •Organizan nuestro propio comportamiento. •Las fijamos nosotros mismos (podemos decidir cuales seguimos y cuales no). •Las aplicamos nosotros (Nosotros somos quienes controlamos si las seguimos o no). •Su incumplimiento solo nos perjudica a nosotros mismos. 	<ul style="list-style-type: none"> •Organizan los comportamientos y situaciones sociales. •Su finalidad es mantener la convivencia salvaguardando los derechos de todos. •Son fijadas por consenso (es un grupo quien se pone de acuerdo sobre sus normas, Ej: la constitución). •Su incumplimiento perjudica a muchas personas (puede dañar sus derechos).

Una vez explicado, para confirmar si lo han entendido o no, se les pide que nos digan de las que están escritas en la pizarra, un ejemplo de norma social y otro de norma individual.

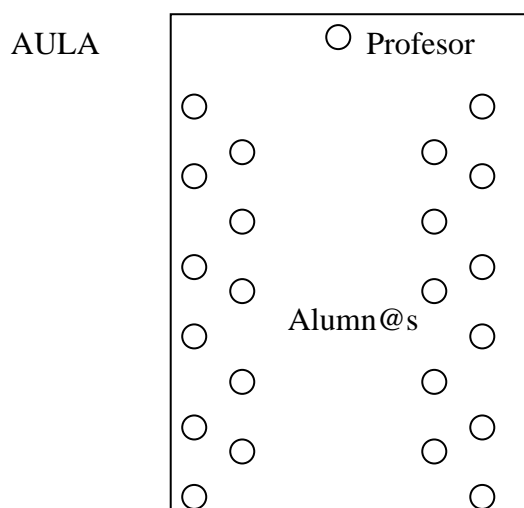
ACTIVIDAD 3

El/la profesor/a escoge una de las normas sociales apuntadas en la pizarra, intentando que sea una norma que no la siga todo el mundo (Por ejemplo: ponerse el cinturón de seguridad, guardar cola en la frutería, cruzar el semáforo en rojo, no conducir borracho). En la decisión podrán participar los alumnos, pero el profesor/a debe aplicar siempre los criterios anteriores.

Barómetro: Ahora se pedirá a los alumnos que se sitúen a un lado u otro del aula según si seguirían o suelen seguir dicha norma o si no la seguirían o habitualmente no la siguen. Esto puede hacerse del modo siguiente:

El profesor/a se sitúa en el frente del aula y pide que mirando hacia él/ella hagan una fila o dos. Una vez todos están en dicha posición se dice: “cuando yo diga YA, y sólo cuando yo diga YA, los que soláis seguir la norma o la seguiríais, os vais hacia la derecha, los que habitualmente no la sigan o no la seguirían, os vais hacia la izquierda. ¿lo habéis comprendido?” [si los alumnos lo han comprendido, se dice YA!, si aún no han entendido lo que tienen que hacer, se les explica de nuevo hasta que lo entiendan].

Los alumnos deben quedar en la siguiente posición:



Una vez están colocados se les formulan una serie de preguntas que han de responder alternativamente los grupos. Será el profesor quien dé la palabra una vez a cada grupo e informa de que quien quiera intervenir ha de levantar la mano.

Primero se pregunta acerca de los valores que sustentan su comportamiento con una pregunta del tipo:

“¿Por qué seguiríais esta norma o por qué no?”

[Se deja a los alumnos que den sus razones, como se ha dicho, se cede la palabra alternativamente a una persona de cada grupo]

[El profesor aquí sólo ha de intervenir como moderador, sin hacer valoraciones y dejando claro que se pueden expresar libremente y en su propio lenguaje]

A continuación trataremos de que se analicen las consecuencias de seguir o no la norma, tanto positivas como negativas y tanto a corto plazo como a largo plazo. Con esto se pretende que sean conscientes de que en muchas normas sociales, las consecuencias positivas de infringirlas son más frecuentes a corto plazo, es decir, de inmediato, mientras las consecuencias negativas suelen ser más frecuentes a largo plazo, por lo que a la hora de infringir la norma no suelen ser éstas tenidas en cuenta sino aquellas [como ocurre en el caso de las drogas]. Para que esto lo puedan ver más claramente, el/la profesor/a hace el siguiente cuadro en la pizarra:

¿QUÉ CONSECUENCIAS TENDRÍA SEGUIR ESA NORMA?		¿QUÉ CONSECUENCIAS TENDRÍA NO SEGUIRLA?	
CORTO PLAZO	LARGO PLAZO	CORTO PLAZO	LARGO PLAZO
POSITIVAS	POSITIVAS	POSITIVAS	POSITIVAS
NEGATIVAS	NEGATIVAS	NEGATIVAS	NEGATIVAS

Después se formula el cuadro en forma de preguntas dirigidas a los alumnos que tienen que ir contestando los grupos alternativamente. Mientras, el profesor/a va tomando las anotaciones que le parezcan más significativas en el cuadro de la pizarra, y si hay alguna que considera importante y no se ha dicho, puede anotarla también.

“¿Qué consecuencias positivas tiene o puede tener seguir la norma?”

[El profesor/a las anota en el recuadro a corto plazo, en caso de que sean consecuencias inmediatas (por ejemplo, en el caso de ponerse el cinturón de seguridad: mi padre no me riñe por no ponérmelo) o a largo plazo, en caso de que no sean inmediatas (por ejemplo: si tengo un accidente el cinturón me salva la vida)]

“¿Qué consecuencias negativas tiene o puede tener seguir la norma?”

[El profesor/a anota las consecuencias que los alumnos digan situándolas en el recuadro a corto plazo (por ejemplo: el cinturón me resulta molesto) o a largo plazo (en el ejemplo no hay ninguna consecuencia negativa a largo plazo)]

“¿Qué consecuencias positivas tiene o puede tener no seguir la norma?”

[El profesor/a sigue completando el recuadro de la pizarra (a corto plazo, por ejemplo: no me molesta el cinturón; a largo plazo: ninguna consecuencia positiva)]

“¿Qué consecuencias negativas tiene o puede tener no seguir la norma?”

[(A corto plazo: ninguna; a largo plazo: si hay un accidente, me mato)]

Una vez que se han analizado las preguntas, se les pide que observen el cuadro de la pizarra, que en el ejemplo propuesto quedaría del siguiente modo:

¿QUÉ CONSECUENCIAS TENDRÍA SEGUIR ESA NORMA?		¿QUÉ CONSECUENCIAS TENDRÍA NO SEGUIRLA?	
CORTO PLAZO	LARGO PLAZO	CORTO PLAZO	LARGO PLAZO
POSITIVAS No me riñen	POSITIVAS Salvo la vida	POSITIVAS No me molesta el cinturón	POSITIVAS Ninguna
NEGATIVAS Me siento incómodo	NEGATIVAS Ninguna	NEGATIVAS Nada	NEGATIVAS Me mato

Se les comenta lo siguiente:

“En la norma de la que hemos estado hablando, como en la mayoría de las normas que rigen el comportamiento humano, como veis, las consecuencias más importantes se producen a largo plazo, es decir, cuando pasa un tiempo, mientras que las consecuencias menos relevantes, se producen de forma más inmediata”.

“Ahora quiero que contempléis el cuadro de la pizarra durante un momento y cuando yo diga YA, y sólo cuando yo diga YA, los que hayáis cambiado de opinión al analizar las consecuencias y creáis que a partir de ahora estaréis en el bando contrario, os desplazáis hacia dicho bando”.

Una vez todos los alumnos se han ubicado en los bandos, se les vuelve a preguntar alternativamente a cada grupo, dando la palabra a las personas que han cambiado su postura:

“¿Por qué habéis cambiado de bando?”

[El profesor/a intentará que sean los propios compañeros los que den razones para el cambio hacia una actitud favorable a la norma]

ACTIVIDAD 4

Ahora se les pide que se sienten (ya no hace falta que estén separados en grupos). El/la profesor/a pregunta a los alumnos:

“¿Qué creéis que hemos estado haciendo?”

Si los alumnos comentan algo se les refuerza por ello y luego se les explica:

(Explicación Pensamiento crítico)

“Lo que hemos hecho es pensar, pero pensar de un modo específico que se llama pensamiento crítico, que es una herramienta para enfrentarnos a este tipo de problemas donde no tenemos del todo claro qué hacer, o donde no sabemos realmente por qué tenemos que hacerlo.

Lo que tratamos de hacer es que seáis pensadores críticos, y que forméis un criterio propio que os sirva para decidir que queréis hacer y que no.

Para formar un criterio objetivo válido es necesario emplear unas estrategias concretas que nos aseguren que nuestras decisiones y nuestras conclusiones son adecuadas, y es necesario mantener una actitud crítica y evaluativa. Una de las estrategias es analizar, como hemos hecho a lo largo de la sesión, las consecuencias que se derivan o se pueden derivar de llevar a cabo determinado comportamiento respecto a una norma.

Otra estrategia, complementaria a la anterior, es buscar alternativas que nos permitan superar las consecuencias negativas que veamos en seguir las normas, y conseguir las consecuencias positivas de no seguirlas”

ACTIVIDAD 5

Esta actividad consiste en la búsqueda de alternativas.

Se dice a los alumnos:

“Ahora vamos a seguir con la norma que hemos visto. Quiero que vayáis diciendo cosas que se os ocurran para evitar las consecuencias negativas de seguir la norma y para conseguir las consecuencias positivas de no seguirla”

[Para que lo entiendan mejor, se les puede poner un ejemplo: “si la norma fuera utilizar casco cuando vas en moto y la consecuencia negativa de seguirla fuera que da mucho calor, la alternativa para evitar esa consecuencia negativa podría ser: ponernos un casco abierto”]

Después de ver estas alternativas se les puede pedir que de nuevo se vuelvan a situar en dos bandos viendo si de nuevo ha habido cambios, analizando el por qué de los mismos.

El profesor/a tiene que dejar claro que no tratamos de convencer a nadie de que siga una norma, sino que a la hora tomar una decisión sobre seguirla o no analicen las consecuencias que puede tener su decisión, anulando las consecuencias negativas y maximizando las positivas (“la decisión es tuya”). También tratamos de que cuando les impulsen a incumplir una norma (el grupo de amigos intente convencerles, por ejemplo), sepan cómo defender su postura y no la cambien sin pensar antes las repercusiones que eso puede tener.

*** [Las actividades que se proponen a continuación serán llevadas a cabo sólo en caso de que sobre tiempo]**

ACTIVIDAD 6

Primero pedimos que escojan una norma para discutir sobre ella, puede ser de las que salieron al principio o propuesta por los alumnos.

Una vez elegida, se divide al grupo en dos bandos y a uno se le asigna el papel de defenderla, y al otro el de atacarla y cuestionarla.

El profesor/a será quien señale quién interviene en cada momento, eligiendo alternativamente a un/a alumn@ de cada bando.

Se les informa de que tienen que tratar de convencer al otro bando de que su postura es correcta usando para ello razonamientos y datos.

Cuando el debate haya ganado en emoción, el coordinador para la discusión e invierte los bandos. Es decir, el grupo que defendía la norma ahora la ataca y el que la cuestionaba la defiende.

ACTIVIDAD 7

El profesor/a plantea las siguientes preguntas:

- ¿Tiene sentido la norma?
- ¿Cuál es el sentido que le encuentras?
- ¿Te parece que ahora tiene mas sentido para ti que antes?
- ¿Para qué crees que te pueden servir estas estrategias?

-Intentamos hacerles ver las ventajas: No dejarse convencer, no hacer cosas inconscientemente o sin conocer las consecuencias, saber defender las propias posturas etc.

TAREAS PARA CASA

El profesor/a explica las tareas que realizarán para casa, recordando la importancia de su realización y aclarando las posibles dudas.

“Como tarea para la semana quiero que con la norma social: “no consumir cocaína” sigáis los pasos que hemos hecho hoy en la sesión. Para ello tenéis las hojas 2.2.1 y 2.2.2. donde podéis rellenar los recuadros que siguen el orden que hemos seguido hoy. Mirar la hoja por si tenéis alguna duda de lo que tenéis que poner en cada casilla”.

(Hoja 2.2.1)

¿QUÉ CONSECUENCIAS TENDRÍA SEGUIR ESA NORMA?		¿QUÉ CONSECUENCIAS TENDRÍA NO SEGUIRLA?	
CORTO PLAZO	LARGO PLAZO	CORTO PLAZO	LARGO PLAZO
POSITIVAS	POSITIVAS	POSITIVAS	POSITIVAS
NEGATIVAS	NEGATIVAS	NEGATIVAS	NEGATIVAS

(Hoja 2.2.2)

ALTERNATIVAS	

HOJA 2.2.1. TAREAS PARA CASA

Instrucciones: Analiza la norma siguiente siguiendo los pasos realizados en la sesión, anotando las consecuencias positivas y negativas a corto y a largo plazo de cumplir la norma y no cumplirla.

NORMA: "NO CONSUMIR COCAÍNA"

¿QUÉ CONSECUENCIAS TENDRÍA SEGUIR ESA NORMA?		¿QUÉ CONSECUENCIAS TENDRÍA NO SEGUIRLA?	
CORTO PLAZO	LARGO PLAZO	CORTO PLAZO	LARGO PLAZO
POSITIVAS	POSITIVAS	POSITIVAS	POSITIVAS
NEGATIVAS	NEGATIVAS	NEGATIVAS	NEGATIVAS

SESIÓN 3

VANDALISMO

OBJETIVOS DE LA SESIÓN

- Aprender a identificar estados emocionales positivos (por ejemplo alegría, euforia) que desencadenan actos de vandalismo.
- Aprender estrategias para rechazar ese tipo de comportamientos.
- Aprender a identificar la ira, frustración y otros estados emocionales negativos como antecedentes de conductas de vandalismo.
- Aprender a controlar la ira y otros estados emocionales negativos.

PROCEDIMIENTO Y CONTENIDOS

La conducta antisocial, dentro de lo que se incluye el vandalismo, está relacionada con el consumo de drogas.

Uno de los antecedentes o desencadenantes del vandalismo son los estados emocionales positivos de euforia, alegría,... donde vemos el mejor ejemplo en los hinchas de los equipos de fútbol.

Más frecuentemente los comportamientos destructivos desencadenados por estas emociones se realizan en la calle, bares, estadios,... más que en casa, y como factores que se dan al mismo tiempo se encuentran el consumo de drogas (legales o ilegales), la presión del grupo de iguales y el locus de control externo (se produce una difusión del sentido de responsabilidad).

La descarga de la activación, unida a los factores comentados, se realiza en comportamientos vandálicos que comúnmente se realizan en grupo, no pensando las consecuencias que eso conlleva.

Para ver los desencadenantes (en este caso emociones positivas) de las conductas vandálicas se van a realizar una serie de ejercicios que ayudarán al alumno a identificar antecedentes y consecuentes, así como a desarrollar alternativas al vandalismo.

La destrucción deliberada de la propiedad ajena en ocasiones viene dada por un estado emocional negativo como el de ira, el estrés, la ansiedad, etc.

La expresión de la ira mediante la destrucción de mobiliario descarga un alto nivel de activación o tensión. Este tipo de conducta antisocial constituye un factor de riesgo en el consumo de drogas por parte de los adolescentes.

Se pretende a lo largo de la sesión que identifiquen pensamientos, sentimientos previos a la conducta agresiva y tanto de sí mismos como de observadores externos, y que desarrollen una serie de mecanismos para hacer frente a su activación.

CONTENIDOS CLAVE

- El **vandalismo**, la destrucción deliberada del mobiliario urbano en calles, jardines, etc. constituye un factor de riesgo en el consumo de drogas. Al mismo tiempo, el consumo de drogas lleva a veces consigo conductas vandálicas. Estas conductas alteradas pueden estar provocadas o desencadenadas por **estados emocionales positivos**, por lo que se ha de tratar que ante esos estados emocionales positivos se desencadenen otra serie de conductas más adaptativas y prosociales rompiendo el círculo que se establece en las conductas de los sujetos.
- En ocasiones el vandalismo tiene su origen en una falta de control de la **ira** y otras emociones negativas similares, que encuentran su descarga en la destrucción de la propiedad ajena. El control de esta ira supondrá un factor de protección en el consumo de drogas.

ACTIVIDADES

1. *Actividad 1:* Visualización en imaginación.
2. *Actividad 2:* Identificación de pensamientos, sentimientos y experiencias.

3. *Actividad 3*: Identificación de pensamientos y sentimientos ajenos.
4. *Actividad 4*: Puesta en común.
5. *Actividad 5*: Lectura de situación.
6. *Actividad 6*: Identificación de pensamientos, sentimientos, consecuencias y alternativas.
7. *Actividad 7*: Puesta en común.
8. *Actividad 8*: Explicación de la ira.
9. *Actividad 9*: Búsqueda de alternativas

MATERIAL

- Hoja 2.3.1. Situación I.
- Hoja 2.3.2. Situación II.
- Hoja 2.3.3. Tareas para casa. Relaciones.
- Hoja 2.3.4. Tareas para casa. Emociones positivas.
- Hoja 2.3.5. Tareas para casa. Emociones negativas.
- Folios (no necesario).
- Pizarra.
- Tizas.

DESARROLLO DE LA SESIÓN

ACTIVIDAD 1

El profesor pide a los alumnos que lean lentamente el texto de su hoja 2.3.1. tratando de imaginar la situación lo más vívidamente posible

" 20 de mayo. El Real Madrid gana la séptima copa de Europa. La gente sale a las calles para celebrar lo que tantos años lleva esperando. En la Cibeles cada vez hay más gente, y la euforia sube y sube hasta límites insospechados. La situación se vuelve tensa, los hinchas quieren tomar la Cibeles mientras los policías sujetan las vallas para que nadie se meta. Todo sucede muy deprisa, cuando te quieres dar cuenta, los aficionados corren en todas direcciones y los policías cargan contra todo el que tienen delante. Te fijas en un grupo que lleva bates de beisbol y con ellos golpean las lunas de las marquesinas de los autobuses y las cabinas telefónicas que encuentran en su camino. Uno de ellos de pronto golpea el cristal de una tienda Massimo Dutti. Una avalancha de aficionados entra en el local destrozándolo completamente y llevándose...

...El saldo de heridos es de 130; 20 jóvenes permanecen detenidos...

...Madrid amanece con una imagen desoladora..."

ACTIVIDAD 2

El profesor/a dice a los alumnos:

“Ahora intentar identificar durante 2 minutos los pensamientos que os han surgido, los sentimientos y las experiencias que os han venido a la mente (si os sirve de ayuda, escribirlo en un folio)”.

ACTIVIDAD 3

Se pide a los chicos/as que traten de identificar durante otros 2 minutos los pensamientos y sentimientos de los chicos del grupo vandálico.

A continuación se les pide que rellenen el cuadro de la Hoja 2.3.1:

Responde a la siguiente cuestión: ¿Qué crees que les ha llevado a esa actitud y ese comportamiento?

ACTIVIDAD 4

Puesta en común de lo pensado y/o escrito.

Se divide a la clase en grupos de 3-4 personas y se les pide que hablen de lo que han escrito. Se les dejan 5 minutos.

Después de esos cinco minutos se plantean al grupo las siguientes preguntas:

“¿Para qué creéis que estamos haciendo esto?” “¿De qué tema hablamos?”

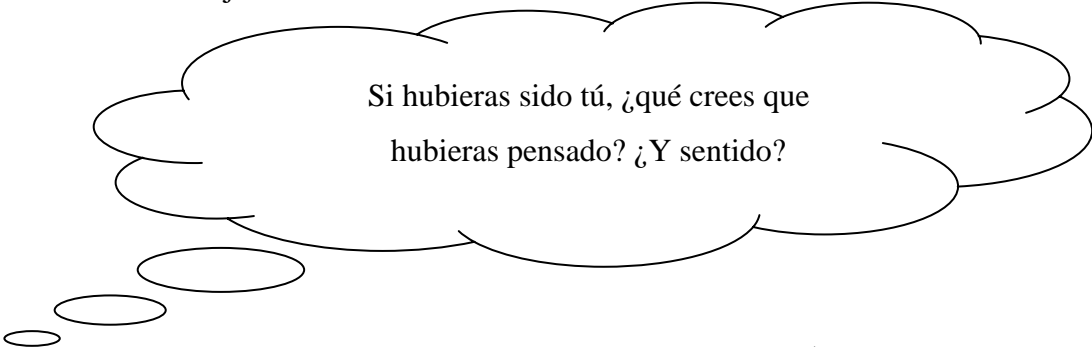
ACTIVIDAD 5

El profesor presenta al grupo la siguiente situación. Pide a los alumnos que lean despacio y en silencio la situación de la Hoja 2.3.2. tratando de imaginarla lo más vívidamente posible.

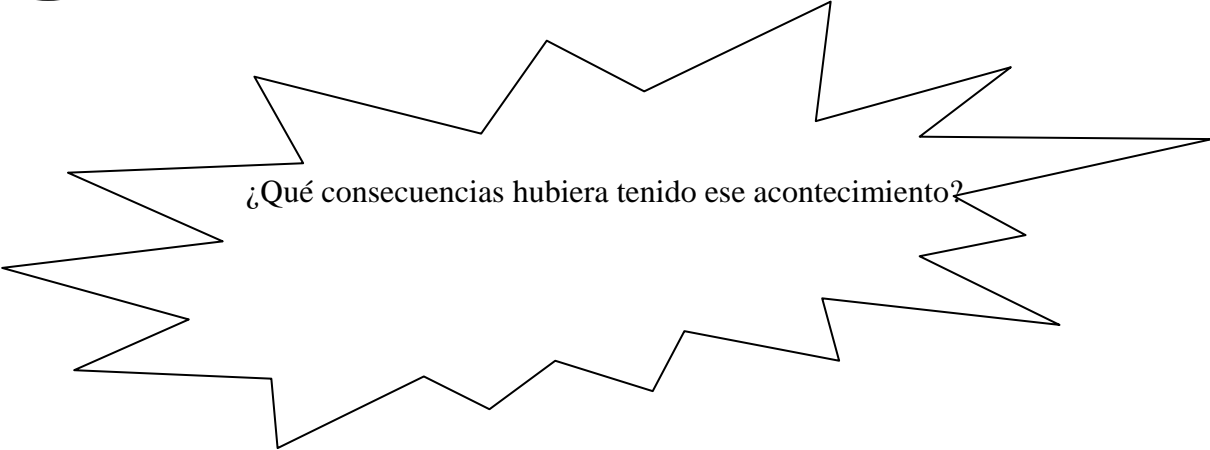
“ Es sábado por la tarde y estás dispuest@ a salir en media hora. Cuando abres el armario para sacar los Doker’s (tus mejores pantalones, y los que reservas para el fin de semana) no están. Indignad@ le preguntas a tu madre si los ha metido en la lavadora o algo por el estilo. Te dice que no, que se los ha puesto tu herman@” (a la/al que no le dejas ponerse tu ropa y quien, por cierto, va a un botellón a Tribunal, donde los pondrá de barro hasta los topes). Pero tu madre sigue: ¿Para qué los quieres?. Tú ya estás cabread@: ¿Cómo que para qué los quiero? ¡Pues para salir!. Pero tu madre te mira con cara sarcástica: El lunes te castigué para el fin de semana, ¿no recuerdas que pegaste a tu herman@?. Para colmo fue el/ella quien empezó, y estás tan enfadad@ que sales del comedor dando un portazo y una patada a la puerta de tu habitación, donde se abolla la madera marcando el zapato”.

ACTIVIDAD 6

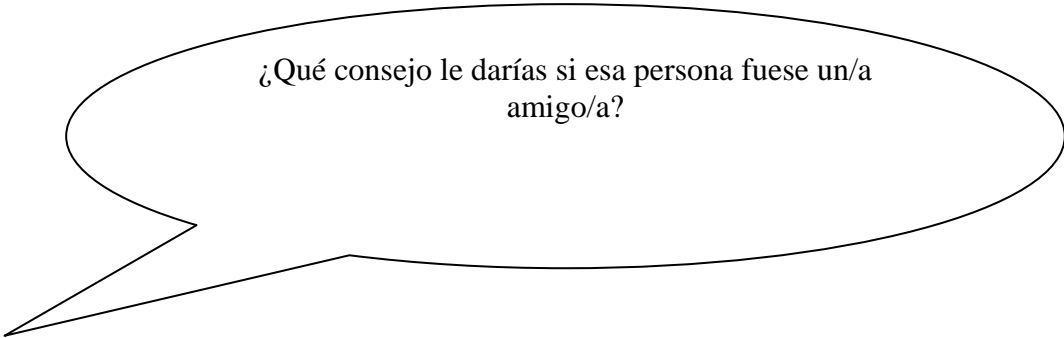
Una vez todos los alumnos han leído la situación se les pide que rellenen el cuadro de la Hoja 2.3.2.



Si hubieras sido tú, ¿qué crees que hubieras pensado? ¿Y sentido?



¿Qué consecuencias hubiera tenido ese acontecimiento?



¿Qué consejo le darías si esa persona fuese un/a amigo/a?

ACTIVIDAD 7

El profesor pide a los alumnos que en grupos de cuatro personas comenten lo que han puesto en el cuadro.

Se les dan cinco minutos y se pide que una persona de cada grupo exponga lo que han encontrado, apuntando en la pizarra lo más significativo, destacando de alguna manera lo que haga referencia a ira, frustración, ansiedad, etc.

ACTIVIDAD 8

El profesor/a explica al grupo: “en ocasiones habréis estado en una situación que os produzca irritación, furia, enfado,... a eso le llamamos ira. Esa ira puede tomar varias vías:

- Represión (ira interna).
- Agresión hacia objetos o personas (ira externa).
- Canalizada.”

[Se explica un poco más detalladamente, según las necesidades del grupo]

ACTIVIDAD 9

Pregunta el profesor/a a los alumn@s qué puede hacerse cuando uno siente la necesidad de descargar tensión destruyendo la propiedad ajena (que sea como una lluvia de ideas).

Se apuntan en la pizarra las estrategias y se elige la mejor desarrollándola y estableciéndola punto por punto. (Orientarlo hacia autoinstrucciones, asertividad,...).

Algunas estrategias que deben salir son:

- Cuando se vaya a ejercer un acto vandálico, contar de 1 a 20 despacio (de ese modo se corta, se da un tiempo, en el que se puede pensar).
- Darse instrucciones a sí mismo de lo inadecuado de su conducta y su pensamiento y de las consecuencias negativas que se derivarán si lleva a cabo esos actos.
- Relajarse respirando hondo 5 veces.
- Expresar la ira de otra forma:
 - Comunicándola asertivamente.
 - Haciendo ejercicio.
 - ...

Se les pide que hablen de las consecuencias de estas alternativas y de cómo se sentirían poniéndolas en marcha.

TAREAS PARA CASA

El profesor/a explica a l@s alumn@s las tareas para esta semana. [Las Hojas 2.3.4 y 2.3.5 no son obligatorias]

En la Hoja 2.3.3. han de elaborar un listado de las posibles relaciones entre consumir alcohol, disminución del control y conductas vandálicas.

En la Hoja 2.3.4 la actividad consiste en que si observan alguna conducta vandálica en la que vean un clima de alegría y euforia, la definan y escriban qué piensan ellos y qué creen que piensan y sienten los que llevan a cabo los destrozos.

La tercera tarea consiste en identificar emociones negativas, de hostilidad, ira, frustración, etc. que podrían desencadenar conductas agresivas hacia objetos y poner en marcha alguna de las estrategias vistas. Han de rellenar entonces el registro de la Hoja 2.3.5.

HOJA 2.3.1. SITUACIÓN I

Instrucciones: Lee el siguiente texto lentamente tratando de imaginar la situación lo más vívidamente posible:

*" 20 de mayo. El Real Madrid gana la séptima copa de Europa. La gente sale a las calles para celebrar lo que tantos años lleva esperando. En la Cibeles cada vez hay más gente, y la euforia sube y sube hasta límites insospechados. La situación se vuelve tensa, los hinchas quieren tomar la Cibeles mientras los policías sujetan las vallas para que nadie se meta. Todo sucede muy deprisa, cuando te quieres dar cuenta, los aficionados corren en todas direcciones y los policías cargan contra todo el que tienen delante. Te fijas en un grupo que lleva bates de beisbol y con ellos golpean las lunas de las marquesinas de los autobuses y las cabinas telefónicas que encuentran en su camino. Uno de ellos de pronto golpea el cristal de una tienda Massimo Dutti. Una avalancha de aficionados entra en el local destrozándolo completamente y llevándose...
...El saldo de heridos es de 130; 20 jóvenes permanecen detenidos...
...Madrid amanece con una imagen desoladora..."*

[Espera instrucciones del profesor/a]

Responde a la siguiente cuestión:
¿Qué crees que les ha llevado a esa actitud y ese comportamiento?

HOJA 2.3.2. SITUACIÓN II

Instrucciones: Lee el siguiente texto lentamente tratando de imaginar la situación lo más vívidamente posible:

“ Es sábado por la tarde y estás dispuest@ a salir en media hora. Cuando abres el armario para sacar los Doker´s (tus mejores pantalones, y los que reservas para el fin de semana) no están. Indignad@ le preguntas a tu madre si los ha metido en la lavadora o algo por el estilo. Te dice que no, que se los ha puesto tu herman@” (a la/al que no le dejas ponerse tu ropa y quien, por cierto, va a un botellón a Tribunal, donde los pondrá de barro hasta los topes). Pero tu madre sigue: ¿Para qué los quieres?. Tú ya estás cabread@: ¿Cómo que para qué los quiero? ¡Pues para salir!. Pero tu madre te mira con cara sarcástica: El lunes te castigué para el fin de semana, ¿no recuerdas que pegaste a tu herman@?. Para colmo fue el/ella quien empezó, y estás tan enfadad@ que sales del comedor dando un portazo y una patada a la puerta de tu habitación, donde se abolla la madera marcando el zapato”.

Si hubieras sido tú, ¿qué crees que
Hubieras pensado?¿Y sentido?

¿Qué consecuencias hubiera tenido ese acontecimiento?

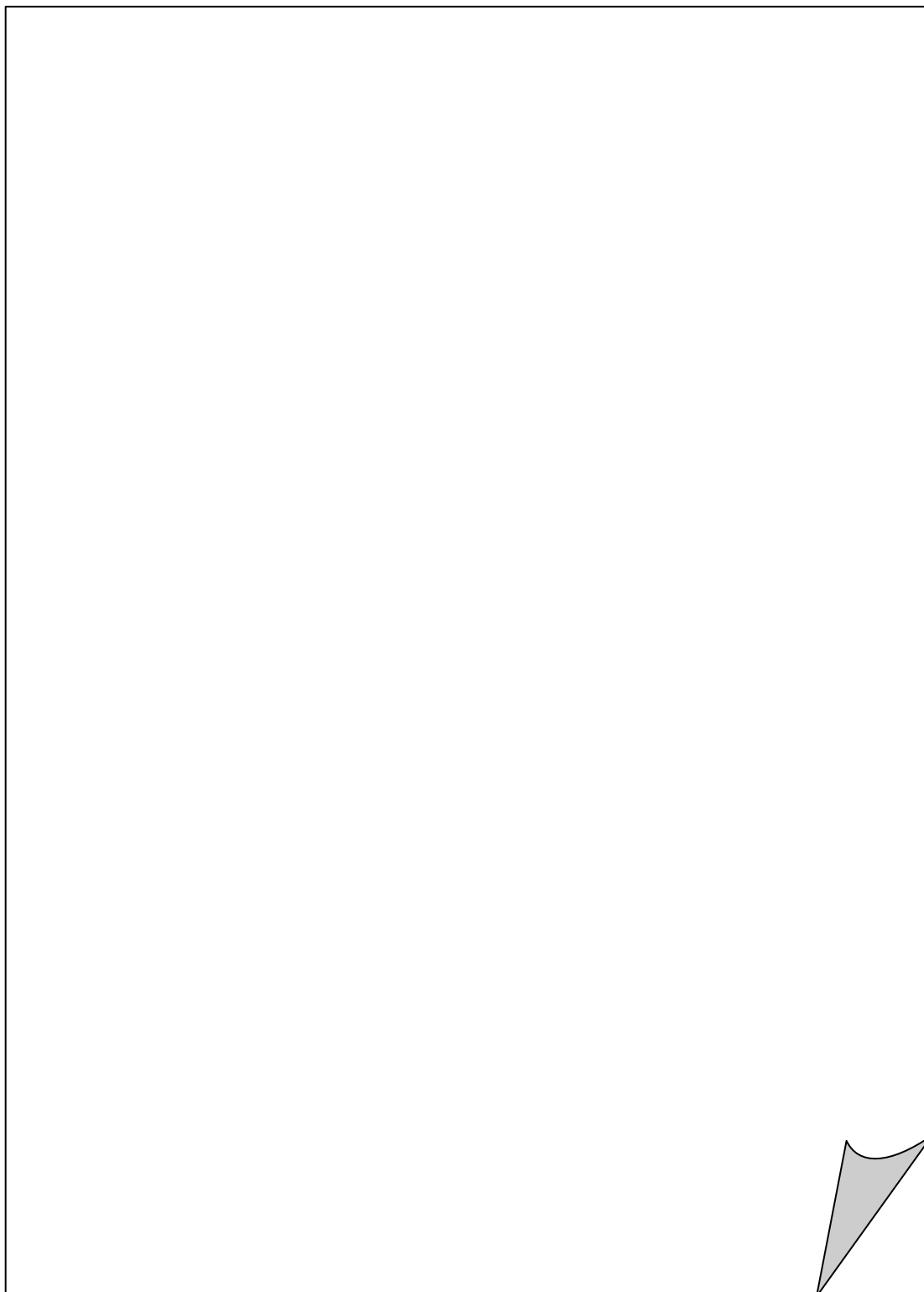
¿Qué consejo le darías si esa persona fuese un/a
amigo/a?

HOJA 2.3.3. TAREAS PARA CASA. RELACIONES

Instrucciones: Haz una lista con las relaciones que crees que hay entre:

- * Consumo de alcohol
- * Disminución del control
- * Vandalismo

[Explícalo un poco]

A large empty rectangular box with a thin black border, intended for the student to write their list of relationships. In the bottom right corner of the box, there is a small grey triangular graphic that looks like a folded corner of a piece of paper.

HOJA 2.3.4. EMOCIONES POSITIVAS

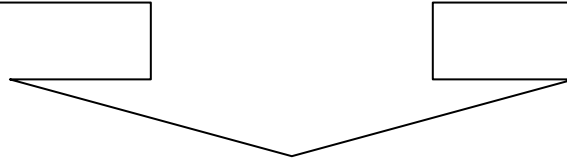
Instrucciones: Si a lo largo de la semana observas alguna conducta vandálica en la que haya un clima de euforia, alegría,... escríbela en el cuadro de "situación" y escribe también qué piensas acerca de eso y qué crees que piensan y sienten los que llevan a cabo los destrozos.

SITUACIÓN	
QUÉ PIENSAS TÚ	
QUÉ CREES QUE PIENSAN Y SIENTEN ELLOS	

HOJA 2.3.5. EMOCIONES NEGATIVAS

Instrucciones: Identificar emociones negativas, de hostilidad, ira, frustración, etc. que podrían desencadenar conductas agresivas hacia objetos y poner en marcha alguna de las estrategias vistas. Rellenar después el registro:

SITUACIÓN Y EMOCIONES



CONDUCTA LLEVADA A CABO ESTRATEGIA PUESTA EN MARCHA
--

INTRODUCCIÓN AL MÓDULO

PLANTEAMIENTO Y JUSTIFICACIÓN

En el estudio previo realizado en el Municipio de Majadahonda se encontró que los factores psicológicos ocupan el primer lugar, en cuanto a su valor explicativo, en el caso del consumo de drogas legales, y son de gran importancia así mismo en el uso y abuso de drogas ilegales y médicas. La empatía se ha revelado como un factor de protección en el consumo de drogas, mientras que la impulsividad, la desinhibición y la búsqueda de excitación son factores de riesgo en el uso y abuso de drogas.

La empatía se entiende como la capacidad de situarse en el lugar del otro, compartir sus sentimientos, su estado emocional y de ese modo poder reaccionar ante ellos de la manera más adecuada. Esta habilidad es de carácter evolutivo y en su desarrollo son importantes los modelos que rodean al sujeto (padres, hermanos, amigos,...). La empatía, a su vez, está en estrecha relación con las conductas prosociales que, como veíamos en el módulo 2, protegen del consumo de drogas.

En las sociedades desarrolladas es cada vez mayor el papel que se atribuye a la impulsividad como factor determinante de comportamientos delictivos, antisociales y violentos, así como del consumo de drogas entre jóvenes adolescentes. La impulsividad se puede considerar como un rasgo de personalidad o como un estilo o modo de acercarse a y procesar la información. Las personas impulsivas se caracterizan por actuar muchas veces sin tener en cuenta las consecuencias de sus conductas; no son capaces de detenerse a pensar cuáles pueden ser los resultados, las consecuencias de sus acciones; ni son capaces de generar alternativas, ante un problema se opta por la primera solución que viene a la mente actuando de forma precipitada, irreflexiva, irresponsable, ineficaz, antisocial o inadaptativa. Los procedimientos que se utilizan para tratar la impulsividad se basan en las autoinstrucciones y la solución de problemas;

al ser aquella un factor de riesgo en el consumo de drogas vamos a intentar dotar a los sujetos de autocontrol (capacidad para regular nuestra conducta e inhibir acciones (por ejemplo, violaciones a las reglas) que de otra manera podríamos estar inclinados a realizar), que los sujetos ante una situación determinada reflexionen sobre la adecuación de su conducta y posteriormente tomen una decisión basada en un análisis de las posibles consecuencias.

La impulsividad se relaciona también con otro rasgo de personalidad llamado búsqueda de sensaciones, dentro de lo que se incluyen la desinhibición, la búsqueda de excitación, la búsqueda de nuevas experiencias y la susceptibilidad al aburrimiento. Estos rasgos han resultado ser predictores del uso de drogas. En este caso no se pretende luchar contra estas características como modo de prevención, sino dotar a los sujetos de otras alternativas para conseguir esas sensaciones “límite” que no sean perjudiciales para el individuo.

OBJETIVOS GENERALES

- Mejorar en los adolescentes la capacidad de empatizar con otros sujetos (en especial del grupo de iguales).
- Dotar a los sujetos de estrategias que disminuyan la impulsividad y aumenten la capacidad de autocontrol.
- Proporcionar alternativas adaptativas a actividades peligrosas que proporcionan sensaciones excitantes.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Aprender a tomar el rol del “otro”, pudiendo así conocer y predecir más exactamente sus sentimientos, pensamientos y acciones (Aspectos cognitivos de la empatía).
- Aprender a responder adecuadamente al estado emocional del “otro” (Aspectos emocionales y motores de la empatía).
- Reflexionar sobre la adecuación o validez de la solución al problema cuando se plantea un elevado grado de incertidumbre de respuesta. Buscar la conciencia de la acción.

-
- Tomar la decisión más adecuada ante una situación con un elevado grado de incertidumbre de respuesta.
 - Identificación de sensaciones “límite”.
 - Identificación de actividades a través de las cuales se puedan lograr esas sensaciones “límite”.
 - Diferenciar entre actividades adaptativas y actividades peligrosas.

SESIÓN 1

MEJORAR LA EMPATÍA

OBJETIVOS DE LA SESIÓN

- Aprender a tomar el rol del “otro”, pudiendo así conocer y predecir más exactamente sus sentimientos, pensamientos y acciones (aspectos cognitivos de la empatía).
- Aprender a responder adecuadamente al estado emocional del “otro” (aspectos emocionales y motores de la empatía).

PROCEDIMIENTO Y CONTENIDOS

Al ser la empatía una variable predictora del consumo de drogas y un factor de protección, trataremos en esta sesión de dotar de esta habilidad a las personas que carezcan de ella o de mejorarla en aquellas personas que no la tengan suficientemente desarrollada.

En este sentido, lo primero que tenemos que hacer es saber qué es la empatía. Según distintas definiciones de diferentes autores, los puntos en común encontrados y sobre los que vamos a trabajar serían los siguientes:

- Capacidad de comprender los sentimientos de los demás:
 - Capacidad para tomar el rol del “otro”, pudiendo así llegar a conocer y predecir más exactamente sus sentimientos, pensamientos y acciones.
 - Respuestas emocionales vicarias y capacidad de percibir las experiencias emocionales de los demás.

- Capacidad de la persona de dar respuesta a los demás, teniendo en cuenta tanto aspectos cognitivos como afectivos, destacando la importancia de la capacidad de la persona para discriminar entre el propio yo y el de los demás: Respuesta emocional evocada por una situación o estado de los demás.

Atendiendo a estas definiciones, vemos que la empatía se compone de una serie de respuestas cognitivas, motoras y afectivas. Son estas conductas las que vamos a tratar de enseñar a los sujetos. Si aprenden estas conductas, se cumplirían los objetivos propuestos anteriormente para la sesión.

El procedimiento que vamos a utilizar para lograr los objetivos seguirá una estructura de resolución de problemas. Es decir, primero se realizará una identificación del problema, luego se definirá el mismo y por último, se llevará a cabo una búsqueda de alternativas.

Pensamos que esta forma de acercarse a la variable predictora, puede ayudar a los sujetos a ser más conscientes de la misma y a ser capaces de adquirir este tipo de comportamiento.

CONTENIDOS CLAVE

- La **empatía** es una variable predictora del consumo de drogas.
- La empatía se compone de respuestas motoras, cognitivas y afectivas.
- A través del entrenamiento, podemos lograr conocer el estado emocional del “otro”, pudiendo predecir su comportamiento, sus pensamientos ante distintas situaciones, así como ser capaces de responder de la manera más adecuada a su estado emocional.

ACTIVIDADES

1. *Actividad 1:* Identificación de emociones en fotografías.
2. *Actividad 2:* Definición de empatía.
3. *Actividad 3:* Consecuencias de no captar el estado emocional del “otro”.
4. *Actividad 4:* Puesta en común de estas consecuencias.
5. *Actividad 5:* Ejercicio de empatía (Alberto).
6. *Actividad 6:* Consecuencias de la empatía. Recapitulación

MATERIAL

- Hoja 3.1.1. Identificación de emociones
- Hoja 3.1.2. Cuadro de pensamientos, sentimientos y conductas propias y del otro
- Hoja 3.1.3. Empatía
- Hoja 3.1.4. Definición de empatía
- Hoja 3.1.5. Tareas para casa
- Pizarra
- Tizas o rotuladores
- Bolígrafos

DESARROLLO DE LA SESIÓN

ACTIVIDAD 1

Con esta actividad se pretende la identificación de emociones.

El profesor/a reparte a cada alumn@ la hoja 3.1.1., con las fotografías A, B y C. Les dice que han de escribir en el cuadro de la misma hoja, cuáles son los posibles sentimientos de cada uno de los sujetos de las fotografías y qué es lo que pueden estar pensando.

Mientras los alumnos realizan la actividad el profesor/a dibuja en la pizarra un cuadro como el que tienen [ell@s](#) en la hoja 3.1.1.:

	SENTIMIENTOS	PENSAMIENTOS
FOTO A		
FOTO B		
FOTO C		

Cuando l@s alumn@s hayan terminado, se les pide que vayan saliendo a la pizarra a rellenar el cuadro, poniendo lo que ellos han puesto en su cuadro [Si en este tipo de actividades l@s alumn@s tardan demasiado, se puede pedir que lo digan en voz alta y el profesor es quien lo escribe en la pizarra]. Si el profesor/a cree que se puede añadir algo interesante, lo puede escribir también.

Ejemplos de sentimientos y pensamientos para cada una de las fotografías podrían ser los siguientes:

Foto A: Alegría, euforia, felicidad, satisfacción, ilusión, contenta,...
 “Qué alegría, es genial, qué buena noticia, qué gracioso,...”

Foto B: Se siente enfadada, cabreada, enojada, mosqueada,...
 “Es el colmo, esto ya no lo aguanto más, se va a enterar,...”

Foto C: Se siente sorprendida, impresionada, alucinada...
 “¿Y esto?, no me lo puedo creer, esto no me lo esperaba,...”

ACTIVIDAD 2

El profesor/a pregunta a l@s alumn@s:

“¿Qué creéis que estamos intentando observar?”

Se guían las respuestas de l@s alumn@s para llegar a la conclusión de que lo que se intentaba observar es la empatía.

El profesor/a explica muy brevemente a los alumn@s en qué consiste la empatía [un resumen lo encontrarán en la hoja 3.1.4. que se les entregará al final de la sesión]. Para esta explicación el profesor se puede servir de lo siguiente:

“Como habréis visto (o, como habéis dicho) hemos estado identificando las emociones de una persona. Eso forma parte de lo que llaman

EMPATÍA [el profesor/a puede escribir esta palabra en la pizarra], que es la *capacidad de ponerse en el lugar del otro*, pudiendo así llegar a conocer y predecir más exactamente sus sentimientos, pensamientos y acciones. También es la capacidad de las personas de responder de forma coherente a los sentimientos de los demás.

Es decir, es cuando por ejemplo somos capaces de ver si un@ amig@ está triste. Si él/ella está triste, que eso nos afecte. Y que además, le ayudemos a que no esté tan triste.

Tenemos varias formas de identificar esas emociones:

- Una de ellas es fijándonos en la expresión de la cara y del cuerpo. Así, sabemos que una sonrisa significa que está alegre, o el ceño fruncido, que está enfadad@.
 - También podemos imaginar sus sentimientos por sus conductas: llanto, risa, no salir de casa,..
 - También podemos “adivinar” el estado emocional de los otros por la situación por la que están pasando. Así, por ejemplo, si a una persona se le ha muerto un ser querido, podemos intuir que está triste.
- Normalmente todo esto va unido, pero no siempre.”

ACTIVIDAD 3

El profesor/a dirá a l@s alumn@s que ahora se va a analizar lo que pasa o lo que pasaría si no fuésemos capaces de captar el estado emocional de los otros. Para ello, se les pide que rellenen el cuadro de la Hoja 3.1.2. en la que tienen que responder a las preguntas:

“¿Cómo pensaría y sentiría yo, si no fuera capaz de captar el estado emocional de otra persona? ¿Cómo pensaría y sentiría el “otro” al ver que yo soy incapaz de captar su estado emocional?”

[Se trata de que se busquen consecuencias a nivel propio y a nivel del “otro” en dos dimensiones: pensamientos y sentimientos.]

YO		EL “OTRO”	
PENSAMIENTOS	SENTIMIENTOS	PENSAMIENTOS	SENTIMIENTOS

ACTIVIDAD 4

Cuando hayan terminado, el profesor/a preguntará a los alumn@s sus respuestas y las apuntará en la pizarra. Cuando lo haya hecho, llegará a la conclusión de la gran importancia que tiene poder conocer y predecir el estado emocional del otro, por las múltiples razones que se han apuntado en la tabla.

ACTIVIDAD 5

El profesor/a reparte la Hoja 3.1.3. y presenta la siguiente situación:

*Alberto acaba de terminar un examen. Sale de clase con la cabeza ligeramente inclinada hacia abajo y la vista en el suelo. Su paso es lento, aunque no excesivo. Su rostro denota preocupación.

El profesor/a, se dirigirá a los alumnos del siguiente modo:

“Teniendo en cuenta todo lo que hemos visto y aprendido hasta ahora, vamos a responder a las preguntas que vienen a continuación:

¿Qué puede estar pensando Alberto?

¿Cómo creéis que se siente Alberto?”

Cuando los alumnos hayan terminado, el profesor/a preguntará las respuestas. El objetivo no es conseguir una solución “válida”, sino intentar captar el máximo número de estados emocionales. Fomentar la empatía en grado

máximo. Para ello, servirán todas las respuestas que tengan una base lógica, y así lo hará saber el coordinador.

Posibles soluciones serían:

- El examen puede haberle salido mal y está triste.
- Puede haberle salido bien y estar repasando alguna pregunta.
- Puede no saber cómo le ha salido.
- Puede estar preocupado no por el examen sino por la salud de un familiar.

ACTIVIDAD 6

Ahora el profesor plantea a l@s alumn@s:

“Imaginaos que Alberto es vuestro mejor amigo. ¿Qué haríais?¿Qué le diríais?”

[Se esperan respuestas de los alumnos como: “Iría a su lado y le diría que no se preocupase”, “le diría que yo le ayudo para preparar el examen de recuperación”, etc.]

También se les pregunta:

“¿Cómo os sentiríais?¿Os pondríais contentos?¿Os entristecería?”

Después el profesor dice a los alumnos:

“Si hicieseis esas cosas, ¿cómo se sentiría Alberto?¿mejor?¿peor?¿se alegraría de ver que le comprendéis?”

El profesor reúne lo visto y hace un comentario sobre la importancia de la empatía en las relaciones con los otros.

TAREAS PARA CASA

El profesor/a reparte la hoja 3.1.5. y explica las tareas para casa, recordando la importancia de su realización y aclarando las posibles dudas.

Los alumnos deberán responder a las siguientes preguntas:

- ¿Dónde se puede llevar a cabo el comportamiento empático?.
- ¿Qué se conseguiría haciéndolo?.
- ¿Qué personas podrían notar este cambio de comportamiento en ti?
- ¿Cómo crees que puede repercutir este comportamiento en el consumo de drogas?.

	SENTIMIENTOS	PENSAMIENTOS
FOTO 1		
FOTO 2		
FOTO 3		

HOJA 3.1.2.

Instrucciones: Rellena el cuadro.

YO		EL "OTRO"	
PENSAMIENTOS	SENTIMIENTOS	PENSAMIENTOS	SENTIMIENTOS

HOJA 3.1.3. EMPATÍA.

Instrucciones: Lee la siguiente situación y a continuación anota en los recuadros lo que puede estar pensando Alberto y cómo crees que se siente.

Alberto acaba de terminar un examen. Sale de clase con la cabeza ligeramente inclinada hacia abajo y la vista en el suelo. Su paso es lento, aunque no excesivo. Su rostro denota preocupación.

<i>¿QUÉ PUEDE ESTAR PENSANDO ALBERTO?</i>	<i>¿CÓMO SE SIENTE ALBERTO?</i>

HOJA 3.1.4. DEFINICIÓN DE EMPATÍA

1- CAPACIDAD DE CAPTAR EL ESTADO O CONDICIÓN EMOCIONAL DEL “OTRO”:

A- CAPACIDAD DE PONERSE EN EL PELLEJO DEL “OTRO”, PUDIENDO ASÍ LLEGAR A CONOCER Y PREDECIR MÁS EXACTAMENTE SUS SENTIMIENTOS, PENSAMIENTOS Y ACCIONES.

B- RESPUESTAS EMOCIONALES VICARIAS Y CAPACIDAD DE PERCIBIR LAS EXPERIENCIAS EMOCIONALES DE LOS DEMÁS.

2- CAPACIDAD DE LA PERSONA DE DAR RESPUESTA A LOS DEMÁS, TENIENDO EN CUENTA TANTO ASPECTOS COGNITIVOS COMO AFECTIVOS, DESTACANDO LA IMPORTANCIA DE LA CAPACIDAD DE LA PERSONA PARA DISCRIMINAR ENTRE EL PROPIO YO Y EL DE LOS DEMÁS: RESPUESTA EMOCIONAL EVOCADA POR UNA SITUACIÓN O ESTADO DE LOS DEMÁS.

HOJA 3.1.5. TAREAS PARA CASA.

Instrucciones: Responde las preguntas que vienen a continuación teniendo en cuenta lo que se ha tratado en la última sesión:

1- ¿Dónde se puede llevar a cabo el comportamiento empático?

2- ¿Qué se conseguiría haciéndolo?

3- Si te comportases empáticamente a partir de ahora, ¿ qué personas podrían notar este cambio de comportamiento en ti?

4- ¿Cómo crees que puede repercutir este comportamiento en el consumo de drogas?

SESIÓN 2

CONTROL DE LA IMPULSIVIDAD

OBJETIVOS DE LA SESIÓN

- Reflexionar sobre la adecuación o validez de la solución al problema cuando se plantea un elevado grado de incertidumbre de respuesta. Buscar la conciencia de la acción.
- Tomar la decisión más adecuada ante esa situación.

PROCEDIMIENTO Y CONTENIDOS

Distintos estudios han demostrado la relación existente entre la impulsividad como rasgo de personalidad y el consumo de drogas. Las personas con más problemas para controlar sus conductas, tienen una mayor probabilidad de consumir drogas, legales e ilegales.

Quizás, una de las muchas explicaciones a esta relación, sea que, las personas impulsivas, se caracterizan por actuar muchas veces sin tener en cuenta las consecuencias de sus conductas. No son capaces de detenerse a pensar cuáles pueden ser los resultados, las consecuencias de sus acciones. Sin embargo, esto habría que especificarlo algo más. El problema real no se daría en situaciones en las que las pautas de comportamiento están muy claras. Aquí, los sujetos impulsivos, tendrían claro como responder y no les costaría mucho esfuerzo hacerlo correctamente. El problema se presentaría cuando la situación en la que han de responder es ambigua. Cuando el abanico de respuestas es elevado y no está muy claro cuál es la opción correcta. Ante estas situaciones, las personas impulsivas, no suelen analizar bien las posibles soluciones, y suelen escoger alguna rápidamente, sin tener en cuenta las consecuencias de esa conducta, sobre todo, las consecuencias negativas.

Para lograr los objetivos propuestos anteriormente, seguiremos una estructura de desarrollo de la sesión basada en una resolución de problemas. Por ello, habrá una identificación del problema, definición del mismo y búsqueda de alternativas.

A través de las distintas actividades, trataremos de hacer ver a los sujetos qué ocurre cuando nos comportamos de determinada manera ante situaciones con alta incertidumbre de respuesta. Las consecuencias que se van a ver no son sólo externas, sino también a nivel personal. Veremos tanto consecuencias ante conductas inadecuadas como consecuencias ante conductas adecuadas. El objetivo principal, y para el que está diseñado la sesión, será el que ante situaciones cuya respuesta no esté muy clara, los sujetos sean capaces de proponer una serie de alternativas, analizar las posibles consecuencias de cada una, y después, tomar la decisión de escoger una, la más adecuada en base a las consecuencias estudiadas.

Cada una de las actividades propuestas, tiene su lógica dentro del esquema de resolución de problemas.

CONTENIDOS CLAVE

- La variable **impulsividad** como rasgo de personalidad se relaciona con el consumo de drogas.
- La **reflexividad** consiste en aprender a diferenciar qué tipo de comportamientos se pueden dar en una situación con alto grado de incertidumbre y qué consecuencias tendrían estos comportamientos.
- Elección del comportamiento más adecuado.

ACTIVIDADES

1. *Actividad 1:* Ejercicio de toma de decisión.
2. *Actividad 2:* Comportamiento impulsivo y reflexivo. Consecuencias, pensamientos, sentimientos, comportamientos.

3. *Actividad 3:* Puesta en común y definición de impulsividad.
4. *Actividad 4:* Actividad relacionada con el alcohol.
5. *Actividad 5:* Puesta en común

MATERIAL

- Hoja 3.2.1. Comportamiento impulsivo / comportamiento reflexivo.
- Hoja 3.2.2. Definición de impulsividad.
- Hoja 3.2.3. Situación de consumo. Cuadro de análisis.
- Hoja 3.2.4. Tareas para casa.
- Material par alumnos de tareas para casa. Hoja de preguntas.
- Pizarra
- Tizas o rotuladores
- Bolígrafos

DESARROLLO DE LA SESIÓN

ACTIVIDAD 1

El profesora pide a l@s alumn@s que saquen una cuartilla. Les explica que va a leer un texto y que cuando termine han de escribir en el papel qué harían ellos en esa situación, dándoselo al profesor/a lo antes posible.

El profesor/a presenta el siguiente texto:

Para 18 años:

“Vas en coche por la carretera, con un/a amigo/a que conduce. Casi no circulan vehículos, aunque de vez en cuando pasa alguno. Son las 12 de la noche. De repente, al doblar una curva, unos 30 metros más adelante os encontráis un coche que acaba de tener un accidente. El coche está en la cuneta y en el arcén hay una persona tumbada que sangra, aunque no muy abundantemente, por la cabeza. Miráis a vuestro alrededor y no hay ningún coche que se acerque. Estáis a 5 Km. de la siguiente población, donde sabes que hay un hospital”.

“¿Qué es lo que harías?”

Para 16-17 años:

“Estás en un pub con tus amig@s bailando en corro. Al principio casi no hay gente pero poco a poco se empieza a llenar. A vuestro lado se ha puesto un grupo numeroso que no para de dar brincos y molestar. De pronto se empiezan a empujar unos a otros y un@ de ell@s te golpea bruscamente haciéndote daño y tirando tu bebida”

“¿Qué haces?”

Para 14-15 años:

“Estás en el lugar donde te encuentras casi todas las tardes del fin de semana, reunido con tus amigos/as. Cuando estáis hablando tranquilamente se acerca otro grupo y uno/a de ellos comienza a discutir acaloradamente con uno/a de tus amigos/as. De repente, el otro agrede físicamente a tu compañero/a”.

“¿Cuál sería tu comportamiento?”

Individualmente, l@s alumn@s han de escribir en la hoja los comportamientos que llevarían a cabo. Según van terminando, se recogen los resultados, ordenando las respuestas por tiempo tardado en responder (de menor a mayor).

Cuando se hayan recogido, el profesor leerá las respuestas obtenidas en alto y las irá apuntando en la pizarra.

ACTIVIDAD 2

El profesor/a escogerá dos de las soluciones apuntadas en la pizarra: una considerada como comportamiento impulsivo y otra considerada como comportamiento reflexivo. No se comentará nada de que han escogido dos comportamientos diferentes ni su naturaleza. A ser posible, el impulsivo deberá

ser de las primeras respuestas entregadas y el reflexivo de las últimas, haciendo notar verbalmente estos aspectos.

Entonces, *l@s alumn@s*, tendrán que escribir consecuencias positivas y negativas de cada una de las dos opciones. Para ello, rellenarán las tres primeras columnas del cuadro de la Hoja 3.2.1:

COMPORTAMIENTO	CONSECUENCIAS POSITIVAS	CONSECUENCIAS NEGATIVAS	PENSARÍA	SENTIRÍA	ME COMPORTARÍA

Cuando hayan terminado, el profesor/a les explicará que ahora tienen que escribir qué hubieran pensado, qué hubieran sentido y cómo se hubieran comportado después de haberse comportado de las dos formas y viendo las consecuencias positivas y negativas de ambas. Para ello, rellenarán las tres últimas columnas del cuadro anterior.

ACTIVIDAD 3

El profesor/a pondrá en común los resultados de la actividad 2. Para ello irá apuntando en la pizarra y ayudará a *l@s alumn@s* a ver las consecuencias negativas de los comportamientos impulsivos y las consecuencias positivas de los comportamientos reflexivos.

Es importante que se recalque que no hay comportamientos buenos ni malos. Los impulsivos serán aquellos que se han realizado sin tener en cuenta las consecuencias posibles, mientras que los reflexivos serán aquellos en los que sí ha habido una predicción de las consecuencias.

De esta manera, se pretende demostrar que la acción impulsiva puede tener consecuencias no deseadas y por lo tanto ser un comportamiento no adecuado.

El profesor/a leerá la definición de impulsividad que *l@s alumn@s* tienen en la Hoja 3.2.2., explicándola brevemente y respondiendo a posibles dudas de *l@s alumn@s*.

Definición de impulsividad:

1- Tendencia a responder rápidamente a los estímulos sin detenerse a pensar o deliberar sobre la conveniencia o las consecuencias de la realización de la conducta.

2- Tendencia a no reflexionar sobre la adecuación o validez de la solución al problema cuando se plantea un elevado grado de incertidumbre.

Para fomentar la no-impulsividad hay que trabajar la reflexividad.

ACTIVIDAD 4

El profesor/a presenta la situación de la Hoja 3.2.3.:

“Es un sábado por la noche como cualquier otro. Estás con tus amig@s en el parque realizando un botellón, Te lo estás pasando muy bien, y además, está el chic@ que te gusta. Un@ de tus amig@s te dice y te insiste en realizar una apuesta: a ver quién bebe más cantidad de alcohol en 10 minutos”

Sin pensarlo mucho, l@s alumn@s escogen tres posibles comportamientos ante esta situación. De cada uno de ellos apuntarán consecuencias positivas y negativas, y **teniendo eso en cuenta** (esto lo recalca el coordinador), qué pensaríamos, sentiríamos y cómo actuaríamos después de realizar los comportamientos y ver sus consecuencias.

Todo esto l@s alumn@s lo apuntarán en el cuadro de la Hoja 3.2.3.:

COMPORTAMIENTO	CONSECUENCIAS POSITIVAS	CONSECUENCIAS NEGATIVAS	PENSARÍA	SENTIRÍA	ME COMPORTARÍA

--	--	--	--	--	--

ACTIVIDAD 5

Una vez todos hayan terminado, el profesor/a pedirá a un@s cuant@s alumn@s que escojan una de las soluciones que habían escrito. El profesor/a irá apuntando en la pizarra todas las soluciones escogidas haciendo observaciones sobre las semejanzas de las mismas y sobre si realmente son comportamientos reflexivos o no.

TAREAS PARA CASA

El profesor/a explica las tareas que se realizarán para casa, recordando la importancia de su realización y aclarando las posibles dudas.

La Hoja 3.2.4. consta de las siguientes preguntas:

- ¿En qué situaciones se pueden presentar comportamientos impulsivos?
- ¿En qué podría cambiar tu vida realizando comportamientos reflexivos?
- ¿Cómo repercutiría en el consumo de drogas?
- ¿Qué personas podrían notar el cambio producido en ti a partir de la realización de acciones reflexivas?.

*Generalización a situaciones concretas. Se definirá alguna situación real y concreta donde se pueda llevar a cabo un comportamiento reflexivo y se realizará, anotándolo después por escrito.

HOJA 3.2.1. COMPORTAMIENTO IMPULSIVO / COMPORTAMIENTO REFLEXIVO

Instrucciones: Escribe las 2 elecciones del profesor/a sobre lo que se haría en la situación leída, en las casillas de “comportamiento”. A continuación escribe qué consecuencias podría tener cada una de las opciones tanto positivas como negativas. Una vez hayas hecho eso, espera instrucciones del profesor/a.

COMPORTAMIENTO	CONSECUENCIAS POSITIVAS	CONSECUENCIAS NEGATIVAS	<i>PENSARÍA</i>	<i>SENTIRÍA</i>	<i>ME COMPORTARÍA</i>

HOJA 3.2.2. DEFINICIÓN DE IMPULSIVIDAD

1- TENDENCIA A RESPONDER RÁPIDAMENTE A LOS ESTÍMULOS SIN DETENERSE A PENSAR O DELIBERAR SOBRE LA CONVENIENCIA O LAS CONSECUENCIAS DE LA REALIZACIÓN DE LA CONDUCTA.

2-TENDENCIA A NO REFLEXIONAR SOBRE LA ADECUACIÓN O VALIDEZ DE LA SOLUCIÓN AL PROBLEMA CUANDO SE PLANTEA UN ELEVADO GRADO DE INCERTIDUMBRE.

HOJA 3.2.3. SITUACIÓN DE CONSUMO

Instrucciones: Lee la situación y anota en el registro 3 cosas que podrías hacer en esa situación. De cada uno de esos comportamientos escribe a continuación posibles consecuencias positivas y negativas y teniendo eso en cuenta, qué pensarías, qué sentirías y cómo te comportarías.

*“Es un sábado por la noche como cualquier otro. Estás con tus amig@s en el parque realizando un botellón,
Te lo estás pasando muy bien, y además, está el chic@ que te gusta. Un@ de tus amig@s te dice y te insiste en
realizar una apuesta: a ver quién bebe más cantidad de alcohol en 10 minutos”*

COMPORTAMIENTO	CONSECUENCIAS POSITIVAS	CONSECUENCIAS NEGATIVAS	PENSARÍA	SENTIRÍA	ME COMPORTARÍA

HOJA 3.2.4. TAREAS PARA CASA

Instrucciones: Responde a las siguientes preguntas:

- *¿En qué situaciones se pueden dar comportamientos impulsivos?*

- *¿En qué crees que cambiaría tu vida si realizaras comportamientos reflexivos?*

- *¿Crees que si fueras más reflexivo eso repercutiría en el consumo de drogas?*

- *¿Qué personas podrían notar el cambio producido en ti a partir de la realización de estos comportamientos?*

* Define alguna situación real y concreta donde se pueda llevar a cabo un comportamiento reflexivo y realízalo anotándolo después por escrito.

SESIÓN 3

AFÁN DE AVENTURA

OBJETIVOS DE LA SESIÓN

- Identificación de sensaciones “límite”.
- Identificación de actividades a través de las cuales se pueden lograr esas sensaciones “límite”.
- Diferenciar entre esas actividades:
 - adaptativas
 - peligrosas

PROCEDIMIENTO Y CONTENIDOS

Diversas investigaciones han puesto de manifiesto la relación existente entre la búsqueda de sensaciones “límite” y el consumo de drogas. No hemos planteado sin embargo la prohibición de esta búsqueda como factor de prevención para el consumo de drogas (ya que creemos que no tendría ningún efecto positivo, sino incluso negativo) sino que vamos a trabajar sobre las actividades a través de las cuales obtenemos las sensaciones límite, ya que pensamos que es lo que realmente se puede controlar.

Como en otras sesiones, vamos a seguir una estructura de resolución de problemas, haciendo una identificación del problema, definición del mismo y búsqueda de alternativas. Las diversas actividades propuestas, encajarán dentro de este esquema. El desarrollo general de la sesión consistirá en identificar primero cuáles son las sensaciones “límite”. Para ello se ayudará con alguna definición. Para entenderlas mejor, los sujetos deberán describir a nivel motor, fisiológico y cognitivo el efecto que estas sensaciones causan en nosotros.

Cuando se tengan descritas las sensaciones límite, se realizará una discusión sobre la conveniencia de las mismas; es importante que se sepa que no son sensaciones dañinas en sí mismas. A continuación se buscarán situaciones donde se puedan obtener ese tipo de sensaciones viendo aquí que ciertas actividades son perjudiciales. Entonces, se tratará de buscar maneras de lograr estas sensaciones de una forma no peligrosa para nosotros.

CONTENIDOS CLAVE

- Existe una estrecha relación entre búsqueda de **sensaciones “límite”** y consumo de drogas.
- Las sensaciones “límite” no son dañinas en sí mismas, sino ciertas actividades utilizadas para conseguirlas.
- Se pueden obtener ese tipo de sensaciones a través de actividades no peligrosas.

ACTIVIDADES

1. *Actividad 1:* Identificación de sensaciones límite.
2. *Actividad 2:* Discusión sobre la “positividad” de estas sensaciones.
3. *Actividad 3:* Ejercicio búsqueda de actividades y situaciones donde se den estas sensaciones.
4. *Actividad 4:* Búsqueda de consecuencias de actividades de riesgo.
5. *Actividad 5:* Búsqueda de actividades alternativas.
6. *Actividad 6:* Puesta en común.

MATERIAL

- Hoja 3.3.1. Sensaciones límite y niveles de respuesta
- Hoja 3.3.2. Consecuencias de actividad de riesgo
- Hoja 3.3.3. Consecuencias de actividad alternativas
- Hoja 3.3.4. Tareas para casa
- Pizarra

- Tiza o rotuladores
- Bolígrafos

DESARROLLO DE LA SESIÓN

ACTIVIDAD 1

El profesor/a reparte a l@s alumn@s la Hoja 3.3.1. y les pide que rellenen la primera columna respondiendo a la pregunta:

“¿Qué sensaciones considerarías que se pueden catalogar como límite?” Han de nombrarlas. [Por límite entenderíamos: Muy excitantes, muy placenteras, con gran activación fisiológica y que llaman poderosamente la atención.]

Para ello, rellenarán la primera columna de la tabla siguiente:

SENSACIÓN LIMITE	¿QUÉ PIENSO?	¿QUÉ SIENTO?	¿CÓMO ACTÚO?

Una vez l@s alumn@s hayan identificado cuáles son estas sensaciones, el profesor/a les pide que identifiquen qué es lo que ocurre en nosotr@s cuando se dan estas sensaciones. Identificarlo:

- A nivel cognitivo, de pensamientos.
- A nivel fisiológico.
- A nivel motor, los comportamientos que se dan.

Para ello, rellenarán las otras tres columnas del cuadro.

ACTIVIDAD 2

El profesor/a apuntará en la pizarra las sensaciones encontradas por l@s alumn@s, así como todo lo que ocurre en nosotros a nivel cognitivo, fisiológico y motor. Entonces realizará un debate sobre la “positividad” de estas sensaciones, es decir, si son positivas o, por el contrario, son negativas para la persona.

El profesor/a guiará el debate hasta llegar a la conclusión de que esas sensaciones no tienen porqué ser dañinas, si la forma de conseguirlas es controlada por el propio sujeto.

ACTIVIDAD 3

Se tratará de buscar situaciones donde los sujetos experimenten dichas sensaciones. Para ello se pide a l@s alumn@s que busquen situaciones de la vida real, actividades, etc., en las que persigan este tipo de sensaciones.

Pueden salir actividades como las siguientes:

- * Hacer deportes de riesgo: escalada, esquí, puenting...
- * Hacer deportes convencionales: fútbol, baloncesto, correr...
- * Yoga
- * Montar en una montaña rusa
- * Conducir a 180 km/h, correr un encierro, etc.

ACTIVIDAD 4

El profesor/a preguntará a distintos sujetos las situaciones que han encontrado, apuntándolas en la pizarra.

El profesor/a selecciona las situaciones de riesgo y plantea la siguiente exposición:

“Habíamos llegado a la conclusión de que estas sensaciones no tenían por qué ser dañinas por sí mismas. Vamos a ver qué ocurriría al realizar estas actividades (las seleccionadas por el coordinador) para obtener las sensaciones “límite”. Para ello, vamos a determinar las consecuencias positivas y negativas que podrían ocurrir al llevar a cabo las actividades seleccionadas”.

Se rellena la Hoja 3.3.2.

Cuando l@s alumn@s hayan terminado, el profesor/a les preguntará los resultados a los que han llegado y los apuntará en la pizarra. Realizará un breve debate, guiándolo hasta concluir que no merecen la pena estas actividades por ser peligrosas.

Plantea entonces la siguiente cuestión:

“Al que le gusten este tipo de sensaciones (y visto que no son inadecuadas per se), ¿tendría que quedarse sin ellas o realizar actividades peligrosas para conseguirlas?”

A la pregunta formulada, la discusión se dirige hasta llegar a la conclusión de que es posible obtener estas sensaciones a través de actividades no peligrosas.

ACTIVIDAD 5

En grupos de 3-4 personas, l@s alumn@s han de elegir alguna actividad que no sea de riesgo en la que se puedan experimentar las mismas sensaciones fisiológicas, los mismos pensamientos y las mismas acciones que las catalogadas como “sensaciones límite”. Puede ser de las anotadas en la pizarra u otra que se les ocurra.

Han de escribir esa situación o actividad en la Hoja 3.3.3. y se les pedirá que obtengan las consecuencias positivas y negativas de estas nuevas actividades.

ACTIVIDAD 6

Se pondrán en común las consecuencias positivas y negativas obtenidas por los alumnos y el coordinador guiará un breve debate, comparando las consecuencias de las actividades consideradas como peligrosas y las actividades consideradas como no peligrosas, llegando a la conclusión de la adaptabilidad de estas últimas en relación con las primeras.

TAREAS PARA CASA

El profesor/a explica brevemente la tarea que han de realizar en el período intersecciones, que se encuentra en la Hoja 3.3.4. en la que vienen las instrucciones siguientes:

Instrucciones: Como se ha visto en la sesión hay ciertas sensaciones que se pueden obtener de diversas maneras, unas peligrosas y dañinas para la salud y otras positivas o neutras para la salud y la adaptación del individuo; ambas llevando consigo una sensación placentera y/o excitante.

La tarea de esta semana consiste en analizar las consecuencias que pueden tener las siguientes actividades. Cada par de actividades tiene una sensación “límite” similar pero unas posibles consecuencias muy distintas.

CONSECUENCIAS DE...	
TOMARSE UN TRIPI	VER UNA PELÍCULA EN 3D

CONSECUENCIAS DE...	
HACER ALPINISMO SIN ARNÉS	MONTAR EN UNA MONTAÑA RUSA

HOJA 3.3.1. SENSACIONES LÍMITE Y NIVELES DE RESPUESTA

Instrucciones: Anota lo que tú consideras que es una sensación límite (todas las que se te ocurran) en la casilla correspondiente. Luego espera instrucciones del profesor/a.

SENSACIÓN “LÍMITE”	<i>¿QUÉ ES LO QUE PIENSO?</i>	<i>¿QUÉ ES LO QUE SIENTO?</i>	<i>¿CÓMO ACTÚO?</i>

HOJA 3.3.2. CONSECUENCIAS DE ACTIVIDAD DE RIESGO

Instrucciones:

TIPO DE ACTIVIDAD	CONSECUENCIAS POSITIVAS	CONSECUENCIAS NEGATIVAS

HOJA 3.3.3. CONSECUENCIAS DE ACTIVIDAD ALTERNATIVA

Instrucciones:

TIPO DE ACTIVIDAD	CONSECUENCIAS POSITIVAS	CONSECUENCIAS NEGATIVAS

HOJA 3.3.4. TAREAS PARA CASA

Instrucciones: Como se ha visto en la sesión hay ciertas sensaciones que se pueden obtener de diversas maneras, unas peligrosas y dañinas para la salud y otras positivas o neutras para la salud y la adaptación del individuo; ambas llevando consigo una sensación placentera y/o excitante.

La tarea de esta semana consiste en analizar las consecuencias que pueden tener las siguientes actividades. Cada par de actividades tiene una sensación “límite” similar pero unas posibles consecuencias muy distintas.

CONSECUENCIAS DE...	
TOMARSE UN TRIPI	VER UNA PELÍCULA EN 3D

CONSECUENCIAS DE...	
HACER ALPINISMO SIN ARNÉS	MONTAR EN UNA MONTAÑA RUSA

INTRODUCCIÓN AL MÓDULO

PLANTEAMIENTO Y JUSTIFICACIÓN

El grupo de iguales es uno de los determinantes fundamentales en el desarrollo del adolescente y su socialización. Los amigos y compañeros crean normas de conducta que informan a los adolescentes de cómo han de comportarse ante distintas situaciones. En esta etapa los adolescentes están pasando por un periodo en el que las fuerzas sociales y biológicas guían al joven hacia la formación de su identidad, de forma independiente a los padres.

La justificación a este módulo la encontramos en los múltiples estudios que han constatado cómo el grupo de iguales es uno de los factores que pueden proteger o poner en riesgo al adolescente frente al consumo de drogas, puesto que los compañeros actúan como modelos a seguir. Se ha encontrado que la asociación durante la adolescencia con iguales que consumen drogas es un potente predictor del consumo de las mismas; además, cuanto mayor sea el grado de intimidad que se tenga en la relación con los amigos consumidores, es decir, cuanto más fuerte sea la implicación emocional con respecto al grupo, mayor es el riesgo, frente a si se mantienen relaciones más superficiales.

Con presión del grupo de iguales se hace referencia a las distintas formas que utilizan los miembros de un grupo para que un individuo del mismo adapte su comportamiento e ideas al criterio de los demás.

Para hacer frente y resistir esa presión de forma adecuada así como para tener un comportamiento adaptativo es necesario que los adolescentes tengan una serie de habilidades que se han denominado habilidades sociales y que incluyen algunas habilidades simples como hacer un cumplido y otras más complejas como decir “no” a un amigo ante una demanda suya de forma que no se enfade.

En muchas ocasiones los individuos que consumen drogas pueden ser habilidosos en otras situaciones, pero simplemente puede que no sean capaces de resistir la presión de los iguales para la ingesta de drogas y su déficit de habilidades puede limitarse a una falta de asertividad frente a esa coerción.

La asertividad, exponente máximo de las habilidades sociales, se define como la capacidad de autoafirmar los propios derechos e ideas, sin dejarse manipular y sin manipular a los demás. La persona asertiva, en definitiva, es la que sabe decir “no”, mostrar su postura hacia algo y reaccionar ante un ataque.

Al ayudar a los adolescentes a que adquieran un comportamiento asertivo, favorecemos un aumento de la autoestima así como en general un aumento del bienestar del individuo al repercutir no sólo a nivel personal sino de forma positiva también en sus relaciones con los demás.

OBJETIVOS GENERALES

- Identificar y comprender la presión que ejerce el grupo de iguales, y la importancia de la misma en nuestros pensamientos, en cómo nos sentimos y en cómo nos comportemos.
- Dotar a los sujetos de estrategias para responder frente a la persuasión de una forma operativa.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar tácticas de persuasión del grupo de iguales.
- Analizar consecuencias de ceder a las demandas de los demás o mantener nuestra postura.
- Aprender a establecer de una forma adecuada límites en respuesta a la presión.
- Diferenciar los comportamientos agresivo, asertivo y pasivo.
- Dotar a los sujetos de una habilidad social fundamental: la asertividad.

SESIÓN 1

PRESIÓN DEL GRUPO DE IGUALES

OBJETIVOS DE LA SESIÓN

- Identificar tácticas de persuasión y comprender la influencia que ejerce el grupo de iguales.
- Desarrollo y práctica de estrategias para el establecimiento de límites.

PROCEDIMIENTO Y CONTENIDOS

En esta sesión se plantea cómo el grupo influye en las personas haciéndolas decir o hacer cosas que individualmente no dirían o harían sin esa situación de grupo. Esa presión social hay que tener en cuenta que puede ser explícita o implícita.

Para la consecución de los objetivos planteados se llevan a cabo las siguientes actividades:

En primer lugar, se lleva a cabo un juego que ilustra de una forma clara a qué nos referimos cuando hablamos de presión del grupo de iguales. Con este juego se logra que se genere esa situación de presión en la clase, durante el juego, para así poder identificar de una forma clara aquello sobre lo que luego se va a trabajar.

Por medio de una pregunta se intentará guiar a los alumnos hacia la identificación y listado de las formas más corrientes de presión que ejercemos en la vida diaria sobre otras personas a fin de conseguir cosas de ellas. Después se les da un feedback, mostrándoles algunas de las formas de persuasión recogidas en un cuadro.

A continuación se analiza una situación en la que se da presión de un igual relacionada con las drogas y se le dan pautas para resistirse a la misma. Mediante un

juego de roles ensayan formas de no ceder a la presión, analizando posteriormente las consecuencias de esa conducta.

Para finalizar la sesión se responderá a una serie de preguntas acerca de la implicación que puede tener en sus vidas la puesta en práctica de lo aprendido en la sesión y se explica la tarea para casa que consiste en analizar una situación en la que se dé presión del grupo de iguales.

CONTENIDOS CLAVE

- Con **presión del grupo de iguales**, hacemos referencia a las distintas formas que utilizan los miembros de un grupo para que uno de los individuos adapte su comportamiento al criterio de los demás.
- **Poner límites** implica no conformarse con las normas del grupo y acatarlas por la presión que ejercen, sino tener unos criterios propios, asentados en una escala de valores y actuar conforme a los mismos, sin dejarse influir.

ACTIVIDADES

1. *Actividad 1*: “Las mil y una manchas de color”. Juego sobre presión del grupo de iguales.
2. *Actividad 2*: Explicación de a qué nos referimos con “presión del grupo de iguales”.
3. *Actividad 3*: Listado de las formas de persuasión que se utilizan de forma más común.
4. *Actividad 4*: Identificación de pensamientos, sentimientos, conductas y consecuencias.
5. *Actividad 5*: Identificación de formas de persuasión.
6. *Actividad 6*: Role playing. Identificación de pensamientos, sentimientos, conductas y consecuencias.
7. *Actividad 7*: Puesta en común.

MATERIAL

- Lámina con diversas manchas de colores (sólo para el profesor/a).
- Hoja 4.1.1. Formas de persuasión más utilizadas.
- Hoja 4.1.2. Diálogo y registro.
- Hoja 4.1.3. Registro.
- Hoja 4.1.4. Tareas para casa.
- Papel
- Bolígrafo, rotulador o lápiz.
- Pizarra.
- Tizas.

DESARROLLO DE LA SESIÓN

ACTIVIDAD 1

El profesor informa a los alumnos de que se les va a enseñar una lámina con diversas manchas de colores en la que han de fijarse bien. Durante medio minuto el profesor muestra a los alumnos dicha lámina y luego la retira de modo que no la puedan ver.

A continuación pide a los alumnos que en silencio escriban en un papel el número de manchas que han creído ver.

Una vez todos los sujetos lo hayan escrito, el profesor/a pregunta:

“¿Cuántas manchas habéis creído ver?”.

Según los números que el profesor oiga, pregunta si alguien ha creído ver menos del número menor que haya oído o más del número mayor que haya oído, de modo que pueda saber qué personas refieren haber visto “el mayor” y “el menor” número de manchas. Esas dos personas tendrán que intentar convencer al grupo durante 10 minutos de sus posturas, para dar una respuesta grupal. [Se les puede decir: “Bueno, ahora quiero que entre todos me deis un solo número como respuesta. A las personas del

“mayor” y el “menor” número se les dice que intenten convencer al grupo de sus posturas]

Una vez han dado la respuesta, el profesor/a mostrará de nuevo la lámina con las manchas de color e indicará el número de manchas correcto.

El profesor/a les explica como se ha deformado la apreciación personal por efecto de que sus compañeros intentaran convencerles de sus posturas.

Se les preguntará a qué queremos hacer referencia con éste ejercicio.

ACTIVIDAD 2

Se les dará una explicación de lo que entendemos por presión del grupo de iguales.

ACTIVIDAD 3

El profesor/a basándose en lo anterior les preguntará a los alumnos cuáles creen que han sido los argumentos utilizados por sus compañeros para convencerles, y se pondrán en común.

A continuación se les preguntará cuáles creen que son las formas de persuasión más utilizadas en la vida diaria, y se registrarán a modo de lluvia de ideas en la pizarra, se les intentará guiar hacia los modos de persuasión más utilizados (que tenemos registrados en la hoja).

Se hará entrega a los alumnos de la Hoja 4.1.1. con las distintas formas de persuasión en la vida diaria.

FORMAS DE PERSUASIÓN MÁS UTILIZADAS

- **ADULAR** (Ej: “Con lo que tú sabes, no te costará nada hacerme los deberes”).
- **RAZONAMIENTO LÓGICO** (Ej: “Ya que te atraen las actividades que realizamos, deberías apuntarte a nuestra organización”).
- **APELAR A LA AUTORIDAD** (Ej: “Debes hacer los deberes porque te los manda el profesor”).
- **PROMETER RECOMPENSAS O HACER REFERENCIA A CASTIGOS FUTUROS** (Ej: “Si apruebas te dejaremos ir de acampada. Si no lo haces te pasarás el verano estudiando”).
- **PERSISTENCIA** (Ej: “Venga, ven con nosotros. Di que sí. Venga. Vamos, ánimo, vente.”)
- **UTILIZACIÓN DE LA CULPA** (Ej: “Debes venir a jugar el partido del domingo, sino, seguro que perdemos”).

ACTIVIDAD 4

El profesor elige a dos alumnos para la lectura del siguiente diálogo, en el que uno de los personajes intenta persuadir al otro de que lleve a cabo una conducta inadecuada. Cada alumno/a tiene los cuadros en la Hoja 4.1.2.

*Carlos y Ana han quedado en Moncloa, cuando se juntan se saludan
Y luego Ana le dice a Carlos:*

ANA: Bueno, qué, ¿nos vamos a tomar un cubata?

*CARLOS: ¡A ti se te va la pinza! Vamos a tomar un café y así nos
sentamos tranquilitos y charlamos, que te tengo que contar un montón
de historias.*

*ANA: Cuéntame lo que quieras, pero vamos a tomarnos una copa, que sé
que eres un tío enrollado.*

CARLOS: Pero tía, que es martes.

*ANA: Eres un muermo, si me dices que no has venido a tomarte algo, te
doy, porque hubiera quedado entonces con Raquel y Marta y nos lo
hubiéramos pasado genial.*

CARLOS: Desde luego... venga vamos, pero luego me llevas tú a mi casa.

Después de leer el diálogo, se pide a los alumnos que rellenen el siguiente cuadro, poniendo qué creen que ha pensado Carlos, cómo se ha sentido, cómo se ha comportado finalmente y qué consecuencias puede tener esa conducta.

¿Qué ha pensado Carlos?	¿Cómo se ha sentido?	¿Qué ha hecho?	¿Qué consecuencias puede tener lo que ha hecho?

ACTIVIDAD 5

El profesor/a comenta:

“Bueno, muy bien. Supongo que os habréis dado cuenta de los métodos que Ana ha utilizado para presionar y convencer a Carlos de que se fueran a tomar unas copas.

¿Alguien me puede decir alguno? Podéis fijaros en la hoja que tenéis sobre las formas de persuasión más utilizadas y añadir otras que no estén ahí”

[Ayudarles a que salgan por lo menos:

- Persistencia
- Adulación
- Utilización de la culpa]

A continuación se dice a l@s alumn@s:

“Como habéis visto, a veces decimos o hacemos cosas que no deseamos decir o hacer porque pensamos que si no lo hacemos nos van a rechazar, o vamos a decepcionar, pero eso a largo plazo no es bueno para nosotros. Hay diversas maneras de hacer frente a esa presión “saliéndonos con la nuestra” y haciendo lo que deseamos o lo que más nos conviene. Para ello es importante:

- Que tengáis claro qué es lo que pensáis acerca de un tema o un comportamiento
- Que comparéis vuestra postura y la/s de la/s otra/s persona/s
- Que analicéis las consecuencias de ceder o no a la presión
- Que le comunicéis a la otra persona vuestra decisión, las razones, y que no vais a cambiar de opinión digan lo que digan
- Podéis ofrecerles buenas alternativas a los compañeros”

ACTIVIDAD 6

El profesor elige a otros dos alumnos para que representen de nuevo a Carlos y a Ana. Ana debe proponer lo mismo que antes e intentar en un principio que Carlos ceda. Carlos ha de mantenerse firme y no ceder a las demandas de Ana. Ana al final renuncia a seguir intentando persuadirle.

Cuando hayan terminado el rol playing, se pide a todos los alumnos que rellenen el siguiente registro de la Hoja 4.1.3. anotando qué ha pensado Carlos ahora, cómo se ha sentido, qué ha hecho finalmente y qué consecuencias tendrá haber puesto esos límites.

¿Qué ha pensado Carlos?	¿Cómo se ha sentido?	¿Qué ha hecho?	¿Qué consecuencias puede tener comportarse de esa forma?

ACTIVIDAD 7

Una vez los alumnos han terminado se hace una puesta en común incidiendo fundamentalmente en las diferencias entre los pensamientos, sentimientos,

comportamientos de Carlos y las consecuencias cuando se deja persuadir y cuando pone límites y no cede a las demandas de Ana.

Se debate también si creen que el resistirse a la persuasión poniendo límites cambia en algo la forma de relacionarse con las personas del entorno, padres, amigos, compañeros... y si creen que el hecho de resistirse a la persuasión ayuda a no verse involucrado en situaciones problemáticas.

TAREAS PARA CASA

El profesor explica las tareas que realizarán para casa, recordando la importancia de su realización y aclarando las posibles dudas.

Han de rellenar el registro de la Hoja 4.1.4. poniendo una situación que hayan vivido durante la semana en la cual se haya dado presión del grupo de iguales (del grupo de amigos/as o compañeros/as), anotando qué pensó, cómo se sintió en ese momento, qué hizo y cuáles fueron las consecuencias de actuar de esa manera.

MANCHAS DE COLORES

--

HOJA 4.1.1. FORMAS DE PERSUASIÓN MÁS UTILIZADAS.

- **ADULAR** (Ej: “Con lo que tú sabes, no te costará nada hacerme los deberes”).

- **RAZONAMIENTO LÓGICO** (Ej: “Ya que te atraen las actividades que realizamos, deberías apuntarte a nuestra organización”).

- **APELAR A LA AUTORIDAD** (Ej: “Debes hacer los deberes porque te los manda el profesor”).

- **PROMETER RECOMPENSAS O HACER REFERENCIA A CASTIGOS FUTUROS** (Ej: “Si apruebas te dejaremos ir de acampada. Si no lo haces te pasarás el verano estudiando”).

- **PERSISTENCIA** (Ej: “Venga, ven con nosotros. Di que sí. Venga. Vamos, anímate, vente.”)

- **UTILIZACIÓN DE LA CULPA** (Ej: “Debes venir a jugar el partido del domingo, sino, seguro que perdemos”).

HOJA 4.1.2. DIÁLOGO Y REGISTRO

*Carlos y Ana han quedado en Moncloa, cuando se juntan se saludan
Y luego Ana le dice a Carlos:*

ANA: Bueno, qué, ¿nos vamos a tomar un cubata?

*CARLOS: ¡A ti se te va la pinza! Vamos a tomar un café y así nos
sentamos tranquilos y charlamos, que te tengo que contar un montón
de historias.*

*ANA: Cuéntame lo que quieras, pero vamos a tomarnos una copa, que sé
que eres un tío enrollado.*

CARLOS: Pero tía, que es martes.

*ANA: Eres un muermo, si me dices que no has venido a tomarte algo, te
doy, porque hubiera quedado entonces con Raquel y Marta y nos lo
hubiéramos pasado genial.*

CARLOS: Desde luego... venga vamos, pero luego me llevas tú a mi casa.

Instrucciones: Después de leer el diálogo, anota en el siguiente registro lo que crees que ha pensado Carlos, cómo crees que se habrá sentido, cuál ha sido su comportamiento en la situación y qué consecuencias puede tener el haber cedido a la petición de Ana.

¿Qué ha pensado Carlos?	¿Cómo se ha sentido?	¿Qué ha hecho?	¿Qué consecuencias puede tener lo que ha hecho?

HOJA 4.1.3. REGISTRO.

Instrucciones: Después de ver a vuestros compañeros representando a Ana y Carlos, anota en los cuadros correspondientes qué crees que pensaba Carlos en la situación, cómo se estaba sintiendo, qué es lo que ha hecho respecto a la propuesta de Ana y qué consecuencias puede tener lo que ha hecho.

¿Qué ha pensado Carlos?	¿Cómo se ha sentido?	¿Qué ha hecho?	¿Qué consecuencias puede tener comportarse de esa forma?

HOJA 4.1.4. TAREAS PARA CASA.

Instrucciones: Durante esta semana surgirán numerosas situaciones en las que algún amigo o compañero (o el grupo de amigos o compañeros completo) intenten persuadirte de que hagas algo, digas algo o pienses de determinada manera que no quieres o no te interesa. Anota una de esas situaciones en el recuadro “situación” y anota también qué pensaste, cómo te sentiste y qué hiciste ante esa situación y cuáles fueron las consecuencias de actuar de esa manera.

SITUACIÓN		
------------------	--	--

¿QUÉ PENSASTE?	¿QUÉ SENTISTE?	¿QUÉ HICISTE?
-----------------------	-----------------------	----------------------

CONSECUENCIAS

SESIÓN 2

ASERTIVIDAD

OBJETIVOS DE LA SESIÓN

- Diferenciar los comportamientos agresivo, asertivo y pasivo.
- Aprender a responder asertivamente ante situaciones sociales como peticiones o críticas
- Aprender y practicar técnicas asertivas: banco de niebla, interrogación negativa, disco rayado y aserción negativa.

PROCEDIMIENTO Y CONTENIDOS

En la sesión anterior se vieron las distintas formas de persuasión que pueden utilizar los compañeros y la influencia que puede ejercer el grupo de iguales y se comenzaron a desarrollar estrategias para el establecimiento de límites. Como se veía en la introducción al módulo la asertividad es el máximo exponente de las habilidades sociales y por tanto una forma de hacer frente a la presión del grupo de iguales así como a otras situaciones de la vida cotidiana. Dada la importancia que esta habilidad tiene a la hora de hacer frente por ejemplo al rechazo de drogas ante el ofrecimiento por alguno de los amigos, esta sesión ha sido incluida en el programa y se trabajará del modo siguiente:

Se pone a los alumnos en una situación de demanda ante la que han de responder analizando a continuación las consecuencias que eso puede conllevar. A continuación se establecen diferencias entre los comportamientos pasivo, agresivo y asertivo.

Se trata también de hacer frente a la presión social intentando hacer ver a los alumnos la necesidad de saber afrontar una crítica de forma adecuada, con la capacidad, el equilibrio y la madurez suficientes mostrándoles cómo las distintas formas que

tengamos de afrontarla nos pueden llevar a muy diferentes consecuencias a corto y largo plazo. Se explicarán a los alumnos las distintas técnicas asertivas que nos son útiles a la hora de afrontar una crítica: aserción negativa, banco de niebla, disco rayado e interrogación negativa.

CONTENIDOS CLAVE

- Las **habilidades sociales** han sido definidas como la conducta socialmente habilidosa emitida por un individuo en un contexto interpersonal que expresa los sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de este individuo de un modo adecuado a la situación, respetando esa conducta en los demás, y que generalmente resuelve los problemas inmediatos de la situación mientras minimiza la probabilidad de futuros problemas.
- La **asertividad** se constituye de dos elementos: tomar uno sus propias decisiones respecto a lo que ha de hacer, y llevarlas a la práctica pese a la oposición o las prácticas sociales.

ACTIVIDADES

1. *Actividad 1:* Situación de demanda.
2. *Actividad 2:* Comportamiento pasivo, agresivo y asertivo.
3. *Actividad 3:* Situación de crítica y técnicas asertivas.

MATERIAL

- Hoja 4.2.1. ¿Cómo te comportas?
- Hoja 4.2.2. ¿Qué consecuencias tiene su actuación?
- Hoja 4.2.3. Comportamiento.....
- Hoja 4.2.4. Ventajas de aprender a decir “no”
- Hoja 4.2.5. Críticas ¿cómo reaccionamos?
- Hoja 4.2.6. Técnicas asertivas
- Hoja 4.2.7. Tareas para casa

DESARROLLO DE LA SESIÓN

ACTIVIDAD 1

El profesor/a reparte la Hoja 4.2.1. y explica a los alumnos la actividad. Ésta consiste en que se imaginen la siguiente situación:

Has ido al cine con algún/a amigo/a más, llevas esperando en la cola para coger las entradas una hora ya que es un estreno. Entonces aparece un compañero o compañera de clase y te ve en los primeros puestos de la gran cola. Entonces se acerca y te dice: “¡Oye! ¿Por qué no me dejas colarme? Así podríamos sentarnos juntos”. A ti no te gusta la idea de que se cuele

¿Qué haces?¿Qué le dices?

La situación puede leerse en voz alta por el profesor/a, por un/a alumn@ o individualmente en voz baja. Una vez se haya leído, se pide a los alumnos que rellenen el cuadro de la Hoja 4.2.1. respondiendo a las cuestiones ¿Qué haces?¿Qué le dices?

Cuando los alumnos hayan acabado se les pide que den la vuelta al folio situándose en la Hoja 4.2.2. En dicha hoja han de escribir qué consecuencias tendría o podría tener su actuación. Esas consecuencias podrían ser *a nivel personal*, por ejemplo: me siento fatal porque he cometido una injusticia; *a nivel interpersonal*, por ejemplo: el compañero va a saber que no puede manipularme porque no me dejo convencer si no quiero; *a nivel social*, por ejemplo: los que están en la fila me insultan. Dichas consecuencias pueden ser tanto positivas como negativas.

ACTIVIDAD 2

Una vez l@s alumn@s hayan terminado, se dice:

“Las respuestas que cada uno de vosotros hayáis dado se pueden asimilar a una de las tres formas en que se puede responder. En la Hoja 4.1.3. (se les entrega)

vienen esas tres formas de responder al ejemplo que hemos visto. Leerlas y elegir la que más se parezca a vuestra forma de actuar”

[Se dejan un par de minutos para que las lean]

“Supongo que todos os sentiréis identificados con una de ellas. Ahora vamos a comentarlas.

¿Qué os parece la primera?”

[Se fomenta que los **chic@s** hablen y se remarca lo que haga referencia a las consecuencias negativas de dicha actuación]

Luego se les dice: “A eso se le llama comportamiento pasivo. Cuando uno actúa de forma pasiva no se expresa a sí mismo, se comporta como un ratón. Deja que los demás le manden, le digan lo que tiene que hacer y, por lo general, no defiende sus propios derechos. Generalmente, sus necesidades, opiniones o sentimientos son ignorados, y puede que los otros se aprovechen de él.”

“¿Y la segunda forma de comportarse?¿Os parece la más adecuada?”

[Como con la pregunta anterior se lleva a los alumnos a encontrar los aspectos negativos de comportarse de ese modo]

A continuación se explica: “ Esta forma de comportarse se llama agresiva y a se encuentra en el otro extremo de la pasiva. Las personas que se comportan de este modo con regularidad suelen ser mandones e intimidan a los demás. Critican a los demás chicos/as y los humillan. Sólo se preocupan por conseguir lo que ellos desean y cuando ellos quieren. Rara vez se preocupan por los sentimientos de los demás y, con frecuencia, se meten en líos o peleas. **Est@s chic@s** tienden a aprovecharse injustamente de los demás y, generalmente, tienen muy pocos amigos de verdad.”

“Queda claro, pues, que tanto el comportamiento pasivo como el agresivo no son la mejor forma de relacionarse con los demás. Estos dos comportamientos conducen, bien a resultar heridos (ratones), bien a herir a los demás (tigres). Parece obvio que ni los unos ni los otros son felices; los tigres tienen que ser duros, mientras que los ratones se tienen que esconder continuamente. Existe, no

obstante, otro comportamiento, que es el correcto, es el comportamiento asertivo, que es el del tercer ejemplo de la hoja que os he entregado.”

“La palabra asertividad se refiere a comportarse tal y como uno es, ni como ratón ni como tigre. Es decir, ser asertivo significa dejar que los demás sepan lo que sientes y piensas, de una forma que no les ofenda y que al mismo tiempo te permita expresarte. Puedes reconocer y respetar los sentimientos, opiniones y deseos de los demás de una forma que no te impongas y que no permitas que los demás se aprovechen de ti. También significa defender tus propios derechos e intentar siempre ser honrado, justo y sincero. Ser asertivo no es sólo una cuestión de “buenas maneras”, es una forma de comportarse ante los demás de modo que les permites conocer tus sentimientos e ideas sin atropellar o ignorar las suyas. El ideal sería que todos nosotros actuáramos de forma asertiva, en lugar de actuar como ratones o tigres, así pocas veces nos pelearíamos, perderíamos amigos o sentiríamos miedo de estar con los demás.”

“En la Hoja 4.2.4. vienen explicadas las ventajas de aprender a decir “no” y los inconvenientes de no aprender a decir “no”. Podéis echarles un vistazo.”

ACTIVIDAD 3

En lo que hemos hecho hasta ahora hemos visto formas de comportarnos ante demandas de otras personas, pero hay muchas situaciones en la vida cotidiana que pueden resultar problemáticas si no les hacemos frente de un modo adecuado. Un ejemplo son las críticas, ante las cuales podemos reaccionar de las tres formas vistas en las actividades anteriores: pasivamente, agresivamente o asertivamente. Se tratará de dotar a los sujetos de estrategias o forma de actuar asertivamente. Para ello les pondremos ante una situación de crítica para que espontáneamente digan cómo actuarían, después se evalúa y a continuación se les ponen ejemplos de cómo se podría actuar en esa situación.

Se pide a los alumnos que lean la situación de la hoja 4.2.5. y que escriban cómo reaccionarían.

Estás con un amig@ charlando tranquilamente y te dice lo siguiente:

_ Ti@ eres un/a borde de mucho cuidado. No me extraña que la gente se enfade a veces contigo.

¿Qué le dices? ¿Cómo reaccionas?

Cuando lo hayan escrito se pone en común. Se pide a algun@ de los alumn@s que diga lo que ha puesto y se pregunta a los demás si esa forma de actuar es adecuada o no y por qué, si se podría reaccionar de otra manera y cómo. Una vez se haya comentado, se les da la Hoja 4.2.6. donde vienen técnicas asertivas. Se les va explicando brevemente la técnica mientras la leen y se les pide que la utilicen en el ejemplo visto y alguien lo diga en voz alta. En la página que viene a continuación se incluye la hoja del alumno y un ejemplo de cómo utilizar la técnica en el ejemplo visto:

TÉCNICAS ASERTIVAS

**** INTERROGACIÓN NEGATIVA** Consiste en suscitar mediante preguntas la formulación de críticas, obligando a nuestro interlocutor a dar más información y más específica.

- **Objetivo:**
Agotar la crítica si es manipulativa.
Enriquecernos con ella si está justificada.
- **Ej:** “¿Qué hay de malo en...?”
“¿Qué quieres decir con...?”
“¿A que te refieres exactamente...?”
“¿Podrías explicarme mejor...?”
“¿En que cosas te parece que...?”
- **Ejemplo de la actividad:**
“¿Qué quieres decir con que soy un/a borde?”
“¿Podrías explicarme a qué te refieres con borde?”
“¿En qué te parece que soy borde?¿Cuándo?”

**** ASERCIÓN NEGATIVA** Técnica para enfrentarnos y aceptar nuestros errores o aquellos que los demás nos señalan como tales, de una manera asertiva, sin justificarnos, disculparnos o sentirnos culpables.

- **Ej: Juan:** “Creo que deberías tratar a tu hermano pequeño un poco mejor, date cuenta que para él tu eres una persona muy importante y se va a fijar en todo lo que tu hagas e intentará seguir tus pasos”.

Oscar: “Tienes razón, tengo una gran responsabilidad con él, debería prestarle más atención cuando se dirige a mí.”

- Ejemplo de la actividad:

“Tienes razón, debería ser menos borde por si hay alguien a quien le sienta mal”

**** BANCO DE NIEBLA** Consiste en dar la razón al sujeto en lo que considere que puede haber de cierto en sus criticas, pero negándose a la vez a entrar en mayores discusiones. Así se dará un aparente ceder de terreno, sin cederlo realmente, ya que en el fondo se deja claro que no se va a cambiar la postura. La persona demuestra que cambiará si lo estima necesario, pero no porque el otro se empeñe en ello.

- **Ej:** “Tu tienes la culpa de que llegemos tarde, como siempre”.

BN “Si, es posible que tengas razón”.

“Claro, siempre tienes otras cosas que hacer antes de quedar”.

BN “Pues sí, casi siempre tengo otras cosas que hacer antes”.

“Estoy harto de que por tu culpa siempre llegemos tarde”.

BN “Ya, es verdad, siempre llegamos tarde”.

- Ejemplo de la actividad:

“Sí, es posible que tengas razón”

Amigo: “Claro, es que esa no es forma de comportarse, no se puede ser así”

“Pues sí, no se puede ser así”

**** DISCO RAYADO** Consiste en repetir el propio punto de vista una y otra vez, con tranquilidad, sin entrar en discusiones ni provocaciones. La otra persona queda convencida de que no va a lograr nada más con sus ataques.

- Ej: “Tu tienes la culpa de que lleguemos tarde, como siempre”.
DR “tenía que terminar un trabajo y no tenía otro momento”.
“Pero es que siempre llegamos tarde a todas partes y estoy harto”.
DR “Es verdad, pero en este caso sabes que no podía hacer el trabajo en otro momento”.
“Por una causa o por otra eres tú la que nos hace llegar tarde”.
DR “Será verdad, pero te repito que no tenía otro momento para hacerlo”.

- Ejemplo de la actividad:
Amig@: “Ti@ eres un/a borde de mucho cuidado. No me extraña que la gente se enfade a veces contigo”
“Cada uno sabe cómo tiene que interpretar lo que digo, no lo hago con mala intención”
Amig@: “Es que esa no es forma de comportarse, no se puede ser así”
“Sabes cómo soy y no lo hago con mala leche”
Amig@: “La gente se cansa de eso”
“Sí, pero cada uno sabe cómo ha de interpretarlo”

TAREAS PARA CASA

El profesor explica las tareas que realizarán para casa, recordando la importancia de su realización y aclarando las posibles dudas. La hoja 4.2.7. incluye las tareas para casa, en la que vienen las siguientes instrucciones:

Durante la semana se te presentarán situaciones en las cuales alguna persona te exprese una crítica, te haga una petición, o te presione de algún modo ante lo que has de intentar reaccionar de forma asertiva, utilizando o no alguna de las técnicas vistas en la sesión. Lo antes que puedas, anota la situación en la que se presentó el intento de persuasión, lo que pensaste y sentiste, la forma de actuar que tuviste, y cuáles fueron las consecuencias de tu actuación en caso de que hubiese alguna.

HOJA 4.2.1. ¿CÓMO TE COMPORTAS?

Instrucciones: Intenta imaginarte en la siguiente situación y a continuación escribe lo que harías y lo que dirías respondiendo a las preguntas que se formulan.

Has ido al cine con algún/a amigo/a más, llevas esperando en la cola para coger las entradas una hora ya que es un estreno. Entonces aparece un compañero o compañera de clase y te ve en los primeros puestos de la gran cola. Entonces se acerca y te dice: “¡Oye! ¿Por qué no me dejas colarme? Así podríamos sentarnos juntos”. A ti no te gusta la idea de que se cuele.

¿Qué haces? ¿Qué le dices?

HOJA 4.2.2. ¿QUÉ CONSECUENCIAS TIENE TU ACTUACIÓN?

Instrucciones: Escribe qué consecuencias puede tener el haber actuado del modo que has descrito en la Hoja 4.2.1. a nivel personal (cómo te sientes, qué piensas, etc), a nivel interpersonal (qué piensa esa persona de ti, cómo se va a comportar contigo, qué hacen tus amigos, etc) y a nivel social (qué te dicen los de la fila, qué pasaría si todos actuáramos de esa manera, etc). Las consecuencias pueden ser tanto positivas como negativas.

CONSECUENCIAS

A NIVEL PERSONAL	
A NIVEL INTERPERSONAL	
A NIVEL SOCIAL	

HOJA 4.2.3. COMPORTAMIENTO.....

COMPAÑER@: ¡Oye! ¿Por qué no me dejas colarme? Así podríamos sentarnos juntos.

TÚ: Bueno, no sé.

COMPAÑER@: ¡Vamos, ti@! No les importará.

TÚ: Bueno, vale.

Es un comportamiento por tres razones fundamentales:

- **No has expresado lo que realmente sientes, y has hecho algo que sabes que no es correcto.**
- **Probablemente has hecho que la gente de la cola se enfade contigo.**
- **Puede que la gente piense que eres una persona muy fácil de convencer.**

COMPAÑER@: ¡Oye! ¿Por qué no me dejas colarme? Así podríamos sentarnos juntos.

TÚ: ¿Lo dices en serio? He estado haciendo cola durante una hora.

COMPAÑER@: ¡Vamos, ti@! ¿Cuál es el problema?

TÚ: ¿Qué cuál es el problema? ¿Cómo se puede tener tanto morro? Mira, te vas a tomar por saco y para otra vez te espabilas.

Esta es una respuesta porque:

- **Has conseguido lo que querías, pero probablemente has perdido a un amigo o incluso ganado un enemigo.**
- **No has expuesto los motivos para negarte.**

COMPAÑER@: ¡Oye! ¿Por qué no me dejas colarme? Así podríamos sentarnos juntos.

TÚ: No, mejor que no. No sería justo para toda esa gente.

COMPAÑER@: ¡Vamos, ti@! No les importará.

TÚ: No, no creo que sea correcto. Pero te prometo que, si o está muy lleno, te guardaré un sitio.

Esta es una respuesta porque:

- **Has expresado tu opinión, de forma que la otra persona comprende las razones por las que te has negado.**
- **Has sugerido otra manera para que tu amigo se siente contigo sin violar los derechos de las personas que esperan en la cola.**

HOJA 4.2.4. VENTAJAS DE APRENDER A DECIR “NO”

VENTAJAS DE APRENDER A DECIR “NO”

- Permites a los demás que sepan cuál es tu postura y cuáles son tus sentimientos.
- Puedes evitar con mayor facilidad que la gente se aproveche de ti.
- Te sientes bien porque no tienes que hacer algo que no quieres hacer.
- Tienes menos probabilidades de que te vuelvan a pedir que hagas algo que no deseas hacer porque no es correcto.

INCONVENIENTES DE NO APRENDER A DECIR “NO”

- Puedes terminar haciendo algo que no te guste, lo que te puede hacer enfadar contigo mismo, sentirte frustrado o descontento.
- Puedes terminar haciendo algo que te cree problemas.
- Puedes dar una impresión equivocada a los demás sobre la clase de persona que eres o la clase de cosas que te gusta hacer.

HOJA 4.2.5. CRÍTICAS ¿CÓMO REACCIONAMOS?

*Estás con un amig@ charlando tranquilamente y te dice lo siguiente:
_ Ti@ eres un/a borde de mucho cuidado. No me extraña que la gente se enfade a veces contigo.*

¿Qué le dices? ¿Cómo reaccionas?

HOJA 4.2.6. TÉCNICAS ASERTIVAS

**** INTERROGACIÓN NEGATIVA** Consiste en suscitar mediante preguntas la formulación de críticas, obligando a nuestro interlocutor a dar más información y más específica.

- **Objetivo:**
Agotar la crítica si es manipulativa.
Enriquecernos con ella si está justificada.
- **Ej:** “¿Qué hay de malo en...?
¿Qué quieres decir con...?
¿A que te refieres exactamente...?
¿Podrías explicarme mejor...?
¿En que cosas te parece que...?”

**** ASERCIÓN NEGATIVA** Para enfrentarnos y aceptar nuestros errores o aquellos que los demás nos señalan como tales, de una manera asertiva, sin justificarnos, disculparnos o sentirnos culpables.

- **Ej: Juan:** Creo que deberías tratar a tu hermano pequeño un poco mejor, date cuenta que para él tu eres una persona muy importante y se va a fijar en todo lo que tu hagas e intentará seguir tus pasos.
Oscar: Tienes razón, tengo una gran responsabilidad con él, debería prestarle más atención cuando se dirige a mí.

**** BANCO DE NIEBLA** Consiste en dar la razón al sujeto en lo que considere que puede haber de cierto en sus críticas, pero negándose a la vez a entrar en mayores discusiones. Así se dará un aparente ceder de terreno, sin cederlo realmente, ya que en el fondo se deja claro que no se va a cambiar la postura. La persona demuestra que cambiará si lo estima necesario, pero no por que el otro se empeñe en ello.

- **Ej:** “Tu tienes la culpa de que lleguemos tarde, como siempre”.
BN “Si, es posible que tengas razón”.
“Claro, siempre tienes otras cosas que hacer antes de quedar”.
BN “Pues sí, casi siempre tengo otras cosas que hacer antes”.
“Estoy harto de que por tu culpa siempre lleguemos tarde”.
BN “Ya, es verdad, siempre llegamos tarde”.

**** DISCO RAYADO** Consiste en repetir el propio punto de vista una y otra vez, con tranquilidad, sin entrar en discusiones ni provocaciones.

- **Ej:** “Tu tienes la culpa de que lleguemos tarde, como siempre”.
DR “tenía que terminar un trabajo y no tenía otro momento”.
“pero es que siempre llegamos tarde a todas partes y estoy harto”.
DR “Es verdad, pero en este caso sabes que no podía hacer el trabajo en otro momento”.
“Por una causa o por otra eres tu la que nos hace llegar tarde”.
DR “Será verdad, pero te repito que no tenía otro momento para hacerlo”.

HOJA 4.2.7. TAREAS PARA CASA

Instrucciones: Durante la semana se te presentarán situaciones en las cuales alguna persona te exprese una crítica, te haga una petición, o te presione de algún modo ante lo que has de intentar reaccionar de forma asertiva, utilizando o no alguna de las técnicas vistas en la sesión. Lo antes que puedas, anota la situación en la que se presentó el intento de persuasión, lo que pensaste y sentiste, la forma de actuar que tuviste, y cuáles fueron las consecuencias de tu actuación en caso de que hubiese alguna.

SITUACIÓN
↓
PENSAMIENTOS Y SENTIMIENTOS
↓
¿QUÉ HICISTE?
↓
CONSECUENCIAS

INTRODUCCIÓN AL MÓDULO

PLANTEAMIENTO Y JUSTIFICACIÓN

El presente módulo ha sido incluido en el programa de prevención al dotar a los sujetos de una habilidad de carácter general para hacer frente a cualquier tipo de problema, ya sea de la vida cotidiana o de carácter especial.

Es habitual encontrarse a lo largo de la vida con múltiples situaciones que requieren una decisión: por ejemplo: ¿qué voy a comer?, ¿qué ropa me voy a poner?, escoger una persona como pareja u otra, comprar un automóvil... muchas decisiones son habituales, no tenemos que pasar mucho tiempo decidiéndolas; pero hay otras decisiones que requieren que nos paremos a pensar antes de hacer una elección.

Es frecuente que la mayor parte de los problemas o las elecciones se vayan resolviendo mejor o peor; sin embargo, en algunos casos la falta de decisión para dar una solución acertada puede convertirse en un problema incluso mayor que el original. Esta situación de indecisión, de duda, en la que no se encuentra una solución, suele facilitar la aparición de un serio malestar crónico, ya que cuando las estrategias de afrontamiento ordinarias fracasan aparece un sentimiento de indefensión que dificulta la búsqueda de nuevas soluciones, disminuye la posibilidad de alivio, el problema empieza a aparecer irresoluble y la ansiedad o la desesperación puede llegar hasta niveles paralizantes.

A veces, se puede convertir una situación en problemática si se utiliza una respuesta que parece eficaz en un primer momento pero que finalmente resulta ser desastrosa.

La solución de problemas es una estrategia que idearon Thomas D'Zurilla y Marvin Golfried en 1971. Ésta consta de cinco pasos para hallar soluciones nuevas a cualquier tipo de problema:

- Definir claramente el problema que tenemos que resolver
- Considerar el mayor número de alternativas para solucionar el problema
- Considerar las consecuencias de cada alternativa
- Elegir la mejor alternativa posible
- Ejecución y verificación de la solución.

El hecho de aplicar estos cinco pasos ayuda a ver la vida como una serie indefinida de situaciones que requieren algún tipo de respuesta. Visto de este modo, ninguna situación es intrínsecamente problemática. Es la inadecuación de la respuesta lo que la hace problemática.

El tipo de actividades que realizan los adolescentes en su tiempo libre es de especial importancia, así como su organización. Es importante que sean conscientes de a qué dedican el tiempo libre y cómo lo organizan para que eso pueda llevar a un cambio, por lo que será también importante que conozcan las alternativas que hay así como técnicas de administración del tiempo.

OBJETIVOS GENERALES

- Dotar a los sujetos de ciertas estrategias para afrontar el día a día de forma óptima.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Resaltar la importancia de evitar tomar decisiones de forma impulsiva y enseñar un procedimiento para optimizar la resolución de problemas.
- Facilitar una amplia gama de posibles respuestas adecuadas a la situación y establecer un procedimiento para escoger la respuesta conveniente al problema.
- Asignar a cada tarea según la importancia que tengan, el tiempo necesario para ejecutarlas.

SESIÓN 1

TOMA DE DECISIONES

OBJETIVOS DE LA SESIÓN

- Identificar situaciones problemáticas en las que haya varias alternativas de solución.
- Facilitar una amplia gama de posibles respuestas adecuadas a la situación y establecer un procedimiento para escoger la respuesta conveniente al problema.

PROCEDIMIENTO Y CONTENIDOS

Puesto que los problemas existen y existirán es necesario que aprendamos una técnica para resolverlos de forma eficaz. Hay personas que actúan sin pensar, según algunos estudios esta forma de comportarse impulsiva, es uno de los factores de riesgo para consumir drogas, por esta razón, para lograr la consecución de los objetivos anteriormente descritos, con la técnica de solución de problemas pretendemos que los adolescentes aprendan a tomar decisiones teniendo en cuenta los pros y los contras, y evitando así que actúen impulsivamente (sin pensar en las consecuencias).

Con las actividades planteadas los alumnos serán conscientes de la importancia y frecuencia con que tomamos decisiones y aprenderán los pasos para tomar decisiones de forma adecuada. Mediante la tarea para casa esperamos la generalización de lo aprendido en las distintas áreas de la vida.

CONTENIDOS CLAVE

- **Problemas:** Situaciones específicas de la vida que exigen respuestas para el funcionamiento adaptativo, pero que no reciben respuestas de afrontamiento eficaces provenientes de las personas que se enfrentan con las situaciones debido a la presencia de obstáculos: ambigüedad, incertidumbre, falta de recursos... Esto implica que

ninguna situación es problemática en sí misma, sino que es la falta de una respuesta apropiada lo que la hace problemática.

- **Solución:** Cualquier respuesta de afrontamiento destinada a cambiar la naturaleza de la situación problemática.
- **Soluciones eficaces:** Respuesta de afrontamiento, que no sólo logra cambiar la naturaleza de la situación problemática, sino que al mismo tiempo maximizan otras consecuencias positivas y minimizan las consecuencias negativas.

ACTIVIDADES

1. *Actividad 1:* Dramatización: texto y cuadro para alumnos, ¿qué pensarían?, ¿cómo se sentirían en esa situación?, consecuencias positivas y negativas, a corto y largo plazo.
2. *Actividad 2:* Introducción, frecuencia e importancia de la toma de decisiones.
3. *Actividad 3:* Situaciones problemáticas: Lluvia de ideas: alternativas de solución, consecuencias.
4. *Actividad 4:* Explicación de los 5 pasos adecuados para la solución de problemas. Cuadro-resumen.
5. *Actividad 5:* Caja de problemas: posibilidades de actuación ante diversos problemas.

MATERIAL

- Hoja 5.1.1. Dramatización.
- Hoja 5.1.2. Reflexión.
- Hoja 5.1.3. Explicación de los cinco pasos para la solución de problemas.
- Hoja 5.1.4. Tareas para casa.
- Hoja 5.1.5. Solución de un problema en grupo.
- Hoja 5.2.1.A. Planificación de actividades.
- Hoja 5.2.1.B. Realización de actividades.
- Pizarra y tizas.
- Folios.
- Caja para meter las hojas donde los alumnos han apuntado los problemas.

DESARROLLO DE LA SESIÓN

ACTIVIDAD 1

Les pedimos que lean la situación de la Hoja 5.1.1. y a continuación que escriban en la Hoja 5.1.2. qué pensarían y cómo se sentirían en la situación de Carlos. También les pedimos que escriban: consecuencias positivas, negativas, a corto plazo (inmediatas) y largo plazo (no inmediatas)

Jorge: Mañana hay una fiesta, ¿te has enterado, no?, va a ir todo el mundo, seguro que es la mejor fiesta del año, lo único es que empieza a las 24:00, pero eso es lógico cualquier fiesta buena empieza tarde, si no se corre el riesgo de que se te cuele algún niño.

Carlos: ¡Alas 24:00!. Yo no puedo ir ni en broma, en mi casa han puesto el toque de queda a esa hora y como comprenderás si estoy en casa no estoy en la fiesta.

Jorge: Venga tío, que no es una noche cualquiera, además por una vez que te escapes no pasa nada, puedes decir que te quedas a dormir en mi casa porque mañana hay partido y mi hermano nos va a llevar en coche, yo diré lo mismo y todo arreglado.

Carlos: No, sé, y si no cuela, mi padre no es tonto y ya nos conoce.

Jorge: Que sí, hombre no te preocupes yo lo he dicho un montón de veces y aquí me tienes, sigo haciendo lo que quiero, cuando quiero.

Carlos: Está bien lo haré pero espero que se lo traguen como tu dices.

Puesta en común, lo apuntamos en la pizarra, les preguntamos:

“¿Para qué creéis que hemos hecho este ejercicio?”

ACTIVIDAD 2

El profesor/a hace una breve introducción del contenido de la sesión:

“Todos sabéis lo que es tomar decisiones porque diariamente las tomamos ¿no?.

Pensar: ¿qué decisiones habéis tomado hoy, hasta llegar a clase? Probablemente, habréis decidido: qué ibais a desayunar, qué ropa os ibais a poner, durante cuánto

tiempo ibais a cepillaros los dientes...Estas son decisiones habituales, no tenéis que pasar mucho tiempo pensándolas, pero hay decisiones que tienen mayor trascendencia para vuestro futuro como son las referentes a las amistades, los estudios, las drogas... que es necesario que os paréis a pensar en las consecuencias de cada posible solución teniéndolas en cuenta al resolver el problema”

ACTIVIDAD 3

Pedimos a los/as alumnos/as que en un papel escriban una situación en la que hayan tenido que resolver un problema y no hayan quedado conformes con el resultado de la decisión tomada. Pueden ser decisiones como:

- Seguir con el novio
- Salir de marcha el fin de semana anterior a la semana de exámenes
- Gastarse un dinero en comprar determinada cosa
- Etc.

Decirles que anoten el problema en cuestión, la decisión que tomaron y por qué no quedaron conformes con los resultados o cuáles fueron las consecuencias.

Se meten los papeles en una caja y una mano inocente saca un papel. Se escribe la situación problemática en la pizarra.

Se les pide que nos digan alternativas para solucionar ese problema. Sacamos un listado de alternativas y se escribe en la pizarra.

Se les pide que digan las consecuencias de cada alternativa y que digan cómo se sentirían, con cada una de ellas. Que evalúen las consecuencias de cada alternativa y que escojan las más adecuadas.

ACTIVIDAD 4

El profesor reparte la Hoja 5.1.3. y explica los 5 pasos adecuados para la solución de problemas:

I. *Definir claramente el problema que tenemos que resolver.*

Los problemas deben definirse en términos de situaciones o comportamientos que impliquen nuestras propias conductas, porque si los definimos de forma que impliquen los comportamientos de otras personas no podremos hacer frente a la situación.

[Ejemplo aclaratorio: El delantero centro es decisivo para su equipo pero hoy está siendo marcado por un defensa que constantemente le da patadas, le empuja y le insulta cuando el árbitro no le ve.

El objetivo del delantero es marcar goles, si el delantero no identifica esta situación como un problema es posible que se deje llevar por su respuesta emocional, impulsivamente devolverá una agresión, la expulsión consecuente es una mala solución al problema y además es irreversible.

El delantero puede definir el problema de muchas maneras:

- (a) “Mi problema se debe a la violencia en el fútbol”. Les preguntamos que les parece esta definición del problema. (Esta definición es imprecisa y general).
- (b) “Mi problema es que el árbitro no ve las agresiones”. (Tampoco es adecuada la definición porque depende de lo que hace otra persona, es difícil solucionar así el problema).
- (c) “Mi problema es qué hacer para que la defensa no me descentre de mi objetivo de marcar goles” (Esta es adecuada porque depende del comportamiento del delantero)]

II. *Considerar el mayor número de alternativas, para solucionar el problema.*

Es probable que tomemos una buena decisión si pensamos en varias maneras de resolver un problema, lo mejor es que dispongamos de unas 10 alternativas de respuesta.

Debemos evitar cualquier crítica, este no es el momento, ya habrá tiempo de rechazar alguna alternativa.

Podemos combinar varias alternativas.

III. *Considerar las consecuencias de cada alternativa (¿Qué va a pasar después?).*

Pensar en las consecuencias que tendrá cada alternativa, consecuencias tanto para mí mismo, como para los demás, a corto y a largo plazo.

Podemos hacernos las siguientes preguntas que nos ayudarán a imaginar las consecuencias:

- ¿Cómo me voy a sentir si tomo esta decisión?, ¿Me voy a sentir orgulloso/ culpable/ decepcionado?
- ¿Va a hacer que alguien que me importe se decepcione o se preocupe por mí, o va a hacerle feliz?...

IV. *Elegir la mejor alternativa posible.*

Muchas veces sabéis qué es lo mejor para vosotros a largo plazo, sin embargo, en ciertas ocasiones las ventajas a corto plazo pueden ser más atractivas. Cuando tomáis una decisión basándoos en lo que es mejor para vosotros en el futuro y no en lo que más os apetece, os sentiréis mucho mejor.

Un criterio que podemos utilizar para evaluar las alternativas puede ser:

- La alternativa recibirá **2** puntos si esa solución planteada depende única y exclusivamente de nuestra forma de comportarnos, y recibirá **1** punto si depende de los demás.
- La alternativa recibirá **2** puntos si tiene consecuencias positivas a largo plazo, y **1** punto si las consecuencias positivas son a corto plazo.
- A la alternativa se le **restarán 2** puntos si tiene consecuencias negativas a largo plazo y **1** punto si tiene consecuencias negativas a corto plazo.

- La alternativa que más puntos tenga es la que elegimos.

V. *Ejecución y verificación de la solución.*

Preparar un **plan de acción** para poner en práctica la solución elegida.

Si al llevar a la práctica la decisión obtenéis un resultado negativo, debéis reconsiderarla y volver al paso 2, para pensar otras alternativas.

Cualquiera que sea la decisión que toméis en este proceso, recordar que vosotros sois los responsables de las consecuencias.

ACTIVIDAD 5

Se divide la clase en grupos o columnas, el/la primero/a de cada columna extrae de la caja de problemas un papel con el que tendrán un problema que resolver siguiendo los pasos expuestos anteriormente.

Se reparte la Hoja 5.1.5. en la que cada persona ha de escribir los pasos seguidos en la solución de problemas.

Puesta en común: se pide que cada grupo exponga el problema que les ha tocado, la solución que han decidido tomar para resolverlo y las consecuencias positivas y negativas, a corto y largo plazo, comparándolas con los malos resultados que se obtuvieron cuando se resolvió el problema con la alternativa inapropiada.

TAREAS PARA CASA

Para el período intersesiones esta vez se va a pedir a los alumnos dos tareas diferentes e independientes. La primera corresponde a la sesión de hoy, teniendo como objetivo la generalización de lo aprendido a la vida cotidiana. La segunda, servirá de material para la próxima sesión, por lo que es necesaria una mayor motivación a los alumnos para su realización.

1. El material necesario para la primera tarea corresponde a la Hoja 5.1.4. El profesor explica las instrucciones:

- Durante esta semana tenéis que escribir en la Hoja 5.1.4. una situación en la que hayáis tomado una decisión difícil, referida a problemas en casa, problemas en la escuela o problemas con los amigos. Tenéis que señalar cómo actuasteis, qué pensasteis, qué sentisteis a la hora de tomar la decisión, y qué consecuencias tuvo esa decisión.

2. El material para la segunda tarea corresponde a la Hoja 5.2.1. Se explica a los alumnos que es muy importante que realicen esta actividad, ya que va a ser necesaria para la siguiente sesión.

* En la cara 5.2.1.A han de planificar las actividades a realizar durante la semana que va desde este día hasta la siguiente tutoría; para ello han de ubicar cada actividad en el espacio que creen que van a emplear en llevarla a cabo poniendo entre paréntesis el tiempo que creen que les va a ocupar y el esfuerzo necesario en llevarla a cabo.

* En la cara 5.2.1.B han de escribir cuándo en realidad realizaron las actividades, el tiempo que emplearon y el esfuerzo que les supuso.

HOJA 5.1.1. DRAMATIZACIÓN.

Instrucciones: Lee la siguiente situación y trata de ponerte en el lugar de Carlos.

Jorge: Mañana hay una fiesta, ¿te has enterado, no?, va a ir todo el mundo, seguro que es la mejor fiesta del año, lo único es que empieza a las 24:00, pero eso es lógico cualquier fiesta buena empieza tarde, si no se corre el riesgo de que se te cuele algún niñato.

Carlos: ¡Alas 24:00!. Yo no puedo ir ni en broma, en mi casa han puesto el toque de queda a esa hora y como comprenderás si estoy en casa no estoy en la fiesta.

Jorge: Venga tío, que no es una noche cualquiera, además por una vez que te escapes no pasa nada, puedes decir que te quedas a dormir en mi casa porque mañana hay partido y mi hermano nos va a llevar en coche, yo diré lo mismo y todo arreglado.

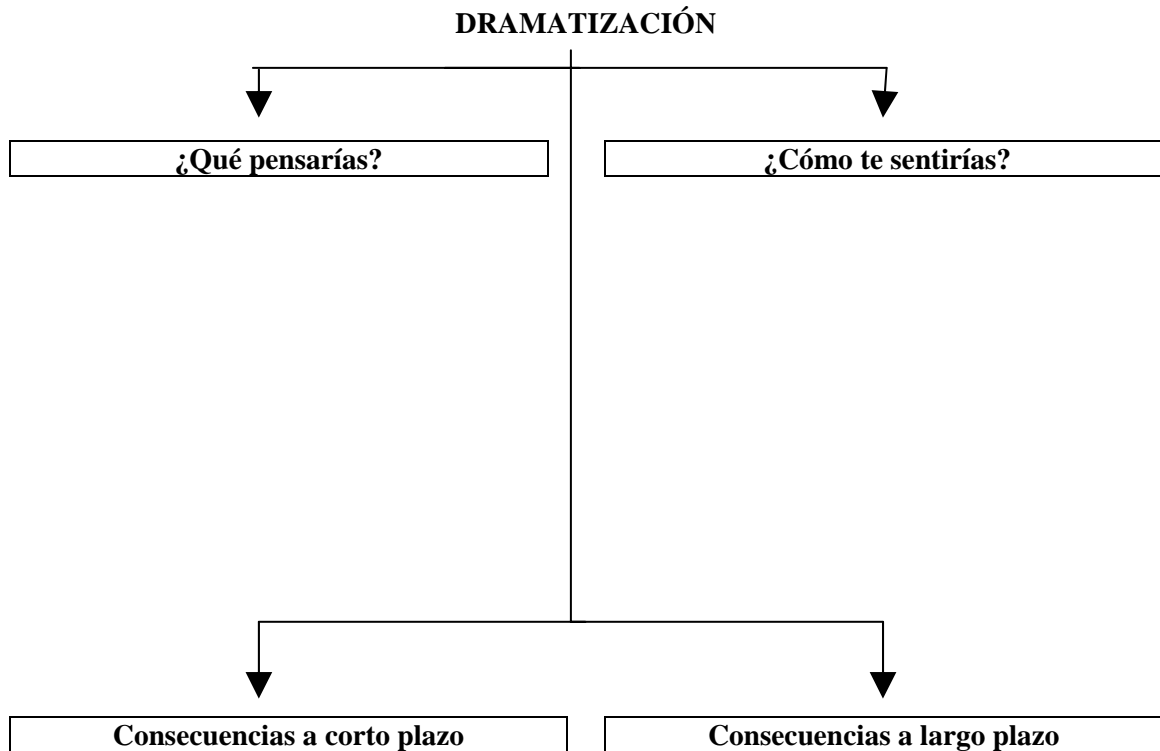
Carlos: No, sé, y si no cuela, mi padre no es tonto y ya nos conoce.

Jorge: Que sí, hombre no te preocupes yo lo he dicho un montón de veces y aquí me tienes, sigo haciendo lo que quiero, cuando quiero.

Carlos: Está bien lo haré pero espero que se lo traguen como tu dices.

HOJA 5.1.2. REFLEXIÓN.

Instrucciones: Escribe en los apartados correspondientes qué pensarías si fueses Carlos, cómo te sentirías en su situación y qué consecuencias podría tener la decisión tomada en el momento de tomarla (a corto plazo) y tiempo después (a largo plazo).



HOJA 5.1.3. EXPLICACIÓN DE LOS 5 PASOS PARA LA SOLUCIÓN DE PROBLEMAS

1. *Definir claramente el problema que tenemos que resolver.*

Los problemas deben definirse en términos de situaciones o comportamientos que impliquen nuestras propias conductas, porque si lo definimos de forma que impliquen los comportamientos de otras personas no podremos hacer frente a la situación.

2. *Considerar el mayor número de alternativas, para solucionar el problema.*

Es probable que tomemos una buena decisión si pensamos en varias maneras de resolver un problema, lo mejor es que dispongamos de unas 10 alternativas de respuesta.

Debemos evitar cualquier crítica, este no es el momento, ya habrá tiempo de rechazar alguna alternativa.

Podemos combinar varias alternativas.

3. *Considerar las consecuencias de cada alternativa (¿Qué va a pasar después?).*

Pensar en las consecuencias que tendrá cada alternativa, consecuencias tanto para mí mismo, como para los demás, a corto y a largo plazo.

Podemos hacernos las siguientes preguntas que nos ayudarán a imaginar las consecuencias:

- ¿Cómo me voy a sentir si tomo esta decisión?, ¿Me voy a sentir orgulloso/ culpable/ decepcionado?
- ¿Va a hacer que alguien que me importe se decepcione o se preocupe por mí, o va a hacerle feliz?...

4. *Elegir la mejor alternativa posible.*

Muchas veces sabéis que es lo mejor para vosotros a largo plazo, sin embargo, en ciertas ocasiones las ventajas a corto plazo pueden ser más atractivas. Cuando tomáis una decisión basandoos en lo que es mejor para vosotros en el futuro y no en lo que más os apetece, os sentiréis mucho mejor.

Un criterio que podemos utilizar para evaluar las alternativas puede ser:

- La alternativa recibirá **2** puntos si esa solución planteada depende única y exclusivamente de nuestra forma de comportarnos, y recibirá **1** punto si depende de los demás.
- La alternativa recibirá **2** puntos si tiene consecuencias positivas a largo plazo, y **1** punto si las consecuencias positivas son a corto plazo.
- A la alternativa se le **restarán 2** puntos si tiene consecuencias negativas a largo plazo y **1** punto si tiene consecuencias negativas a corto plazo.
- La alternativa que más puntos tenga es la que elegimos.

5. *Ejecución y verificación de la solución.*

Preparar un **plan de acción** para poner en práctica la solución elegida.

Si al llevar a la práctica la decisión, obtenéis un resultado negativo, debéis reconsiderarla y volver al paso 2, para pensar otras alternativas.

HOJA 5.1.5. SOLUCIÓN DE UN PROBLEMA EN GRUPO

Instrucciones: Completa los pasos de solución del problema:

1. Definición del problema que tenemos que resolver.

2. Alternativas posibles para solucionar el problema.

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10

3. Consecuencias de cada alternativa (¿Qué va a pasar después?).

- 1
- 2
- 3
- 4

5

6

7

8

9

10

4. Valoración de las alternativas y alternativa elegida.

5. Plan de acción.

HOJA 5.1.4. TAREAS PARA CASA

Instrucciones: Durante esta semana, escribe en el siguiente cuadro una situación en la que hayas tomado una decisión difícil, referida a problemas: en casa, en la escuela o con los amigos. Señala cómo actuaste, qué pensaste, qué sentiste a la hora de tomar la decisión, y qué consecuencias tuvo esa decisión.

DEFINICIÓN DEL PROBLEMA	
¿QUE PENSASTE? (ALTERNATIVAS)	
SENTIMIENTOS AL TOMAR LA DECISIÓN	
¿CÓMO ACTUASTE?	
CONSECUENCIAS DE TU DECISIÓN	

SESIÓN 2

ADMINISTRACIÓN DEL TIEMPO

OBJETIVOS

- Identificación de actividades prioritarias.
- Asignar a cada tarea, según el orden de importancia que tengan, el tiempo necesario para ejecutarla.
- Establecer objetivos, dividirlos en submetas y en pasos a realizar para alcanzarlos.

PROCEDIMIENTO Y CONTENIDOS

En esta sesión pretendemos que los/as alumnos/as sean conscientes de las actividades que realizan y el tiempo que destinan a cada una de ellas resaltando la importancia de evitar hacer las cosas apresuradamente, y a última hora, enseñando unas técnicas que permiten que se administren el tiempo, dependiendo de la importancia de la tarea. De esta forma se conseguirá una reducción de las posibles respuestas emocionales, como la ansiedad asociada a la mala planificación. Los/as alumnos/as deberán seleccionar objetivos realistas, y los dividirán en distintos pasos o submetas más sencillas, de modo que cuando vayan llevándolos a cabo aumente la sensación de que controlan su vida.

Nuestra intención es que ellos/as busquen alternativas a las salidas de los fines de semana, como ir al cine, al teatro, hacer algún deporte frente a ir a bares, a discotecas, ir a conciertos o estar en la calle, porque según los estudios que se han realizado, estas prácticas son factores de riesgo para el consumo de drogas como son el alcohol y el tabaco.

En la tarea para casa, les pedimos que planifiquen para otra persona actividades distintas a salir a bares y que posteriormente la comparen con la que hagan para ellos. Nuestra intención, es que logren en alguna medida, crear otras fuentes distintas de gratificación que se sumen a lo que hoy en día es prácticamente la única vía de disfrute juvenil existente (bares, discotecas...) y que como ya hemos mencionado, está fuertemente

asociada con una mayor implicación de los/as jóvenes en el consumo de todo tipo de sustancias psicoactivas.

Para la consecución de los objetivos ya mencionados en la sesión se hará una revisión de la tarea que tuvieron que realizar durante la semana; lo que pretendemos con esto es que los/as alumnos/as sean conscientes de qué es lo que normalmente hacen (identificación del problema). Se describe el problema de la mala administración del tiempo y se alienta a la búsqueda de alternativas para que los/as alumnos/as aprendan a planificarse el tiempo adecuadamente, para lo que les enseñaremos técnicas; se les pedirá que establezcan los objetivos reales que quieren lograr y que los dividan en pasos más sencillos de realizar.

ACTIVIDADES

1. *Actividad 1:* Revisión de tareas.
2. *Actividad 2:* Introducción.
3. *Actividad 3:* Breve explicación de las técnicas de administración del tiempo.
4. *Actividad 4:* Planificar objetivos, y desglosarlos en pasos intermedios.
5. *Actividad 5:* Elaboración de autorregistro y análisis de consecuencias.
6. *Actividad 6:* Preguntas de generalización.

MATERIAL

- Hoja 5.2.2. Técnicas de planificación del tiempo
- Hoja 5.2.3. Planificación de objetivos
- Hoja 5.2.4. Nueva planificación de tareas
- Hoja 5.2.5. Preguntas generalización
- Hoja 5.2.6. Tareas para casa
- Hoja 5.2.7. Tareas para casa. Carta
- Hoja 5.2.8. Tareas para casa. Planifica tu fin de semana

DESARROLLO DE LA SESIÓN

ACTIVIDAD 1

Revisión de tareas: Recogemos los autorregistros que les mandamos que realizaran en la última sesión [En caso de que alguno/a de los/as alumnos/as se niegue a entregarlo, se respeta su opción, puesto que las tareas para casa les dijimos que no las recogeríamos]. Seleccionamos uno que no esté adecuadamente planificado y lo escribimos en la pizarra.

Preguntamos a los/as alumnos/as:

“¿Creéis que esta bien planificado?” “¿Por qué no lo está?”.

ACTIVIDAD 2

El/la profesor/a hace la siguiente introducción:

“Cuando empezamos una semana, tenemos que hacer distintas actividades; conforme van pasando los días nos damos cuenta que se pasa el tiempo y hay algunas que no hemos hecho. El problema es que no discriminamos la importancia que tienen unas u otras tareas y como consecuencia dedicamos más tiempo de lo que deberíamos a las que no son prioritarias”.

ACTIVIDAD 3

Se entrega la Hoja 5.2.2. y se les explican las técnicas de administración del tiempo:

I. Identificar las actividades que se realizan.

Esto se puede hacer mediante autorregistros, que es lo que realizasteis como tarea para casa. En él que registrasteis las actividades que ibais a realizar y luego puntuasteis con qué esfuerzo las habíais realizado. Esto se hace para que os deis cuenta del tiempo que dedicamos a cada actividad.

También podéis realizar una **lista de objetivos** (actividades que queréis realizar). Los objetivos deben ser realistas y tienen que estar definidos objetivamente.

II. Establecer prioridades:

- (a) A corto plazo (a 1 semana)
- (b) A medio plazo (a 3 meses)
- (c) A largo plazo (a partir de 3 meses).

III. Desglosar objetivos:

Dividir los objetivos en pasos a realizar (submetas).

Ejemplo: Como cuando aprendimos a montar en bicicleta, nuestra primera submeta era: aprender a montar en una bici con 2 ruedecillas, adosadas a la rueda trasera. Cuando aprendimos, pasamos a la 2ª submeta que era: aprender a montar en una bici con una ruedecilla, cuando aprendimos pasamos a nuestra meta u objetivo final que era: aprender a montar en una bici sin ruedecillas.

ACTIVIDAD 4

El/la profesor/a entrega la Hoja 5.2.3 en la que los/as alumnos/as han realizar lo siguiente:

- ↪ Una lista de objetivos (actividades que quieren realizar).
- ↪ Los objetivos que sean complicados, deben dividirlos en pasos o submetas, y colocar cada submeta en una columna distinta (del cuadro que a continuación se les dará) dependiendo del tiempo que necesiten para llevar a cabo cada paso. (Ejemplo aclaratorio: Si mi objetivo es aprobar la asignatura de matemáticas, tendré que aprobar los exámenes, si el primer examen es dentro de un mes, mi 1ª submeta puede ser que dentro de una semana tengo que haber estudiado 2 temas de los 7 que hay, dentro de dos semanas otros 2 temas...)

PLANIFICAR OBJETIVOS

OBJETIVOS	1 SEMANA	2 SEMANAS	1 MES	3 MESES	A partir de 3 MESES

IV. *Técnicas para ganar tiempo:*

(a) Reglas obligatorias para ganar tiempo:

- ↪ Aprender a decir “NO” a los objetivos no prioritarios.
- ↪ Ignorar los objetivos secundarios de las listas, hasta completar los objetivos prioritarios.
- ↪ Incluir en el horario tiempo para imprevistos e interrupciones.
- ↪ Destinar distintos momentos del día a descansar.

(b) Reglas opcionales para ganar tiempo:

- ↪ Delegar en otro las tareas no prioritarias.
- ↪ Evitar lo que pueda distraer el realizar las tareas prioritarias.
- ↪ Reducir actividades improductivas.
- ↪ Levantarse media o una hora antes.
- ↪ Olvidar perfeccionismos: sólo hacer las cosas.
- ↪ Aprender a hacer dos cosas a la vez (tareas automáticas).

V. *Toma de decisiones:*

Después de habernos administrado el tiempo, lo que tenemos que hacer es:

- ↪ Señalar la fecha en que se realizará lo decidido.
- ↪ Responsabilizarnos de cada aplazamiento que hagamos.
- ↪ Aumentar la resistencia a la acción (exagerar las tareas que interfieren hasta el aburrimiento).
- ↪ Utilizar normas automáticas para decidir en situaciones poco importantes (deh-izda).
- ↪ Aprender de tareas fáciles (graduación y pasos en las tareas).
- ↪ Acabar las tareas.

ACTIVIDAD 5

Se pide que cada alumno recoja su autorregistro se reparte la Hoja 5.2.4. en la que deben realizarlo de forma adecuada, siguiendo los pasos anteriores.

- ↪ Les pedimos que nos digan consecuencias negativas y positivas, a corto y largo plazo. Comparar con las consecuencias del primer registro.

ACTIVIDAD 6

Se pide a los alumnos que contesten las preguntas de la Hoja 5.2.5:

- ¿Cómo crees que influirá que planifiques tus horas de estudio, durante el curso, en los resultados finales?
- ¿Crees que tus padres y profesores verán de forma positiva el que planifiques tus actividades?
- ¿Qué aspectos de tu vida pueden mejorar si planificas tu tiempo?

TAREAS PARA CASA

Se reparten las Hoja 5.2.6, 5.2.7. y 5.2.8. en las que vienen detalladas las Instrucciones de las tareas para casa. Se explican brevemente y se resuelven las dudas que surjan en los alumnos:

“Quizás hayas visto en algunas revistas secciones a las que los lectores escriben pidiendo consejo. A continuación, tienes una carta escrita a Marta, nuestra columnista del Programa de Administración del Tiempo. Imagínate que eres Marta y da el consejo que consideres conveniente al adolescente que ha escrito esta carta.

Querida Marta: Soy un chico de 15 años, mis amigos tienen un año más que yo, y les gusta ir a la discoteca el fin de semana, a mi no me dejan entrar, así que me paso los fines de semana encerrado en casa sin saber que hacer. ¿Qué puedo hacer?

Un chico tremendamente aburrido.

- ↪ Ayuda a este adolescente y para ello tienes que planificarle el fin de semana, con actividades que él pueda realizar.
- ↪ Como en la sesión anterior planificaste tu semana, ahora tienes que planificarte tu fin de semana.

HOJA 5.2.2. TÉCNICAS DE ADMINISTRACIÓN DEL TIEMPO

I. *Identificar las actividades que se realizan.*

Esto se puede hacer mediante autorregistros.

También se puede realizar una **lista de objetivos** (actividades que se quieren realizar).

Los objetivos deben ser realistas y tienen que estar definidos objetivamente.

II. *Establecer prioridades:*

(a) A corto plazo (a 1 semana)

(b) A medio plazo (a 3 meses)

(c) A largo plazo (a partir de 3 meses).

III. *Desglosar objetivos:*

Dividir los objetivos en pasos a realizar (submetas).

IV. *Técnicas para ganar tiempo:*

(a) Reglas obligatorias para ganar tiempo:

- ↳ Aprender a decir “NO” a los objetivos no prioritarios.
- ↳ Ignorar los objetivos secundarios de las listas, hasta completar los objetivos prioritarios.
- ↳ Incluir en el horario tiempo para imprevistos e interrupciones.
- ↳ Destinar distintos momentos del día a descansar.

(b) Reglas opcionales para ganar tiempo:

- ↳ Delegar en otro las tareas no prioritarias.
- ↳ Evitar lo que pueda distraer el realizar las tareas prioritarias.
- ↳ Reducir actividades improductivas.
- ↳ Levantarse media o una hora antes.
- ↳ Olvidar perfeccionismos: sólo hacer las cosas.
- ↳ Aprender a hacer dos cosas a la vez (tareas automáticas).

V. *Toma de decisiones:*

Después de habernos administrado el tiempo, lo que tenemos que hacer es:

- ↳ Señalar la fecha en que se realizará lo decidido.
- ↳ Responsabilizarnos de cada aplazamiento que hagamos.
- ↳ Aumentar la resistencia a la acción (exagerar las tareas que interfieren hasta el aburrimiento).
- ↳ Utilizar normas automáticas para decidir en situaciones poco importantes (deh- izda).
- ↳ Aprender de tareas fáciles (graduación y pasos en las tareas).
- ↳ Acabar las tareas.

HOJA 5.2.3. PLANIFICACIÓN DE OBJETIVOS

Instrucciones: En el cuadro siguiente anota en la primera columna una lista de objetivos (actividades que quieres realizar). Los objetivos que sean complicados, divídelos en pasos o submetas, y coloca cada submeta en las columnas dependiendo de la urgencia de realizarla y del tiempo que necesites para llevarla a cabo.

OBJETIVOS	1 SEMANA	2 SEMANAS	1 MES	3 MESES	A partir de 3 MESES

HOJA 5.2.4. NUEVA PLANIFICACIÓN DE ACTIVIDADES

Instrucciones: Planificar las actividades que tengas que hacer esta semana, en función de lo que hemos visto en la sesión. Escribe las actividades que tengas que llevar a cabo y señala el intervalo de tiempo que le vas a destinar. Anota también de 0 a 5 el esfuerzo que cada una de ellas implica, siendo: 0 = Nada de esfuerzo, 1 = Mínimo esfuerzo, 2 = Esfuerzo moderado, 3 = Normal, 4 = Buen esfuerzo, 5 = Máximo esfuerzo.

	L	M	X	J	V	S	D
MAÑANA							
TARDE							
NOCHE							

HOJA 5.2.6. TAREAS PARA CASA

Instrucciones: Quizás hayas visto en algunas revistas secciones a las que los lectores escriben pidiendo consejo. A continuación, tienes una carta escrita a Marta, nuestra columnista del Programa de Administración del Tiempo. Imagínate que eres Marta y da el consejo que consideres conveniente al adolescente que ha escrito esta carta.

Querida Marta: Soy un chico de 15 años, mis amigos tienen un año más que yo, y les gusta ir a la discoteca el fin de semana, a mi no me dejan entrar, así que me paso los fines de semana encerrado en casa sin saber que hacer. ¿Qué puedo hacer?

Un chico tremendamente aburrido.

- ↪ Ayuda a este adolescente y para ello tienes que planificarle el fin de semana, con actividades que él pueda realizar. Hoja 5.2.7.
- ↪ Como en la sesión anterior planificaste tu semana, ahora tienes que planificarte tu fin de semana. Hoja 5.2.8.

HOJA 5.2.7. TAREAS PARA CASA

CARTA

	VIERNES	SABADO	DOMINGO
MAÑANA			
TARDE			
NOCHE			

HOJA 5.2.8. TAREAS PARA CASA

PLANIFICA TU FIN DE SEMANA

	VIERNES	SABADO	DOMINGO
MAÑANA			
TARDE			
NOCHE			

SESIÓN 1

VALORACIÓN DEL CENTRO ESCOLAR

OBJETIVOS DE LA SESIÓN

- Aumentar la valoración que el/la alumno/a hace de su Centro Escolar en las áreas:
 - Formación física
 - Formación intelectual
 - Formación artística
 - Formación afectiva
- Conseguir que el/la alumno/a se sienta más identificado con su Centro Escolar.

PROCEDIMIENTO Y CONTENIDOS

Diversas investigaciones han encontrado (y así lo ha corroborado el estudio realizado en el Municipio de Majadahonda) que la valoración que el/la alumno/a hace de su propio centro escolar, influye en el consumo de drogas legales e ilegales; cuanto mayor y más positiva es la valoración de su centro de estudios, menor es su ingesta de drogas. Es por esta razón que el lograr que los estudiantes estén más unidos a su instituto o colegio y tengan un mejor concepto de él nos sería de utilidad para la prevención del consumo.

Para conseguir los objetivos propuestos, se realizarán una serie de actividades, en las que los alumnos descubrirán distintos aspectos que su Centro Escolar realiza para su formación que quizás no se habían parado a pensar. Además, profundizarán en dichas actividades, tomando más contacto con ellas y produciendo teóricamente un aumento en la valoración del instituto por parte de los alumnos.

Para lograr una mayor identificación del alumno con el Centro, se les dará una oportunidad de expresar peticiones que ellos consideran adecuadas para mejorar en las áreas descritas posteriormente.

CONTENIDOS CLAVE

- **Formación física:** Educación referida al desarrollo físico de la persona, a través, principalmente, de actividades deportivas.
- **Formación artística:** Educación referida al desarrollo creativo de la persona.
- **Formación intelectual:** Educación referida al desarrollo propiamente académico del alumno.
- **Formación afectiva:** Educación referida a aspectos emocionales de la persona.

ACTIVIDADES

1. *Actividad 1:* Valoración del Centro de Estudios.
2. *Actividad 2:* Descripción y análisis de actividades.
3. *Actividad 3:* Búsqueda de soluciones alternativas a las que realiza el Centro para mejorar la formación.
4. *Actividad 4:* Cómo fomentar el grado de participación del alumno.
5. *Actividad 5:* Revaloración del Centro de Estudios.

MATERIAL

- Hoja 6.1.1. Valoración del Centro de Estudios
- Hoja 6.1.2. Actividades del Centro
- Hoja 6.1.3. Qué quiero en el Instituto/Colegio
- Hoja 6.1.4. Revaloración del Centro de Estudios y Tareas para casa

DESARROLLO DE LA SESIÓN

ACTIVIDAD 1

El/la profesor/a reparte la Hoja 6.1.1. y presentará la actividad. Los/as alumnos/as han de puntuar (de 0 a 10) la valoración que realizan de su centro de estudios en las siguientes áreas:

- Formación Física
- Formación Intelectual
- Formación artística
- Formación Afectiva

El/la profesor/a explica a qué hace referencia cada una de esas áreas basándose en los contenidos clave.

ACTIVIDAD 2

En esta actividad, los alumnos han de pensar las diversas actividades que ellos creen que el Centro realiza para su formación en las áreas descritas. Sólo describirlas.

Para ello, el/la profesor/a dirigirá a la Hoja 6.1.2. donde han de escribir en la segunda columna del cuadro las cosas que creen que el instituto o colegio hace para que ellos mejoren en:

- Formación Física
- Formación Intelectual
- Formación Artística
- Formación Afectiva

Una vez los alumnos han contestado deberán analizar esas respuestas, profundizar en ellas. Para ello, el/la profesor/a les pedirá que valoren las actividades que han descrito y se les pregunta:

“¿Qué pensáis de ellas?”

“¿Qué aspectos positivos destacaríais?”

Han de anotar en la tercera columna del cuadro aspectos positivos y en la cuarta una puntuación de 0 a 10 valorando esas actividades o cosas.

ACTIVIDAD 3

El/la profesor/a reparte la Hoja 6.1.3. y presenta la siguiente actividad:

“Piensa y escribe qué cosas crees que tu Centro Escolar debería hacer para que tú mejoraras en las áreas de Formación Física, Formación Artística, Formación Intelectual, Formación Afectiva. Escribe el por qué de cada cosa.”

A través de esta actividad, se pretende buscar una implicación del alumno con su instituto.

ACTIVIDAD 4

A través de esta actividad, se pretende que el alumno sea más consciente de la participación que puede lograr en su Centro Escolar. Para ello, el profesor divide la clase en grupos de 3-4 personas y les pide que piensen cómo podrían aumentar su grado de participación en el Centro Escolar con las normas y actividades que hay en el mismo.

Se deja a los alumnos 5 min. Aproximadamente y se hace una puesta en común.

Con esta actividad, lo que se pretende es que los alumnos se sientan más cercanos a su centro, logrando una mayor identificación con el mismo.

ACTIVIDAD 5

En esta actividad se trata de puntuar, al igual que se hizo en el inicio de la sesión, la valoración que cada alumno tiene del Centro Escolar en las diversas áreas tratadas, después de las actividades realizadas.

Para ello, el profesor reparte la Hoja 6.1.4. y presenta a los alumnos la siguiente actividad:

“Una vez habéis analizado lo que se hace en el instituto/colegio, sin fijaros en la valoración que hayáis hecho al inicio de la sesión, puntuar de nuevo la valoración que realizáis del centro de estudios en las áreas:

Formación Física

Formación Intelectual

Formación Artística

Formación Afectiva”

TAREAS PARA CASA

En la Hoja 6.1.4. se describen las tareas para casa. Se explica a los alumnos la actividad que han de realizar como tarea para casa: han de elaborar una carta con peticiones que harían al centro de estudios para sentirse más cómodos en él. Dicha carta han de mostrarla en la próxima tutoría y posteriormente entregarla al organismo correspondiente (tutor, secretaría, etc.).

HOJA 6.1.1. VALORACIÓN DEL CENTRO ESCOLAR

Instrucciones: Puntúa de 0-10 la valoración que realizas de tu Centro de Estudios en las siguientes áreas:

Áreas

Puntuación

Formación Física

Formación Intelectual

Formación Artística

Formación Afectiva

HOJA 6.1.2. VALORACIÓN DEL CENTRO ESCOLAR

Instrucciones: Escribe en la segunda columna las cosas que crees que el instituto/colegio hace para que tu mejores en las áreas que vienen a continuación. En la tercera columna anota aspectos positivos de dichas actividades y en la cuarta columna puntúa esas actividades de 0 a 10.

ÁREA	¿QUÉ HACE EL CENTRO?	ASPECTOS POSITIVOS	VALORACIÓN
FORMACIÓN FÍSICA			
FORMACIÓN ARTÍSTICA			
FORMACIÓN INTELECTUAL			
FORMACIÓN AFECTIVA			

HOJA 6.1.3. ¿QUÉ QUIERO EN EL INSTITUTO/COLEGIO?

Instrucciones: Piensa y escribe qué cosas crees que tu Centro Escolar debería hacer para que tú mejoraras en éstas áreas. Escribe el por qué de cada cosa.

ÁREA	¿QUÉ DEBERÍA HACER EL CENTRO?
FORMACIÓN FÍSICA	
FORMACIÓN ARTÍSTICA	
FORMACIÓN INTELECTUAL	
FORMACIÓN AFECTIVA	

HOJA 6.1.4. REVALORACIÓN DEL CENTRO ESCOLAR Y TAREAS PARA CASA

REVALORACIÓN DEL CENTRO ESCOLAR

Instrucciones: Puntúa de 0-10 la valoración que realizas de tu Centro de Estudios en las siguientes áreas:

<u>Áreas</u>	<u>Puntuación</u>
<i>Formación Física</i>	
<i>Formación Intelectual</i>	
<i>Formación Artística</i>	
<i>Formación Afectiva</i>	

TAREAS PARA CASA

Instrucciones: Elabora una carta con peticiones que harías a tu Centro de Estudios para que te sintieras más cómodo/a en él. Después, entrégala al organismo correspondiente.

SESIÓN 1

INFORMACIÓN SOBRE LAS DROGAS

OBJETIVOS DE LA SESIÓN

- _ Que los alumnos conozcan el efecto real de las diversas sustancias sobre el sistema nervioso central (SNC) y el resto del organismo.
- _ Que sean conscientes de cómo las drogas les afectan en su autoestima, personalidad, estado de ánimo, en sus relaciones familiares, en sus relaciones sociales y en su rendimiento académico.
- _ Que generalicen a esta sesión ,y en general al tema del consumo de drogas, las habilidades aprendidas a lo largo del programa.

PROCEDIMIENTO Y CONTENIDOS

Los objetivos planteados para la sesión pretenden cubrirse por las siguientes razones y del modo siguiente:

Los adolescentes carecen de una adecuada información sobre las drogas, tanto de sus efectos a corto plazo como a largo plazo. En ellos hay una serie de mitos que es importante abordar así como las expectativas generadas sobre las drogas. Es importante que para su decisión acerca del consumo cuenten además con información sobre las consecuencias del uso y abuso de las drogas no solo a nivel fisiológico sino también a nivel personal y relacional. Para cubrir esto se han desarrollado actividades dirigidas a proporcionar una información real acerca de las sustancias adictivas. Pero como la investigación ha demostrado en numerosas ocasiones, simplemente proporcionar información no es una estrategia efectiva; por ello se trata de que los propios alumnos desarrollen alternativas al consumo así como habilidades para hacer frente al mismo tales como el establecimiento de límites, la solución de problemas, la aceptación y manejo de las críticas... ya que ayudarán al adolescente a tomar una postura adecuada ante las drogas, lo que supondrá una medida de protección.

CONTENIDOS CLAVE

- . **Droga** es aquella sustancia que introducida en el organismo puede alterar la conciencia provocando cambios físicos y psíquicos en la persona.
- . **Dependencia** necesidad imperiosa e incontrolable que tiene una persona de ingerir una determinada sustancia y que se acompaña de una serie de síntomas físicos “mono” o “síndrome de abstinencia”
- . **Estimulante** Estas drogas, como pueden ser la nicotina, cafeína, cocaína, anfetaminas... actúan sobre el sistema nervioso central “cerebro” provocando un aumento de la actividad general, así mismo, disminuyen la necesidad de dormir y crean un estado de ánimo exaltado y eufórico, a veces con pérdida incluso del contacto con la realidad.
- . **Depresor** Estas drogas, como pueden ser la morfina o la heroína inhiben el funcionamiento general de nuestro sistema nervioso dando lugar a un estado de apatía, dejadez, somnolencia...Generan muy rápidamente dependencia.
- . **Psicodislépticos o alucinógenos** como el LSD son capaces de producir síntomas, entre los que se encuentran las alucinaciones, despersonalización, trastornos de conducta... muy parecidos a los que se observan en las enfermedades mentales graves, como la psicosis.

ACTIVIDADES

9. *Actividad 1:* Mitos acerca de las drogas
10. *Actividad 2:* Resolución de los mitos
11. *Actividad 3:* Consecuencia del consumo de drogas
12. *Actividad 4:* Puesta en común e información sobre los efectos de las drogas
13. *Actividad 5:* Alternativas al consumo y beneficios del no consumo

MATERIAL

- . Hoja 7.1.1 Acerca de las drogas...
- . Hoja 7.1.2 Valoración de consecuencias del consumo de drogas
- . Hoja 7.1.3 Efectos a corto y largo plazo de las drogas

- . Hoja 7.1.4 Alternativas al consumo
- . Papel
- . Bolígrafo, rotulador o lápiz
- . Pizarra
- . Tizas

DESARROLLO DE LA SESIÓN

ACTIVIDAD 1

El profesor entrega a los alumnos la Hoja 7.1.1. en la que vienen escritos una serie de mitos acerca de algunas drogas de abuso. Los alumnos han de marcar con un círculo la “V” (verdadero) o la “F” (falso) según estén o no de acuerdo con las expresiones:

* El alcohol da calor	V	F
* Los “porros” no tienen consecuencias negativas a largo plazo	V	F
* El tabaco relaja	V	F
* Por una vez que se consume cocaína no pasa nada	V	F
* El alcohol es un estimulante	V	F
* Un “tripi” es una droga blanda	V	F
* El tabaco ayuda a adelgazar	V	F
* El alcohol da fuerzas	V	F

ACTIVIDAD 2

El profesor resuelve los mitos (todas las frases son FALSAS) y a medida que los va resolviendo uno por uno va dando información. Basar la información en los siguientes datos:

* Las calorías del alcohol no son útiles. El alcohol produce una vasodilatación periférica (eso es lo que da la sensación de calor), y, por tanto, aumentan las pérdidas de calor.

* Dentro de las consecuencias a largo plazo de esta sustancia destaca el denominado “síndrome amotivacional”, unido a una frecuente disminución en la capacidad de concentración y de memorización. No sólo eso sino que puede desencadenar psicosis y cuadros delirante-alucinatorios.

* El tabaco es un estimulante del SNC. Fumar un cigarrillo da lugar a una elevación del ritmo cardíaco, de la frecuencia respiratoria y de la tensión arterial, reacciones contrarias a la relajación. Un cigarro calma la ansiedad que provoca su falta en los momentos que tienen asociado su consumo.

* Alto riesgo de infarto de miocardio y hemorragia cerebral con alta dosis, así como de fallo respiratorio, que resultan usualmente mortales. Por la naturaleza de esta sustancia, enorme poder adictivo con el consecuente síndrome de abstinencia en caso de retirada de la misma.

* El alcohol es un depresor del SNC. La euforia que se da con su consumo está provocada por el efecto de desinhibición que provoca la sustancia sobre centros cerebrales, así como por efecto de las expectativas de los consumidores.

* Un “tripi” puede provocar depresión, paranoia, crisis de pánico y psicosis. Hablar de las drogas “duras” y “blandas” (por ejemplo, cómo el alcohol o el tabaco no son drogas “blandas” sino legales).

* No existe ninguna sustancia que adelgace. Cuando las personas dejan de fumar engordan porque sustituyen el hábito de llevarse un cigarrillo a la boca por llevarse alimentos, aumentando así las calorías ingeridas por el sujeto.

* Aunque se puede tener la sensación de no fatigarse, el consumidor de alcohol tiene disminuida la capacidad de hacer esfuerzo, y además tiene disminuidos los reflejos.

ACTIVIDAD 3

A lo largo del programa se han ido viendo algunas de las repercusiones que la drogas pueden tener en nosotros a nivel no sólo de salud sino de autoestima, conductas antisociales, en la personalidad, en el estado de ánimo, en las relaciones con nuestros amigos, con la familia, a nivel académico e incluso a nivel económico.

El profesor dirigirá a los alumnos a la hoja 7.1.2. y les pedirá que anoten en el cuadro las consecuencias positivas y negativas, a corto plazo y a largo plazo derivadas del consumo de drogas teniendo en cuenta las áreas vistas a lo largo del programa: autoestima, conductas violentas, etc.

ACTIVIDAD 4

Se hace puesta en común de la actividad anterior anotando en la pizarra las consecuencias que los alumnos vayan numerando.

Se reparte la Hoja 7.1.3. y se comenta el cuadro sobre los efectos a corto y a largo plazo de las drogas

ACTIVIDAD 5

Se les da a los alumnos la hoja 7.1.4 en la cual han de escribir qué pueden hacer para no consumir drogas y cómo pueden hacer frente a la presión social que les persuade para ello.

Una vez hayan finalizado se abre un debate en el que han de fomentarse las alternativas al consumo así como las consecuencias positivas del no consumo:

- otras actividades de ocio distintas a los botellones, los bares de minis,... como los deportes, actividades culturales, etc.
- otras cosas en las que gastarse ese dinero: cine, ropa, libros...
- no riñas en casa
- buen aliento, no tos “del fumador”, etc.
- se puede hablar también del “consumo responsable”

HOJA 7.1.1. ACERCA DE LAS DROGAS...

Instrucciones: Marca con un círculo la “V” (verdadero) o la “F” (falso) según estés o no de acuerdo con las siguientes expresiones:

- | | | |
|--|---|---|
| * El alcohol da calor | V | F |
| * Los “porros” no tienen consecuencias negativas a largo plazo | V | F |
| * El tabaco relaja | V | F |
| * Por una vez que se consume cocaína no pasa nada | V | F |
| * El alcohol es un estimulante | V | F |
| * Un “tripi” es una droga blanda | V | F |
| * El tabaco ayuda a adelgazar | V | F |
| * El alcohol da fuerzas | V | F |

HOJA 7.1.2. VALORACIÓN DE CONSECUENCIAS DEL CONSUMO DE DROGAS

Instrucciones: A lo largo del programa se han ido viendo algunas de las repercusiones que las drogas pueden tener en nosotros a nivel no sólo de salud sino de autoestima, conductas antisociales, en la personalidad, en el estado de ánimo, en las relaciones con nuestros amigos, con la familia, a nivel académico e incluso a nivel económico.

Escribe las consecuencias positivas y negativas, a corto y largo plazo, derivadas del consumo de drogas teniendo en cuenta las áreas consideradas.

CORTO PLAZO POSITIVAS	CORTO PLAZO NEGATIVAS
LARGO PLAZO POSITIVAS	CORTO PLAZO NEGATIVAS

HOJA 7.1.3. EFECTOS A CORTO Y LARGO PLAZO DE LAS DROGAS

TIPO DE DROGA	EFECTOS A CORTO PLAZO	EFECTOS A LARGO PLAZO
ALCOHOL (depresor)	Euforia, pérdida de inhibiciones, descoordinación motora, intoxicación, somnolencia, estupor y coma, con posibilidades de muerte por intoxicación.	Cirrosis, úlcera gástrica, pancreatitis, cáncer de hígado, anemia y disminución de las defensas, alteraciones cardíacas (miocarditis), degeneración y atrofia del cerebro, delirium tremens, etc.
HEROINA (depresor)	Intensa sensación de placer, sedación y cierta euforia, alivio de cualquier malestar o tensión, sequedad de boca, depresión del sistema respiratorio, estreñimiento, disminución de la temperatura corporal.	Neurológicos (encefalopatía, crisis convulsivas, pérdida de visión, disminución de sensibilidad y fuerza), digestivos (estreñimiento, obstrucción intestinal, hepatotoxicidad), endocrinos (efecto diabetógeno, disminución del deseo sexual), en el aparato reproductor (disfunciones sexuales, amenorrea) , en el aparato respiratorio (granulomas, neumopatía, depresión respiratoria), alteraciones de la nutrición (Adelgazamiento extremo), dolencias cardiovasculares
COCAINA (estimulante)	Euforia, excitación, disminución de la fatiga, aumento de la lucidez, aumento de la agresividad y riesgo de sobredosis	Neurológicos (convulsiones, hemorragias cerebrales, hipertermia, alucinaciones, cuadros paranoides, alteraciones del sueño, cuadros depresivos), digestivos (hepatotoxicidad), cardíacos (arritmias, cuadros de isquemia, miocarditis), en el aparato reproductor (amenorrea, disminución de la fertilidad), en el aparato respiratorio (edema de pulmón, granulomas, disfunción respiratoria)
BENZODIACEPINA S (depresor)	Desorientación, relajación, somnolencia, pérdida de memoria, deterioro del razonamiento	Ansiedad, deterioro intelectual, irritabilidad, disminución del apetito, hepatotoxicidad
ANFETAMINAS (estimulante)	Excitación nerviosa, euforia, irritabilidad, locuacidad, hiperactividad, agresividad, trastornos mentales graves (psicosis anfetamínica), disminución del apetito, insomnio prolongado, hepatotoxicidad	Depresión severa, psicosis tóxica anfetamínica
LSD (psicodisléptico)	Ilusiones y alucinaciones, distorsiones de la percepción sensorial, del tiempo y espacio, dificultad de concentración, de control del pensamiento y disminución de la capacidad de recordar, fluctuaciones del humor	Trastornos mentales (psicosis, depresión, ansiedad), pánico, lesiones neurológicas, repetición de alucinaciones y otros síntomas sin consumo (flash-back), hepatotoxicidad
MARIHUANA (psicodisléptico)	Sensación de calma y bienestar, euforia y desinhibición, locuacidad, alta sociabilidad, aumento del apetito, taquicardia, enrojecimiento de ojos, dificultades en los procesos mentales complejos y alteraciones de la percepción sensorial y temporal, somnolencia y depresión, confusión, letargo, estados de pánico	Crisis cardíacas, disminución de la producción de espermatozoides, alteración ciclo sexual femenino, faringitis y bronquitis crónica, bajo rendimiento intelectual, trastornos mentales (psicosis y cuadros delirante-alucinatorios, pérdida de memoria, flash-back, disminución de la concentración, alucinaciones, síndrome amotivacional.
TABACO	Taquicardia, hipertensión	Infecciones respiratorias (faringitis, laringitis, bronquitis), enfermedades pulmonares obstructivas (bronquitis, enfisema), cáncer (boca, elngua, laringe, pulmón, etc.), úlcera de estómago y duodeno, infarto de miocardio,

(estimulante)		alteraciones vasculares periféricas, disminución de la síntesis de espermatozoides
----------------------	--	--

HOJA 7.1.4. ALTERNATIVAS AL CONSUMO

Instrucciones: Escribe qué puedes hacer para no consumir drogas:

* ¿Cómo puedes hacer frente a la presión de tus amigos?

* ¿A qué otras actividades puedes dedicar tu tiempo libre?

* ¿Qué cosas podrías comprarte con el dinero que te gastas en drogas?

* ¿Qué cosas hubieras evitado si no hubieses consumido drogas?

* ¿Crees que eres capaz de tener un “consumo responsable”?

CAPÍTULO 8

CONCLUSIONES GENERALES

La presente tesis doctoral, cuya aportación principal es presentar el diseño y la elaboración de un programa de prevención escolar de drogas en adolescentes, surge en un intento de avanzar en el difícil campo del abuso de sustancias en este sector de la población, que ha conllevado tan graves consecuencias tanto a nivel personal como social.

En los últimos años se ha realizado un gran esfuerzo tanto por parte de entidades gubernamentales como de instituciones privadas para encontrar vías de actuación más eficaces y duraderas, dándose un especial énfasis a la prevención como alternativa viable al tratamiento. No obstante, aunque se han hecho grandes avances, tanto en el conocimiento de las variables que influyen en el uso de drogas como en la elaboración de programas de prevención cada vez mejor elaborados y más completos, el fenómeno de las drogodependencias sigue siendo un misterio en muchos aspectos y todavía existen grandes retos que conseguir. De hecho, la revisión bibliográfica realizada nos ha permitido observar, por un lado, que todavía no se ha llegado a conclusiones claras acerca de las interacciones que existen entre las variables predictoras del uso/abuso de drogas y el peso diferencial que cada una de ellas tiene en el inicio y en el mantenimiento de este problema y, por otro, como, de forma indiscriminada, se siguen elaborando y utilizando programas o enfoques que han demostrado su ineficacia en la prevención y/o reducción del consumo de sustancias adictivas.

Tomando como referencia una muestra de jóvenes escolarizados pertenecientes a la Comunidad Autónoma de Madrid con edades comprendidas entre los 14 y los 18 años, el programa escolar que se presenta, se diseña y desarrolla desde el enfoque de los factores de riesgo y surge después de una evaluación previa del consumo de drogas legales, ilegales y médicas en la población diana y de un análisis de las variables que

han resultado predictoras del mismo. Ambos aspectos se consideran requisitos necesarios para la elaboración de programas preventivos más eficaces que mantengan sus resultados a largo plazo. Además este programa se diseña desde un enfoque psicosocial y considera variables de diversa índole (biológico-evolutivas, psicológicas, grupales y escolares) que han mostrado su relevancia en los análisis previos. En este sentido, se plantea este programa como innovador al no haber encontrado en estudios españoles ningún programa que tenga en cuenta todos estos factores. Especialmente no se han hallado intervenciones preventivas que, desde el enfoque de los factores de riesgo, realicen los estudios previos que aquí se han realizado y que se estructuren exclusivamente en base a los datos encontrados, lo que supone apoyarse no solo en resultados teóricos sino empíricos.

Además, el programa se elabora teniendo en consideración los siguientes aspectos, que han mostrado su importancia en este área en el desarrollo de programas efectivos que mantienen sus resultados a largo plazo: a) está basado en una teoría contrastada; b) es un programa multicomponente; c) tiene en cuenta el difícil período al que se dirige (adolescencia) y sus cambios; d) utiliza una metodología interactiva; e) se entrena a los chicos en habilidades sociales generales y específicas.

El primero de los trabajos empíricos que se ha propuesto surgió con el objetivo fundamental de evidenciar la magnitud del consumo de sustancias adictivas entre las que se han incluido el alcohol (cerveza, licores, vino y combinados), el tabaco, el cannabis, los fármacos antiinflamatorios y tranquilizantes, los derivados morfínicos, los alucinógenos, los inhalantes, las anfetaminas, la cocaína, la heroína y las drogas de síntesis, considerando distintos parámetros de análisis. Para todas ellas, se han recogido las prevalencias de consumo para cada una de las drogas en función de distintos parámetros temporales como son el "consumo alguna vez en la vida", el "consumo reciente" (realizado en los últimos seis meses) y el "consumo frecuente" (llevado a cabo en los últimos treinta días) y, con respecto al grupo de jóvenes que mantienen un consumo más habitual (aquellos que afirman haber consumido la sustancia de referencia en el último mes), se han estimado las diferencias encontradas en función de variables demográficas como la edad y el sexo de los sujetos, la edad de comienzo en el mismo, la distribución temporal del uso de cada una de las sustancias y, especialmente, el

patrón de continuidad en el mismo.

Las conclusiones más relevantes obtenidas en este primer estudio han sido:

(a) Respecto al **alcohol** (en sus diversas formas: cerveza, vino, licor y combinados), los porcentajes de consumidores son similares o ligeramente superiores a los mostrados por otros trabajos realizados en la Comunidad Autónoma de Madrid, así como en otras poblaciones como la catalana, o la valenciana. En consonancia con otros estudios españoles, las bebidas preferidas por nuestra muestra de estudio son los combinados, los licores y el vino, señalando la consolidación de un patrón de consumo centrado en el uso de sustancias de mayor graduación. Este dato alcanza mayor significación si se observa que el 68% de los consumidores en el último mes han bebido combinados con una frecuencia semanal, lo que supone una utilización habitual de sustancias de mayor graduación, no sólo los fines de semana, sino también a lo largo de toda la semana. Este hecho bien podría reflejar una mayor tolerancia del alcohol por parte de los más jóvenes de nuestra comunidad.

En cuanto a la edad de inicio, se sitúa a los 13.7 años, lo que supone un descenso significativo en la edad de comienzo del uso de esta sustancia, tendencia que también se viene dando en estudios a nivel nacional. Por sexos no hay diferencias, excepto en el caso de los combinados, donde las mujeres parecen iniciarse de forma más temprana. Estos resultados contrastan con estudios nacionales que señalan un comienzo más tardío en el uso de sustancias por parte de las mujeres.

En función del sexo, sólo hay diferencias en cuanto a los porcentajes en el consumo de cerveza y de vino, en los que los hombres superan a las mujeres. En la frecuencia de consumo diario no se encuentran diferencias entre sexos, a diferencia de los fines de semana, donde los hombres llevan a cabo un consumo mayor de alcohol.

El consumo de alcohol aumenta significativamente con la edad, tanto en

frecuencia como en intensidad, presentándose ya a los 14 años patrones de consumo frecuentes. Los datos también muestran un patrón de continuidad muy elevado (80%) especialmente en el sexo masculino.

(b) El **tabaco** es la segunda sustancia más consumida en nuestra muestra, ya que prácticamente la mitad de los encuestados afirmaron consumirla en el mes previo a la realización de la encuesta y, de ellos, casi el 40% son fumadores diarios. Estos porcentajes son muy superiores a los obtenidos por otros trabajos tanto dentro como fuera de nuestra comunidad, ya que los porcentajes más altos que se han encontrado en los estudios nacionales se sitúan en un 22,3% (PNSD, 1996) y en nuestra comunidad señalan un 29,3% (CAM, 1995).

La edad media de inicio se sitúa alrededor de los 13.5 años, siendo similar en ambos sexos. En este caso, otros estudios muestran edades de inicio anteriores en el caso de los hombres.

Hay un mayor porcentaje de mujeres fumadoras, si bien la intensidad de consumo de cigarrillos tanto a diario como en fin de semana, es similar en ambos sexos.

La cantidad consumida de tabaco diariamente y los fines de semana aumenta considerablemente según la edad de los sujetos en ambos sexos y, por el contrario, disminuyen los porcentajes de consumidores de menos de 6 cigarrillos/día.

La continuidad en el consumo de tabaco es elevada, puesto que prácticamente el 98% de los consumidores en el último semestre son fumadores en el último mes. En este caso, no aparecen diferencias significativas por sexos y sí por edades, puesto que se da un incremento importante del porcentaje de jóvenes que continúan con el consumo a partir de los 17/18 años en adelante frente al grupo de menor edad.

(c) En el caso de las **drogas ilegales** es donde las diferencias con otros estudios españoles son más significativas, encontrándose en nuestra muestra porcentajes de consumo muy superiores a la media en todas las sustancias estudiadas.

El cannabis, los fármacos antiinflamatorios, los derivados morfínicos y la cocaína son las drogas de uso más generalizado (en el último mes) entre los jóvenes madrileños componentes de la muestra de estudio. Si bien los porcentajes de consumo son muy inferiores a las sustancias de comercio legal, resulta alarmante el hecho de que cerca del 20% de los adolescentes de 14 a 15 años en el caso del cannabis y casi el 16% en el de los antiinflamatorios, ha consumido la sustancia de referencia en el mes previo a la realización de la encuesta. Además cerca del 60% afirma consumir cannabis y tranquilizantes sin prescripción médica. En todas las sustancias estudiadas, los porcentajes de consumo en el último mes son muy superiores respecto a la media nacional. Por ejemplo, tomando como referencia el estudio del PNSD realizado en 1998, las diferencias en los porcentajes de consumo en el último mes resultan patentes: en el caso del cannabis, un 17,2% de consumo nacional frente a un 29,8% en nuestra muestra; respecto a los tranquilizantes, un 2,4% frente a un 4,9% en nuestra muestra; en el caso de la cocaína un 2,4% respecto a un 4,1%. El cannabis junto con los tranquilizantes son las sustancias que los jóvenes consumen en mayor medida con una frecuencia semanal, llegando a porcentajes cercanos al 60% de los consumidores en el último mes. Estos datos por sí solos ya justifican la elaboración de un programa de prevención de drogas adecuado a esta población.

La edad media de inicio en el consumo de sustancias de comercio ilegal como el cannabis, los tranquilizantes y la heroína, se sitúa en torno a los 14 años y en el caso de la cocaína, las anfetaminas, los alucinógenos y las drogas de síntesis la edad de comienzo es aproximadamente un año después. Es necesario subrayar que en el caso de los antiinflamatorios y los derivados morfínicos, la edad de inicio se sitúa alrededor de los 13 años. En ninguna sustancia de análisis se han detectado diferencias significativas entre ambos sexos. En este punto cabe recordar, que las sustancias médicas incluidas en este estudio y que no se tienen en cuenta en otras investigaciones, tienen mayor accesibilidad que otras sustancias como la cocaína, las anfetaminas o la heroína que resultan más difíciles de conseguir y suponen un mayor poder adquisitivo.

Si consideramos el sexo de los encuestados, en el consumo de cannabis y de cocaína, el porcentaje de varones consumidores es superior al de las mujeres mientras que, en el caso de las anfetaminas y los tranquilizantes, son éstas las que afirman en una

mayor proporción haber consumido estas sustancias en el último mes. Esta superioridad en las mujeres del uso de fármacos posiblemente sea debida a la mayor aceptabilidad social de estas sustancias y a su mayor accesibilidad.

El porcentaje de consumidores aumenta considerablemente con la edad, siendo el intervalo comprendido entre los 16 y los 18 años en el que se produce el mayor incremento.

La continuidad en el consumo de drogas ilegales es elevada en ambos sexos. Los hombres presentan una mayor continuidad en el consumo en el caso del cannabis, los derivados morfínicos, los tranquilizantes y las drogas de síntesis. No aparecen diferencias relevantes en la proporción de jóvenes consumidores en función del sexo masculino o femenino en el resto de las sustancias. Asimismo, se aprecia en ambos sexos un aumento significativo de la continuidad en el consumo conforme avanza la edad en el caso de los derivados morfínicos, los alucinógenos, las drogas de síntesis y los inhalantes.

(d) El estudio del consumo de drogas legales e ilegales **en función de las conductas violentas ejercidas por los adolescentes**, muestra como los jóvenes varones que consumen anfetaminas, tranquilizantes, cocaína, heroína, drogas de síntesis e inhalantes tienen un nivel de violencia y abuso sexual significativamente mayor que los no consumidores. En las mujeres sólo se da en el caso de la cocaína.

En relación con la destrucción de mobiliario urbano en calles, parques y jardines los hombres que consumen tabaco, alcohol (cerveza, vino y combinados), cannabis, cocaína, alucinógenos y heroína tienen un nivel de destrucción significativamente mayor que los no consumidores. En el caso de las jóvenes este hecho se constata para las que consumen alcohol (cerveza y vino), cannabis, alucinógenos y heroína.

En cuanto a la destrucción de mobiliario urbano en centros escolares, los hombres que consumen tabaco, alcohol (cerveza, vino y combinados), cannabis, anfetaminas, cocaína y drogas de síntesis participan en la destrucción de este tipo de mobiliario de forma estadísticamente significativa que en el caso de aquellos jóvenes

que no consumen. En las mujeres este hecho se constata en el caso de las que consumen tabaco y alcohol (cerveza, vino y combinados).

Los altos porcentajes de consumo detectados en nuestra muestra llevaron a querer diseñar y elaborar un programa escolar de prevención del consumo de drogas adaptado a las necesidades de esta población. Para ello, se planteó el segundo de los estudios empíricos de los que conforman la presente investigación para determinar, por un lado, la forma en la que se asocian los consumos de las diferentes sustancias consideradas, aislando aquellos grupos cuyo uso tiende a presentarse de un modo conjunto en la muestra de referencia y, por otro, el valor predictivo de variables de carácter psicosocial que, según los datos de otras investigaciones en esta área, parecen mantener una relación de causalidad con el inicio del consumo de drogas. En concreto, se tuvieron en cuenta variables psicológicas, del grupo de iguales y variables escolares. Las conclusiones más relevantes obtenidas de este segundo planteamiento son distintas según se trate de cada uno de los tipos de sustancias analizados.

(a) En cuanto al primer punto, se evidencia un **patrón de consumo** múltiple de sustancias que acumula la toxicidad y potencia los efectos negativos que se producen con la combinación de las distintas drogas. En este sentido se han obtenido tres agrupaciones bien diferenciadas dependiendo del tipo de drogas: 1) los consumos de las drogas convencionales (alcohol y tabaco) aparecen asociados junto con el de cannabis, lo que ya se ha puesto de manifiesto en otros estudios en este campo; 2) las drogas de comercio ilegal aparecen relacionadas entre sí, en concreto se da el consumo conjunto de alucinógenos, cocaína, heroína, drogas de síntesis, inhalantes y anfetaminas; 3) las drogas médicas se relacionan entre sí y con las drogas ilegales, como los derivados morfínicos.

(b) En referencia a las **variables predictoras** del consumo, si consideramos las variables de carácter psicológico, encontramos que:

- la dimensión que predice un mayor riesgo para el uso de drogas legales e ilegales analizadas es la presencia de conductas desviadas de las normas de comportamiento social típicas de la edad así como la realización

de actividades predelictivas.

- la búsqueda de desinhibición es predictora del uso de drogas convencionales.
- obtener mayores puntuaciones en la escala de susceptibilidad al aburrimiento resulta ser pronosticador de un menor consumo, concretamente de alcohol y tabaco.
- la empatía aparece como variable predictora de una menor implicación tanto en el caso de las drogas legales como ilegales, pero no en el caso de las drogas médicas.
- el hecho de que el adolescente se encuentre en una situación emocional caracterizada por el desánimo, la tristeza, una baja autoestima y una mayor dificultad para disfrutar con lo cotidiano, sólo resulta ser un predictor significativo de un mayor consumo de sustancias médicas pero no de drogas legales ni ilegales.

Entre las variables relacionadas con el grupo de iguales:

- el uso de sustancias por parte de los amigos que rodean al adolescente aparece como indicador relevante de un mayor riesgo de consumir drogas legales, ilegales y médicas.
- la influencia de la dimensión afectiva referente a la existencia de una estrecha relación entre el joven y sus amigos o una mayor frecuencia con la que éste los ve, es predictor significativo del consumo de drogas legales e ilegales.
- salir con los amigos a bares y discotecas es predictor de un mayor uso de drogas legales.
- salir frecuentemente a hacer deporte (en el caso de las drogas ilegales), al cine o al teatro (en el caso de las drogas legales), al parque o a la calle (en el caso de las drogas médicas) resultan factores de protección significativos.

Entre las variables del entorno escolar:

- el absentismo escolar ha resultado tener un impacto relevante como predictor de una mayor implicación del joven en el consumo de cualquiera de las sustancias consideradas.
- estar satisfecho de la educación que se recibe, se erige como un pronosticador fiable de la menor implicación del joven en el consumo de tóxicos, puesto que éste es un aspecto que se repite como factor protector tanto para las drogas legales como para las ilegales.

Entre las variables relacionadas con la emisión de conductas violentas:

- el hecho de que los adolescentes ejerzan violencia para descargarse o como respuesta a una ofensa recibida por uno de sus amigos, el que suelen destrozar mobiliario urbano, en casa o en la escuela, se definen como importantes factores de riesgo para el consumo del total de sustancias analizadas.

Desde el punto de vista de la prevención, encontrar estos resultados en los dos estudios empíricos que se han desarrollado ha servido para diseñar y elaborar un programa de prevención multicomponente que, desde el enfoque de los factores de riesgo, pretende en el medio escolar reducir los factores de riesgo que han resultado significativos en los análisis previos y fomentar el desarrollo de los factores de protección. El programa que se ha presentado se ha centrado tanto en prevenir como en manejar aquellas características de carácter psicológico que sitúan al adolescente en una situación de mayor riesgo a la vez que se han potenciado aquellas otras que le [protegen] frente al inicio en el consumo.

Todos los módulos que incluye el programa tienen su justificación en las dimensiones que han resultado significativas en los análisis previos. Así se han incluido variables psicológicas como el autoconcepto-autoestima que han mostrado su relevancia

en el uso de drogas legales e ilegales y que no podían obviarse en un programa de prevención de drogas ya que ambos conceptos van a influir en todas las áreas de la vida del sujeto, especialmente en la adolescencia, período donde cristalizan el conocimiento y las valoraciones que uno tiene sobre sí mismo.

Además, se ha pretendido idear ejercicios específicos para afrontar y manejar, la poderosa influencia que ejercen los iguales en el consumo de sustancias. En este sentido, se han incluido tareas para preparar a los jóvenes a tener recursos suficientes y eficaces para resistir las presiones del grupo cuando éstas comiencen a aparecer, incluyendo el entrenamiento en habilidades tanto generales (asertividad) como específicas (aprender a decir no, saber rechazar ofertas). Por otro lado, la importancia constatada de variables como el tipo de actividades que realiza el grupo de amigos, ha llevado a incluir en el programa alternativas saludables de ocio y tiempo libre que satisfagan sus necesidades personales (búsqueda de situaciones novedosas, curiosidad) y que logren, en alguna medida, crear otras fuentes distintas de gratificación que se sumen a lo que hoy en día es prácticamente la única vía de disfrute juvenil existente (bares, discotecas). Como complemento se incluye el módulo de solución de problemas que puede aplicarse a cualquier situación de la vida cotidiana.

También se ha incluido un módulo de conducta antisocial, ya que la realización de conductas violentas para descargarse o la destrucción de mobiliario ha resultado ser pronosticador del uso de todas las sustancias de estudio.

La introducción del módulo de características de la personalidad en las facetas que han mostrado su importancia, empatía, control de la impulsividad y afán de aventura también se encuentra justificado si tenemos en cuenta que estas variables han resultado predictivas del consumo de drogas legales e ilegales.

Las variables escolares y más concretamente la valoración del centro escolar ha sido un factor de riesgo importante en el consumo de cualquier tipo de droga, por ello se ha incluido un módulo que trata específicamente esta dimensión.

Por último, se ha incluido en el programa el módulo de información sobre

drogas, módulo importante teniendo en cuenta la edad con la que trabajamos.

De esta manera, mediante la inclusión de estos siete módulos se tratan todos los factores de riesgo que han resultado relevantes, teniendo en cuenta también los factores de protección.

La estructura que se ha mostrado más útil y en la que los chicos se han mostrado más activos, hecho importante para conseguir una mayor efectividad del programa, ha sido: a) el análisis de la situación actual en cuanto a la dimensión que queremos tratar; b) la exposición de los pensamientos, sentimientos y conductas que los chicos tienen ante la situación problema (situaciones que se han buscado cercanas a ellos y que se han adaptado a la edad del grupo al que se le aplica el módulo); c) la búsqueda de alternativas más saludables y positivas evaluando de nuevo los pensamientos, sentimientos y conductas que tendrían en esta nueva situación; d) las tareas para casa, con el fin de reforzar lo aprendido y generalizar los conocimientos a cualquier situación de su vida cotidiana.

Si las investigaciones en el área han resultado acertadas, este programa será efectivo en la reducción del consumo de drogas así como en evitar que los adolescentes que no consumen actualmente se vean inmersos en el difícil mundo de las drogodependencias, ya que en la medida de nuestras posibilidades, se han tenido en cuenta todas las variables que de alguna manera contribuyen a que un programa de prevención escolar de drogas sea efectivo y mantenga sus resultados a largo plazo. La evaluación que se realizará posteriormente a la implantación del programa nos permitirá concluir si los esfuerzos que se han realizado servirán de punto de partida para poder implantar de una forma más generalizada en nuestra y otras comunidades autónomas este tipo de programas específicos a la población diana, que trate todos los factores implicados en el uso de drogas adolescente y que resulten efectivos a corto y largo plazo.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Abu-Shams, K., Carlos, M. De, Tiberio, G., Sebastián, A., Guillén, J., Rivero, M., (1998). Personalidad del adolescente fumador. *Psiquis*, 18(8), 41-48.
- Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid. Memoria 1998.
- Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid. Memoria 1999.
- AGIPAD, (1994). Memoria del Proyecto Piloto de "En la Huerta con mis Amigos". No publicado.
- Ajzen, I. (1985). From decisions to actions: A theory of planned behavior. In J. Kuhl y J. Beckman (Eds.), *Action-control: From cognition to behavior* (pp. 11-39). New York: Springer.
- Ajzen, I. (1988). *Attitudes, personality, and behavior*. Homewood, IL: Dorsey Press.
- Ajzen, I. y Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Akers, R.L., Krohn, M.D., Lanza-Kaduce, L. y Radosevich, M. (1979). Social learning and deviant behavior: A specific test of a general theory. *American Sociology Review*, 44, 636-655.
- Albee, G.W. (1982). Preventing psychopathology and promoting human potencial. *American Psychologist*, 32, 150-161.
- Albein, W., Sevilla, F.T. y Carrera, V. (1992). Prevención de drogas: Resultados preliminares en la población de jóvenes de Alcoy. *Avances en drogodependencias II: XX Jornadas Nacionales*. Córdoba: Socidrogalcohol.
- Allen, G.J., Chinsky, J.M., Larcen, S.W., Lochman, J.E. y Selinger, J.V. (1976). *Community psychology and the schools: A behaviorally oriented multilevel preventive approach*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Allsop, J.F. y Feldman, M. (1976). Personality and anti-social behavior in schoolboys: Item analysis of questionnaire measures. *British Journal of Criminology*, 16, 337-351.
- Almenara, J., Ruiz, M.A., Rodríguez, A., Abellán, M.J., Martínez, J.M. y Fernández, J.R. (1990). El hábito del tabaco en población juvenil gaditana. *Anales Españoles de Pediatría*, 32, 125-129.
- Alonso, D., Freijo, E. y Freijo, A. (1996). *Actuar es posible: La prevención de las drogodependencias en la comunidad escolar*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- Alonso, C. y Del Barrio, V. (1996). Consumo de drogas legales y factores asociados al ambiente escolar. *Psicología Educativa*, 11(1), 91-112.

- Alonso, C. y Del Barrio, V. (1997). Efectividad de tres intervenciones para la prevención del consumo de tabaco en el medio escolar. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 50(2): 223-241.
- Alonso, C. y Del Barrio, V. (1998). Efectividad de tres intervenciones para la prevención del consumo de alcohol en la escuela. *Análisis y Modificación de Conducta*, 24(97): 679-701.
- Alonso, J., Rosado, J., Ruiz, R. y Alonso, J. (1997). Consumo de alcohol y adolescencia: Estudio epidemiológico descriptivo. *Atención Primaria*, 19(4), 183-187.
- Álvarez, F.J., Queipo, D., Del Río, M.C. y García, M.C. (1991). Alcohol consumption in young adults in the rural communities of Spain. *Alcohol and Alcoholism*, 26, 93-101.
- Amengual, M.M., Calafat, F.A. y Palmer, P.A. (1993). Alcohol, tabaco y drogas en enseñanza media: 1981-1988-1992. *Adicciones: revista de sociodrogalcohol*, 5 (2), 141-161.
- Amigó, S. y Seshadri, V.O. (1999). Consumo de cannabis: determinantes y consecuencias en una muestra de estudiantes valencianos. *Informació Psicológica*, 71, 66-71.
- Amón, J. (1996). Estadística para psicólogos II. Madrid: Pirámide.
- Aneshensel, C.S. y Huba, G.J. (1983). Depression, alcohol use, and smoking over one year: A four-wave longitudinal causal model. *Journal of Abnormal Psychology*, 92, 134-150.
- Anthony, J.C. y Petronis, K.R. (1995). Early-onset drug use and risk of later drug problems. *Drug and Alcohol Dependence*, 40, 9-15.
- Ariza, C. y Nebot, M. (1995). Consumo de alcohol en escolares. *Medicina Clínica*, 105, 481-486.
- Arkin, R.M., Roemhild, H.J., Johnson, C.A., Luepker, R.V. y Murray, D.M. (1981). The Minnesota smoking prevention program: A seventh grade health curriculum supplement. *Journal of School Health*, 51, 616-661.
- Asher, S.R. y Renshaw, P.D. (1981). Children without friends: Social knowledge and social-skill training. En S.R. Asher y J.M. Gottman (Eds.), *The development of children's friendships*. Nueva York: Cambridge University press.
- Atkin, C., Hocking, J. y Block, M. (1984). Teenage drinking: Does advertising make a difference?. *Journal of Communication*, 34, 157-167.
- Aubà, J. y Villalbí, J.R. (1993a). Tabaco y adolescentes: influencia del entorno personal. *Medicina Clínica*, 100, 506-509.

- Aubà, J. y Villalbí, J.R. (1993b). Consumo de bebidas alcohólicas en la adolescencia. *Atención Primaria, 11*, 26-31.
- Ayuntamiento de Donostia, 1999. Lagunekin Bratzean. En la Huerta con mis Amigos. Ebaluazio Txostena. 97-99. No publicado.
- Bachman, J.G., Lloyd, D.J. y O'Malley, P.M. (1981). Smoking, drinking, and drug use among American high school students: Correlates and trends, 1975-1979. *American Journal of Public Health, 71*, 59-69.
- Backer, T.E., Rogers, E.M. y Sopory, P. (1992). *Designing health communication campaigns: What works?.* Newbury Park, CA: Sage.
- Backer, T.E. y Rogers, E.M. (1993). *Organizational aspects of health communication campaigns: What works?.* Newbury Park, CA: Sage.
- Bailey, S. y Hubbard, R.L. (1990). Developmental variation in the context of marijuana initiation among adolescents. *Journal of Health and Social Behaviour, 31*, 58-70.
- Bailey, S.L., Flewelling, R.L. y Rachal, J.V. (1992). Predicting continued use of marijuana among adolescents: The relative influence of drug-specific and social context factors. *Journal of Health and Social Behavior, 33*, 51-66.
- Baldivieso, L.E. y Perotto, P.C. (1993). *Manual de prevención contra las drogas: Quiero llegar a ser alguien. Guía para el promotor.* La Paz: Cese.
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory.* Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory.* Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Bank, B., Biddle, B., Anderson, D., Hauge, R., Keats, D., Keats, J., Marlin, M. y Valantin, S. (1985). Comparative research on the social determinants of adolescent drinking. *Social Psychology Quarterly, 48*, 164-177.
- Barnea, Z., Teichman, M. y Rahav, G. (1992). Personality, cognitive and interpersonal factors in adolescent substance use: A longitudinal test of an integrative model. *Journal of Youth and Adolescence, 21*, 187-201.
- Barnes, G.M. y Welte, J.W. (1986). Patterns and predictors of alcohol use among 7-12th grade students in New York State. *Journal of Studies on Alcohol, 47*, 53-62.
- Barnes, G.M., Welte, J.W. y Dintcheff, B. (1992). Alcohol misuse among college students and other young adults: Findings from a general population study in New York State. *International Journal of Addictions, 27*(8), 917-934.
- Barrena, T., Gil, L. y Sanz, P. (1992). *Estudio de los factores de riesgo para el consumo de drogas: Análisis en varios centros de enseñanzas medias del distrito de Vallecas.* Madrid: FAD.

- Barriga, S. (1987). La intervención psicosocial. En S. Barriga y cols. (eds). *Intervención psicosocial*. Ed. Hora.
- Barrio del, M.V. y Silva, F. (1993). *Escala de la depresión*. Madrid: T.E.A.
- Barrio del, V. y Alonso, C. (1994). Búsqueda de sensaciones y consumo de drogas legales en escolares. *Clínica y Salud*, 5(1), 69-81.
- Barro, S.M. y Kolstad, A. (1987). *Who drops out of high school? Findings from high school and beyond*. Washington, DC: Government Printing Office.
- Barrueco, M. (1995). Tabaquismo escolar en el medio rural de Castilla-León: Actitudes de la población escolar. *Archivos de Bronconeumología*, 31(1), 23-27.
- Basabe, N. y Páez, D. (1992). *Los jóvenes y el consumo de alcohol, representaciones sociales*. Bilbao: Fundamentos.
- Bates, M.E., Labouvie, E.W. y White, H.R. (1986). The effect of sensation seeking needs on alcohol and marijuana use in adolescence. *Bulletin of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors*, 5, 29-36.
- Battistich, V., Schaps, E., Watson, M. y Solomon, D. (1996). Prevention effects of the Child Development Project: Early finding from an ongoing multisite demonstration trial. *Journal of Adolescent Research*, 11, 12-35.
- Battistich, V., Schaps, E., Watson, M. y Solomon, D. (1997). Caring school communities. *Educational Psychologist*, 32, 137-151.
- Bauman, K.E. y Fisher, L.A: (1986). On the measurement of friend behavior in research on friend influence and selection: Findings from longitudinal studies of adolescent smoking and drinking. *Journal of Youth and Adolescence*, 15, 345-353.
- Becoña, E. (1999). *Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas*. Editado por el Ministerio del Interior. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Bellver, M.C. y García, R. (1997). Objetivos y estrategias de los programas de prevención escolar y comunitario nacionales: Una revisión (1985-1994). En J. Escámez (Ed.), *Prevención de la drogadicción* (pp. 115-134). Valencia: Nau Llibres.
- Berjano, E. (1988). Análisis psicosociológico del consumo de drogas en el contexto escolar: mecanismos de prevención. Facultad de Psicología. Universidad de Valencia. Tesis Doctoral.
- Berkowitz, A.D. y Perkins, H.W. (1986). Problem drinking among college in collegiate alcohol use. *JACH*, 35, 21-28.

- Berndt, T.J. (1979). Developmental changes in conformity to peers and parents. *Developmental Psychology, 15*, 608-616.
- Berrueta-Clement, J.R., Schweinhart, L.J., Barnett, W.S., Epstein, A.S. y Weikhart, D.P. (1984). *Changed lives: The effects of the Perry Preschool Program on youths through age 19*. Ypsilanti, MI: High/Scope Press.
- Bierman, K.L., Miller, C.L. y Stabb, S.D. (1987). Improving the social and peer acceptance of rejected boys: Effects of social skill training with instructions and prohibitions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55*, 194-200.
- Biglan, A., Glasgow, R., Ary, D., Thompson, R., Severson, H., Lichtenstein, E., Weissman, W., Faller, C. y Callison, C. (1987). How generalizable are the effects of smoking prevention programs? Refusal skills training and parent messages in a teacher administered program. *Journal of Behavioral Medicine, 10*, 613- 627.
- Black, G.S. (1989). *The attitudinal basis of drug use-1987 and changing attitudes toward drug use-1988: Reports from the Media Advertising Partnership for a Drug-Free America, Inc.* Rochester, NY: Gordon S. Black.
- Bleichmar, H. (1994). Droga y depresión. Un camino a doble vía. *Proyecto Hombre, 10*, 6.
- Blose, J.O. y Holder, H.D. (1987). Liquor-by-the-drink and alcohol related traffic crashes: A natural experiment using time-series analysis. *Journal of Studies on Alcohol, 48*, 52-60.
- Botvin, G.J. (1986). Substance abuse prevention research: Recent developments and future directions. *Journal of School Health, 56*, 369-386.
- Botvin, G. (1995). Entrenamiento en habilidades para la vida y prevención del consumo de drogas en adolescentes: consideraciones teóricas y hallazgos empíricos. *Psicología Conductual, 3*, 333-356.
- Botvin, G.J., Baker, E., Dusenbury, L., Botvin, E.M. y Díaz, T. (1995). Long-term follow-up results of a randomized drug abuse prevention trial in a white middle-class population. *JAMA, 273*, 1106-1112.
- Botvin, G.J., Baker, E., Filazzola, A.D., y Botvin, E.M. (1990). A cognitive-behavioral approach to substance abuse prevention: One-year follow-up. *Addictive Behaviors, 15*, 47-63.
- Botvin, G.J., Baker, E., Renick, N., Filazzola, A.D. y Botvin, E.M. (1984). A cognitive-behavioral approach to substance abuse prevention. *Addictive Behaviors, 9*, 137-147.
- Botvin, G.J., Batson, H.W., Witts-Vitale, S., Bess, V., Baker, E. y Dusenbury, L. (1989). A psychosocial approach to smoking prevention for urban Black youth. *Public Health Reports, 104*, 573-582.

- Botvin, G.J. y Botvin, E.M. (1993). Adicción juvenil a las drogas: Estrategias de prevención, hallazgos empíricos y temas de valoración. En J.A. García-Rodríguez y J. Ruiz (Comps.), *Tratado sobre prevención de las drogodependencias*. Madrid: FAD.
- Botvin, G.J. y Eng, A. (1980). A comprehensive school-based smoking prevention program. *Journal of School Health*, 50, 209-213.
- Botvin, G.J. y Eng, A. (1982). The efficacy of a multicomponent approach to the prevention of cigarette smoking. *Preventive Medicine*, 11, 199-211.
- Botvin, G.J., Eng, A. y Williams, C.L. (1980). Preventing the onset of cigarette smoking through life skills training. *Preventive Medicine*, 9, 135-143.
- Botvin, G.J., Renick, N. y Baker, E. (1983). The effects of scheduling format and booster sessions on a broad spectrum psychosocial approach to smoking prevention. *Journal of Behavioral Medicine*, 6, 359-379.
- Botvin, G.J. y Wills, T.A. (1985). Personal and social skills training: Cognitive-behavioral approaches to substance abuse prevention. En C.Bell y R.J. Battjes (Eds.), *Prevention research: Detering drug abuse among children and adolescents* (NIDA Research Monograph 63). Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Vol.1. Attachment*. Nueva York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Vol.2. Separation-anxiety and anger*. Nueva York: Basic Books.
- Boyle, M.H., Offord, D.R., Racine, Y.A. y Fleming, J.E. (1993). Predicting substance abuse in early adolescence based on parent and teacher assessments of childhood psychiatric disorder: results from the Ontario Child Health Study follow-up. *Journal of Child Psychological Psychiatry*, 34, 535-544.
- Bronson, M.B., Pierson, D.E. y Tivnan, T. (1984). The effects of early education of children's competence in elementary school. *Evaluation Review*, 8, 615-629.
- Brook, J.S., Whiteman, M. y Gordon, A.S. (1983). Stages of drug use in adolescence: Personality, peer and family correlates. *Developmental Psychology*, 19, 489-504.
- Brook, J.S., Gordon, A.S., Whiteman, M. y Cohen, P. (1986). Some models and mechanisms for explaining the impact of maternal and adolescent characteristics on adolescent stage of drug use. *Developmental Psychology*, 22, 460-467.
- Brook, J.S., Whiteman, M., Gordon, A.S. y Cohen, P. (1989). Changes in drug involvement: A longitudinal study of childhood and adolescent determinants. *Psychological Reports*, 65, 707-726.
- Brook, J.S., Brook, D.W., Gordon, A.S., Whiteman, M. y Cohen, P. (1990). The

- psychosocial etiology of adolescent drug use: A family interactional approach. *Genetic, Social, and General Psychology Monographs*, 116 (2). 111-267.
- Brook, J.S., Whiteman, M, Finch, S., Cohen, P. (1995). Aggression, intrapsychic distress and drug use: antecedents and intervening processes. *Journal of American Academic Child and Adolescence Psychiatry*, 34; 1076-1083.
- Brook, J.S., Whiteman, M, Finch, S., Cohen, P. (1996). Young adult drug use and delinquency: childhood antecedents and adolescent mediators. *Journal of American Academic Child and Adolescence Psychiatry*, 35; 1584-1592.
- Bry, B.H., McKeon, P. y Pandina, R.J. (1982). Extent of drug use as a function of number of risk factors. *Journal of Abnormal Psychology*, 91, 273-279.
- Bukoski, W.J. (1986). School-based substance abuse prevention: A review of program research. En S. Griswold-Ezekoye, K.L. Kumpfer y W.J. Bukoski (Eds.), *Childhood and chemical abuse*. Nueva York: Haworth.
- Bukoski, W.J. (1991). *An international review of drug abuse prevention research*. Lexington: University of Kentucky.
- Cairns, R.B., Cairns, B.D., Neckerman, H.J., Gest, S.D. y Gairepy, J.L. (1988). Social networks and aggressive behavior: Peer support or peer rejection?. *Developmental Psychology*, 24, 815-823.
- Calafat, A. (1995). *Los factores de riesgo como fundamento de programas preventivos*. En E. Becoña., A. Rodríguez e I. Salazar (coord.) *Drogodependencias 4. Prevención* (pp. 75-103). Santiago de Compostela: Servicio de Publicaciones e Intercambio Científico de la Universidad de Santiago de Compostela.
- Calafat, A., Amengual, M., Mejías, G., Borrás, M. y Palmera, A. (1989). Evaluación del programa de prevención escolar "Tú decides". *Adicciones*, 1(2), 96-111.
- Calafat, A. y Amengual, M. (1991). Depresión, depresividad y toxicomanía. *Adicciones*, 3(1), 75-100.
- Calafat, A., Amengual, M, Guimerans, C., Rodríguez Martos, A. y Ruiz, R. (1995). Tú decides: 10 años de un programa de prevención escolar. *Adicciones*, 17(4), 509-526.
- Calafat, A., Juan, M., Becoña, E., Fernández, C., Gil, E., Palmer, A., Sureda, P. y Torres, M.A. (2000). *Salir de marcha y consumo de drogas*. Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio del Interior.
- Campins, M., Gasch, J., Hereu, P., Rosselló, J. y Vaqué, J. (1996). Consumo y actitudes de los adolescentes frente a sustancias adictivas: Encuesta de prevalencia. *Anales de Pediatría*, 45(5), 475-478.
- Canals, J, Blade, J. y Carbajo G. (1998). *Predictores psicológicos y psicopatológicos de consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en población adolescente: estudio*

- longitudinal*. Jornadas Nacionales de Sociodrogalcohol (25^a. 1997. Tarragona). Libro de actas de las XXV jornadas nacionales de sociodrogalcohol: Tarragona 23, 24 y 25 abril 1998. Tarragona: Dupont Pharma. Págs, 253-261.
- Caplan, M., Weissberg, R.P., Grober, J.S. y Sivo, P.J. (1992). Social competence promotion with inner-city and suburban young adolescents: Effects on social adjustment and alcohol use. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1*, 56-63.
- Cárdenas, C. y Moreno-Jiménez, B. (1989). La búsqueda de sensaciones y la ingesta de alcohol en la adolescencia. *Revista de Psicología General y Aplicada, 42*, 343-349.
- Carlson, B. y Edwards, W. (1987). Human values and cocaine use. *Journal of Drug Education, 17*(3), 188-195.
- Carlson, B. y Edwards, W. (1990). Human values and marijuana use. *The International Journal of the Addictions, 25*(12), 1401.
- Carrasco Giménez, T.J., Adame, M.L. y Vila Castelar, J. *Programa de prevención del consumo de drogas y promoción de hábitos de vida saludables entre los adolescentes de la ciudad de Granada*. Documento no publicado.
- Carrasco Giménez, T.J., Adame, M.L. y Vila Castelar, J. (1997). Prevención del consumo de drogas y promoción de hábitos de vida saludables en adolescentes (Granada). *Boletín IDEA-Prevención* . Vol. 15: 29-30.
- Casswell, S. y Gilmore, L. (1989). An evaluated community action project on alcohol: Community organization and its evaluation. *Journal on Studies of Alcohol, 30*(4), 339-346.
- Chassin, L., Curran, P., Jussong, A. y Colder, C. (1996). The relation of parent alcoholism to adolescent substance use: a longitudinal follow-up study. *Journal of Abnormal Psychology, 105*, 70-80.
- Clayton, R.R., Cattarello, A., Day, L.E. y Walden, K.P. (1991). Persuasive communication and drug prevention: An evaluation of the D.A.R.E. program. En L. Donoher, H. Sypher y W. Bukoski (Eds.), *Persuasive communication and drug abuse prevention*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Asociacion.
- Clayton, R.R. (1992). Transitions in Drug Use: Risk and Protective Factors. En M. Glantz & R. Pickens (Eds.). *Vulnerability to drug abuse*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Cloninger, C.R., Sigvardsson, S. y Bohman, M. (1988). Childhood personality predicts alcohol abuse in young adults. *Alcoholism, 12*, 494-505.
- Coburn, C.E., Meyer, E.R. (1998). *Shaping context to support and sustain reform*. Paper presented at the meeting of the American Educational Research Association, San Diego, CA.

- Coie, J.D. (1990). Towards a theory of peer rejection. En S.R. Asher y J.D. Coie (Eds.), *Peer rejection in childhood* (pp. 365-398). Nueva York: Cambridge University Press.
- Coie, J.D. y Krehbiel, G. (1984). Effects of academic tutoring on the social status of low-achieving, socially rejected children. *Child Development*, 55, 1465-1478.
- Coie, J.D., Watt, N.F., West, S.G., Hawkins, J.D., Asarnov, J.R., Markman, H.J. Ramey, S.L., Shure, M.B. y Long, B. (1993). The science of prevention: A conceptual framework and some directions for a national research program. *American Psychologist*, 48, 1013-1022.
- Coleman, J.C. (1980). Friendship and the peer group in adolescence. En J. Adelson (Comp.), *Handbook of adolescent psychology*. Nueva York: Wiley.
- Comas, D. (1986). La medida de la incidencia, prevalencia y problemas causados por drogas ilegales. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 34.
- Comas, D. (1990). "El síndrome de Haddhock: alcohol y drogas en las enseñanzas medias". Madrid: CIDE.
- Comas, D. (1994). *Los jóvenes y el uso de drogas en la España de los años 90*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales. Instituto de la Juventud.
- Comer, J.P. (1988). Educating poor minority children. *Scientific American*, 259, 42-48.
- Comunidad de Madrid (1989). *Programa marco de prevención de drogas*. Madrid: Consejería de Integración Social. Plan Regional sobre Drogas.
- Comunidad de Madrid. *Catálogo de Programas de Prevención del abuso de Drogas*. Conserjería de Sanidad. Agencia Antidroga.
- Comunidad de Madrid. *Catálogo de Programas de Prevención de Drogodependencias*. Conserjería de Sanidad. Agencia Antidroga.
- Consejería de Sanidad y Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid (1996). Informe sobre los hábitos de salud en la población juvenil de la Comunidad de Madrid. *Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid*, 4, 3-16.
- Consejería de Sanidad y Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid (1997). Informe sobre los hábitos de salud en la población juvenil de la Comunidad de Madrid. *Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid*, 5, 3-17.
- Consejería de Sanidad y Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid (1998). Informe sobre los hábitos de salud en la población juvenil de la Comunidad de Madrid. *Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid*, 5, 3-21.
- Consejería de Sanidad y Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid (1999). Informe sobre los hábitos de salud en la población juvenil de la Comunidad de

- Madrid. *Boletín Epidemiológico de la Comunidad de Madrid*, 6, 3-31.
- Cowen, E. y Work, W. (1988). Resilient children, psychological wellness, and primary prevention. *American Journal of Community Psychology*, 16, 591-607.
- Cross, H. y Pruyn, L. (1973). Youth and other counterculture. En J.F. Adams (Ed.), *Understanding adolescence: Current developments in adolescent psychology*. Boston Mass: Allyn & Bacon.
- Crumley, F.E. (1990). Substance abuse and adolescent suicidal behavior. *JAMA*, 263(22), 3051-3056.
- Cruz Mora, M.A. y Cruz Mora, M. (1993). Prevalencia del consumo de alcohol y tabaco en una población adolescente. *Revista Española de Drogodependencias*, 18(2), 71-84.
- Dansec, E.R., Kingery, P.M. y Coggeshall, M.B. (1999). Perceived risk of harm from marijuana use among youth in the USA. *School Psychology International*, Vol(20), 1, 39-56.
- Dawson, N. (1997). *A Survey of Drugs Education in Avon Primary Schools*. Bristol: Avon and Somerset Drug Prevention Team.
- Decker, M.D., Graitcer, P.L. y Schaffner, W. (1988). Reduction in motor vehicle fatalities associated with an increase in the minimum drinking age. *Journal of the American Medical Association*, 260, 3604-3610.
- Díaz, O. y Sanabria, M.A. (1993). Variables relacionadas con el inicio del consumo del tabaco. *Adicciones*, 5(3), 287-304.
- Dirección General de Relaciones Informativas y Sociales (1994). *Condicionantes del consumo de alcohol por menores*. Ministerio del Interior.
- Dishion, T.J. y Loeber, R. (1985). Adolescent marijuana and alcohol use: The role of parents and peers revisited. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 11, 11-25.
- Dobkin, P.L., Tremblay, R.E., Masse, L.C. y Vitaro, F. (1995). Individual and peer characteristics in predicting boys early onset of substance abuse: A seven-year longitudinal study. *Child Development*, 66, 1198-1214.
- Dolan, L., Kellam, S. y Brown, C.H. (1989). *Short term impact of a mastery learning preventive intervention on early risk behaviors*. Baltimore: Johns Hopkins University.
- Donaldson, S.I., Graham, J.W. y Hansen, W.B. (1994). Testing the generalizability of intervening mechanism theories: Understanding the effects of adolescent drug use prevention interventions. *Journal of Behavioral Medicine*, 2, 195-216.
- Downs, W.R. (1987). A panel of normative structure adolescent alcohol use and peer alcohol use. *Journal of Studies on Alcohol*, 48, 167-175.

- Dryfoos, J. (1991). *Adolescent at risk: prevalence and prevention*. Oxford University Press, New York.
- Duitsman, D.M. y Colbry, S.L. (1995). Perceived risk and use as predictors of substance use among college students. *Health Values*, 19, 44-52.
- Dusenbury, L., Kerner, J.F., Baker, E., Botvin, G., James-Ortiz, S. y Zauber, A. (1992) Predictors of smoking prevalence among New York Latino youth. *American Journal of Public Health*, 82, 55-58.
- EDIS (1989). *El consumo de drogas en Galicia*. Santiago: Junta de Galicia.
- EDIS (1993). *El consumo de drogas en Galicia II*. Santiago: Junta de Galicia.
- EDIS (1996). *El consumo de drogas en Galicia IV*. Santiago: Plan Autonómico de Drogodependencias.
- EDIS (1997). *Los andaluces ante las drogas V*. Sevilla: Junta de Andalucía. Consejería de Asuntos Sociales, Comisionado para la Droga.
- Eggert, L.L., Seyl, C., Nicholas, L.J. (1990). Effects of a school-based prevention program for potential high school dropouts and drug abusers. *International Journal of the Addictions*, 25, 773-801.
- Eggert, L.L., Thompson E.A., Herting, J.R., Nicholas L.K. y Garii Dicker, B. (1994). Preventing adolescent drug abuse and high school dropout through and intensive school-based social network development program. *American Journal of Health Promotion*, 8(3), 202-215.
- Eggert, L.L., Thompson, E.A., Herting, J.R. y Nicholas, L.J. (1994). A prevention research program: reconnecting at-risk youth. *Issues in Mental Health Nursing*, 15: 107-135.
- Eggert, L.L., Thompson, E.A., Herting, J.R. y Nicholas, L. J. (1995). Reducing suicide potential among high-risk youth: tests of a school-based prevention program. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 25(2), 276-296.
- Ellickson, P.L., Bell, R.M. y McGuigan (1993). Preventing adolescent drug use: Long term results of a junior high program. *American Journal of Public Health*, 83(6), 856-861.
- Elliot, D.S., Huizinga, D.M. y Ageton, S.S. (1985). *Explaining delinquency and drug use*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Elliot, D.S., Huizinga, D. y Menard, S. (1989). *Multiple problem youth: Delinquency, substance use and mental health problems*. Nueva York: Springer-Verlag.

- Elzo, J., Amatria, M., Ayestarán, S., González, M., González, P., Jiménez, J. y Toharia, J.J. (1987). La juventud Vasca 1986. En, *Informe sociológico sobre comportamientos, actitudes y valores de la juventud vasca actual*. Vitoria: Gobierno Vasco.
- Elzo, J. (1989). Los jóvenes y su relación con las drogas. En, *Apuntes sociológicos para comprender y trabajar las diferentes formas de consumo de drogas en los jóvenes de Euskadi*. Vitoria: Gobierno Vasco.
- Elzo, J. (1992). *Drogas y Escuela IV: evolución (1981-1991) en el consumo y actitudes ante las drogas en escolares de enseñanzas medias de Donostia-San Sebastián*. Donostia-San Sebastián: Escuela Universitaria de Trabajo Social.
- Elzo, J. y cols. (1992). *Drogas y Escuela IV. BUP-FP*. Donostia-San Sebastián: Escuela Universitaria de Trabajo Social.
- Elzo, J. (1996). *Drogas y Escuela V*. Bilbao: Departamento de Justicia, Economía, Trabajo y Seguridad Social. Secretaría de Drogodependencias.
- Escámez, J. (ed.) (1990). *Drogas y escuela: una propuesta para la prevención*. Madrid: Dykinson.
- Escámez, J. y García, R. (1990). Actitudes de los alumnos de Enseñanza General Básica ante las drogas. En J. Escámez (Ed.), *Drogas y escuela. Una propuesta de prevención*. Madrid: Dykinson.
- Escámez, J. y Baeza, C. (1993). Una alternativa de prevención escolar de la drogadicción: Los programas de formación/cambio de actitudes. En J.A. García-Rodríguez y J. Ruiz (Comps.), *Tratado sobre prevención de las drogodependencias*. Madrid: FAD.
- Evans, R.I. (1976). Smoking in children: Developing a social psychological strategy of deterrence. *Preventive Medicine*, 5, 122-127.
- Evans, R.I., Rozelle, R.M., Mittlemark, M.B., Hansen, W.B., Bane, A.L. y Havis, J. (1978). Deterring the onset of smoking in children: Knowledge of immediate physiological effects and coping with peer pressure, media pressure, and parent modeling. *Journal of Applied Social Psychology*, 8, 126-135
- Evans, R.I., Rozelle, R.M., Maxwell, S.E., Raines, B.E., Dill, C.A., Guthrie, T.J., Henderson, A.H. y Hill, P.C. (1981). Social modeling films to deter smoking in adolescents: Results of a three-year field investigation. *Journal of Applied Social Psychology*, 66, 399-314.
- Evans, R.I., Raines, B.E. y Owen, A.E. (1989). Formative evaluation in school-based health promotion investigations. *Preventive Medicine*, 18, 119-234.
- Eysenck, S.B.G. y Zuckerman, M. (1978). The relationship between sensation seeking and Eysenck's dimensions of personality. *British Journal of Social and Clinical Psychology*, 69, 483-487.

- Eysenck, S.B.G., Easting, G. y Pearson, P.R. (1984). Age norms for Impulsiveness, Venturesomeness and Empathy in children. *Personality and Individual Differences*, 5, 315-321.
- FAD, (1997). *El Plan Integral de Prevención Escolar PIPES*. Boletín IDEA-Prevención. Vol. 14: 55-63.
- FAD, (1997B). *El PIPES en Sevilla: 1993-1996*. Madrid: FAD:.
- FAD, (1998). *El PIPES en Valencia: 1994-1998*. Madrid: FAD.
- FAD, (1998B). *La Prevención Escolar en Alicante, 1994-1998*. Madrid: FAD.
- Farrel, A.D., Danish, S.J. y Howard, C.W. (1992). Risk factors for drug use in urban adolescents: identification and cross-validation. *American Journal of Community Psychology*, 20 (3), 263-286.
- Farrington, D.P. y Hawkins, J.D. (1991). Predicting participation, early onset, and later persistence in officially recorded offending. *Criminal Behavior and Mental Health*, 1, 1-33.
- Feldhusen, J.F., Thurston, J.R. y Benning, J.J. (1973). A longitudinal study of delinquency and other aspects of children's behaviour. *International Journal of Criminology and Penology*, 1, 341-351.
- Felner, R.D. y Adan, A.M. (1988). The school transitional environment project: An ecological intervention and evaluation. En R.H. Price, E.L. Cowen, R.P. Lorion y J. Ramos-McKay (Eds.), *14 Ounces of Prevention: A casebook for practitioners*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Fernández, V. y Intxaurza, I. (1994). *Jóvenes y drogodependencias 1993*. Vizcaya: Mancomunidad de la Merindad de Durango.
- Fergusson, D.M. y Horwood, L.J. (1997). Early onset of cannabis use and psychosocial adjustment in young adults. *Addiction*, 92, 279-296.
- Fergusson, D. M., Horwood, L. J. y Lynskey, M. T. (1995). The prevalence and risk factors associated with abusive or hazardous alcohol consumption in 16-year-olds. *Addiction*, 90, 935-946.
- Fidalgo, I., López, D., Piñeiro, C. y Fueyo, E. (1993). El hábito de fumar entre los adolescentes bercianos. *Anales Españoles de Pediatría*, 38(3), 237-240.
- Fishbein, M. y Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention and behavior: an introduction to theory and research*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- 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.

- Flay, B.R y Sobel, J. (1983). The role of mass media in preventing adolescent substance abuse. En T. Glynn, C. Luekefeld y J. Ludford (Eds.), *Preventing adolescent drug abuse: Intervention strategies*. Washington, DC: Government Printing Office.
- Flay, B.R. (1985). Psychosocial approaches to smoking prevention: A review of findings. *Health Psychology*, 5, 449-488.
- Flay, B.R., Koepke, D., Thompson, S.J., Santi, S., Best, J.A. y Brown, K.S. (1989). Six-year follow-up of the first Waterloo school smoking prevention trial. *American Journal of Public Health*, 79, 1371-1376.
- Fleming, J.P., Kellam, S.G. y Brown, C.H. (1982). Early predictors of age at first use of alcohol, marijuana and cigarettes. *Drug and Alcohol Dependence*, 9, 285-303.
- Flynn, S. (1994). Consumo de sustancias tóxicas por adolescentes. En M.F. Fleming y K. Lawton Barry (Eds.), *Guía clínica de los trastornos adictivos*. Madrid: Mosby Doyma libros S.A.
- Freiberg, H.J., Brady, M.P., Swank, P.R. y Taylor, R.D. (1989). Middle school interaction study of mainstreamed students. *Journal of Classroom Interaction*, 24, 31-42.
- Friedman, A.S. (1983, July). *High school drug abuse clients*. In Clinical Research notes. Rockville, MD: Division of Clinical Research, National Institute on Drug Abuse.
- Frone, M.R., Russel, M. y Cooper, M.L. (1993). Individual differences in differentiation among alcohol expectancy domains. *Addiction*, 88(8), 1119-1126.
- Frojan, M.X. y Santacreu, J. (1993). *Guía de actuación para la prevención del consumo de drogas. Una perspectiva comunitaria*. Valencia: Promolibro.
- García-Pindado, G. (1993). La influencia del grupo de iguales en el consumo adolescente de droga. *Psiquis*, 14(4), 39-45.
- García-Rodríguez, J.A. (1991). Modelo de prevención de drogas en la escuela mediante la aplicación de técnicas conductuales. *Avances en Drogodependencias*, 1, 411-428.
- Generalitat de Catalunya (1988). *Orientaciones y programas: Educación para la salud en la escuela*. Barcelona: Departament d'Ensenyament i de Sanitat i Seguretat Social.
- Gersick, K.E., Grady, K. y Snow, D.L. (1988). Social-cognitive skill development with sixth graders and its initial impact on substance use. *Journal of Drug Education*, 18, 55-70.
- GID (1996). *Reducción de la demanda de drogas*. Prevención del abuso de drogas en España. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.

- Gili, M., Giner, J., Lacalle, J.R., Franco, D. y Martínez, E. (1989). Interrelaciones entre el consumo de tabaco y alcohol. Resultados de un estudio de base poblacional. *Comunidad y Drogas*, 13/14, 53-61.
- Gittelman, R.S., Manuzza, R.S., y Bonagura, N. (1985). Hyperactive boys almost grown up: I. Psychiatric status. *Archives of General Psychiatry*, 42, 937-947.
- Glasgow, R.E. y McCaul, K.D. (1985). Social and personal skills training programs for smoking prevention: Critique and directions for future research. En C.S. Bell y R. Batties (Eds.), *Prevention research: Detering drug abuse among children and adolescents*. Rockville, MD: National Institute of Drug Abuse.
- Gobierno de Navarra, (1997). Informe sobre la implantación del material “En la Huerta con mis Amigos”. No publicado.
- Gobierno Vasco (1991). *Osasunkume: La aventura de la vida*. Bilbao: Edex.
- Goe, W.R., Napier, T.L. y Bachtel, D.C. (1985). Use of marijuana among rural high school students: A test of a facilitative-constraint model. *Rural Sociology*, 50, 409-416.
- Gómez-Durán, B.J., González, S.G. y García, M.M. (1998). Adquisición y desarrollo de la conducta de fumar. *Estudios de Psicología*, 61, 51-59.
- Gómez-Reino, I., Ferreiro, M.D., Domínguez, M.D. y Rodríguez, A. (1995). Consumo de alcohol en adolescentes: Relación con los niveles de adaptación social y familiar. *Psiquis*, 16(4), 11-20.
- González Iglesias, J. (1996). *Estudio integral sobre consumo de alcohol en jóvenes del área de salud de Talavera de la Reina*. Toledo: Plan Regional de Drogas.
- Gordon, N.P. y McAlister, A.L. (1982). Adolescent drinking: Issues and research. En T.J. Coates, A.C. Petersen y C. Perry (Eds.), *Promoting adolescent health: A dialog on research and practice*. Nueva York: Academic Press.
- Gottfredson, D.C. (1986). An empirical test of school-based enviromental and individual interventions to reduce the risk of delinquent behavior. *Criminology*, 24, 705-731.
- Gottfredson, D.C. (1988). An evaluation of an organization development approach to reducing school disorder. *Evaluation Review*, 11, 739-763.
- Gottfredson, D.C. y Koper, C.S. (1996). Race and sex differences in the prediction of drug use. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64 (2), 305-313.
- Gottfredson, G.D. (1981). Schooling and delinquency. En S.E. Martin, L.B. Sechrest y R. Redner (Eds.), *New Directions in the rehabilitation of criminal offenders*. Washington, DC: National Academy Press.

- Gotts, E.E. (1989). *HOPE revisited: Preschool to graduation, reflections on parenting and school-family relations*. Charleston, WV: Appalachia Educational Lab.
- 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.J. (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. (2000b). Factores de riesgo relacionados con la influencia del grupo de iguales para el consumo de drogas en adolescentes. *Psicología Conductual*, 8(1), 19-32.
- Grichting, V.L. y Barber, J.G. (1989). The impact of quality of family life on drug consumption. *International Journal of Addictions*, 24, 963-971.
- Grupo de Evaluación de Criterios (1998). *Evaluación de Resultados*. Programa de Prevención de Drogodependencias en Centros Educativos de la Comunidad de Madrid. Ministerio de Educación y Cultura, Comunidad de Madrid y Ayuntamiento de Madrid. Madrid.
- Hammersley, R., Forsyth, A. y Lavelle, T. (1990). The criminality of new drug-users in Glasgow. *British Journal of Addiction*, 85, 1583-1594.
- Hansell, S. y White, H.R. (1991). Adolescent drug use, psychological distress, and physical symptoms. *Journal of Health and Social Behaviour*, 32, 288-301.
- Hansen, W.B. (1992). School-based substance abuse prevention: A review of the state of the art in curriculum, 1980-1990. *Health Education Research*, 7, 403-430.
- Hansen, W.B., Johnson, C.A., Flay, B.R., Graham, J.W. y Sobel, J. (1988). Affective and social influences approaches to the prevention of multiple substance abuse among seventh grade students: Results from Project SMART. *Preventive Medicine*, 17, 135-154.
- Hansen, W.B. y Graham, J.W. (1991). Preventing alcohol, marijuana and cigarette use among adolescents: Peer pressure resistance training versus establishing conservative norms. *Preventive Medicine*, 3, 414-430.
- Hansen, W.B., O'Malley, P. (1996). *Drug use*. In: DiClemente, R.J., Hansen, W.B., Ponton, L.E. (Eds.). *Handbook of Adolescent Health Risk Behaviour*. Plenum, New York, pp. 161-190.
- Harstone, E. y Hansen, K.V. (1984). The violent juvenile offender. En R. Mathias, P. DeMuro y R.S. Allison (Eds.), *An anthology on violent juvenile offenders*. Newark, NJ: National Council of Crime and Delinquency.

- Hartup, W.W. (1983). Peer relations. En P.H. Mussen (Ed.), *Handbook of child psychology: Socialization, personality, and social development*. Nueva York: Wiley.
- Hawkins, J.D. y Weis, J.G. (1985). The social development model: An integrated approach to delinquency prevention. *Journal of Primary Prevention*, 6, 73-97.
- Hawkins, J.D., Lishner, D.M., Jenson, J.M. y Catalano, R.F. (1987). Delinquents and drugs: What the evidence suggests about prevention and treatment programming. En B.S. Brown y A.R. Mills (Eds.), *Youth at high risk for substance abuse* (pp. 81-113). Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- Hawkins, J.D. y Lam, T. (1987). Teacher practices, social development, and delinquency. En J.D. Burchard y S.N. Burchard (Eds.), *The prevention of delinquent behavior*. Newbury Park, CA: Sage.
- Hawkins, J.D., Doueck, H.J. y Lishner, D.M. (1988). Changing teaching practices in mainstream classroom to improve bonding and behavior of low achievers. *American Educational Research Journal*, 25, 31-50.
- Hawkins, J.D., Jenson, J.M., Catalano, R.F. y Lishner, D.M. (1988). Delinquency and drug abuse: Implications for social services. *Social Service Review*, 62, 258-284.
- 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. *American Psychological Association*, 112 (1), 64-105.
- Hawkins, J.D., Catalano, R.F., Morrison, D.M., O'Donnell, J., Abbott, R.D. y Day, L.E. (1992). The Seattle Social Development Project: Effects of the first four years on protective factors and problems behaviors. En J. McCord y R. Tremblay (Eds.), *Preventing antisocial behavior: Intervention from birth through adolescence*. Nueva York: Guilford Press.
- Hecht, M.L. y Driscoll, G. (1994). A comparison of selected communication, social, situational and individual factors associated with alcohol and other drugs. *International Journal of the Addictions*, 29, 1225-1243.
- Hemmelstein, N. (1995). Adolescent marijuana use and perception of risk. *Journal of Alcohol and Drug Education*, 41, 1-15.
- Hirschi, T. (1969). *Causes of delinquency*. Berkeley: University of California Press.
- Holmberg, M.B. (1985). Longitudinal studies of drug abuse in a fifteen-year-old population: 1. Drug carer. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 71, 67-79.
- Hops, H., Davis, B y Lewin, M. (1999 March). The development of alcohol and other substance use: a gender study of family and peer context. *Journal of Studies of Alcohol. Suppl.* 13, 22-31.

- Horacek, H.J., Ramey, C.T., Campbell, F.A., Hoffman, K.P. y Fletcher, R.H. (1987). Predicting school failure and assessing early intervention with high-risk children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 26, 758-763.
- Horner, B. y Scheibe, K. (1997). Prevalence and implications of attention-deficit hyperactivity disorder among adolescents in treatment for substance abuse. *Journal American Academic Child and Adolescent Psychiatry* 36, 30-36.
- Horovath, P. y Zuckerman, M. (1993). Sensation seeking, risk appraisal, and risky behavior. *Personality and Individual Differences*, 14, 41-52.
- Huba, G. J. y Bentler, P. M. (1982). A developmental theory of drug use: derivations and assessment of a causal modeling approach. In P.B. Baltes y O.G. Brim (Eds.), *Life span development and behavior* (vol. 4 pp. 147-203). New york: Academic Press.
- Huba, G.J., Wingard, J.A. y Bentler, P.M. (1979). Beginning adolescent drug use an peer and adult interactions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 265-276.
- Huba, G.J., Wingard, J.A., y Bentler, P.M. (1980). Longitudinal analysis of the role of peer support, adult models, and peer subcultures in beginning adolescent substance use: an application of setwise canonical correlation methods. *Multivariable behavior research*, 15, 259-279.
- Huba, G.J., Newcomb, M.D. y Bentler, P.M. (1986). Adverse drug experiences and drug use behaviors: A one-year longitudinal study of adolescents. *Journal of Pediatric Psychology*, 11, 203-219.
- Hundleby, J.D. y Mercer, G.W. (1987). Family and friends as social enviroments and their relationship to young adolescents use of alcohol, tobacco and marijuana. *Journal of Marriage and the Family*, 49, 151-164.
- Hurd, P., Johnson, C.A., Pechacek, T., Best, C.P., Jacobs, D. y Luepker, R. (1980). Prevention of cigarette smoking in 7th grade students. *Journal of Behavioral Medicine*, 3, 15-28.
- Hurry, J. y Lloyd, C. (1997). *A Follow-up Evaluation of Proyect Charlie: a life skillls drug education programme for primary schools*. Home Office Drugs Prevention Initiative Paper 16. London: Home Office.
- Instituto de Salud Carlos III y Plan Regional sobre Drogas (1992). *Estudio sobre el consumo juvenil de bebidas alcohólicas en la Comunidad de Madrid*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Consejería de Integración Social.
- Instituto de Salud Carlos III y Plan Regional sobre Drogas (1995). *Estudio sobre el consumo de tabaco en jóvenes de la Comunidad de Madrid*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Consejería de Integración Social.

- Itza, L. (1992). *Las drogas no convencionales*. En J. Elzo (Ed.), *Drogas y escuela IV*. San Sebastián: Escuela Universitaria de Trabajo Social.
- Jenkins, J.E. (1996). The influence of peer affiliation and student activities on adolescent drug involvement. *Adolescence*, 31, 297-306.
- Jessor, R. (1976). Predicting time of onset of marijuana use: A developmental study of high school youth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 44, 125-134.
- Jessor, R. (1991). Risk behavior in adolescence: A psychological framework for understanding and action. *Journal of Adolescent Health*, 12, 597-605.
- Jessor, R. y Jessor, S.L. (1977). *Problem behavior and psychosocial development: A longitudinal study of youth*. San Diego, CA: Academic Press.
- Jessor, R., Donovan, J. E. y Costa, F. M. (1991). *Beyond adolescence: problem behavior and young adult development*. New York, NY: Cambridge University Press.
- Jessor, R., Donovan, J.E. y Windmer, K (1980). *Psychosocial factors in adolescent alcohol and drug use: The 1980 National Sample Study, and the 1974-78 Panel Study*. University of Colorado: Institute of Behavioral Science.
- Jessor, R. y Jessor, S. (1980). A social-psychological framework for studying drug use. En D.J. Lettieri, M. Sayers y H.W. Pearson (Eds.), *Theories on drug abuse: Selected contemporary perspectives* (NIDA Research Monograph 30, DHHS). Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- Joe, G.W. y Simpson, D. (1991). Reasons for inhalant use. Special issue: inhalant use by mexican americanyouth: Findings from a longitudinal study. *Spanish Journal of Behavioral Sciences*, 13, 256-266.
- Johnson, C.A. y Solis, J. (1983). Comprehensive community programs for drug abuse prevention: Implications of the community heart disease prevention programs for future research. *National Institute on Drug Abuse Monograph Series*, 47, 76-114.
- Johnson, C.A., Pentz, M.A., Weber, M.D., Dwyer, J.H., MacKinnon, D.P., Flay, B.R., Baer, N.A. y Hansen, W.B. (1990). The relative effectiveness of comprehensive community programming for drug abuse prevention with risk and low risk adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58(4), 4047-4056.
- Johnson, B.D., Goldstein, P.J., Preble, E., Schmeidler, J., Lipton, D., Spunt, B. y Miller, T. (1985). *Taking care of business: The economics of crime by heroin abusers*. Lexington, MA: Lexington Books.
- Johnson, G.M., Schoutz, F.C. y Locke, T.P. (1984). Relationships between adolescent drug use and parental druh behaviors. *Adolescence*, 19, 295-299.

- Johnson, V. y Pandina, R.J. (1991). Effects of the family environment on adolescent substance use, delinquency, and coping styles. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 17, 71-88.
- Johnston, L.D. (1985). The etiology and prevention of substance use: What can we learn from recent historical changes?. En C.L. Jones y R.J. Battjes (Eds.), *Etiology of drug abuse: Implications for prevention* (NIDA Research Monograph 56). Washington, DC: Government Printing Office.
- Johnston, L.D. (1991). Toward a theory of drug epidemics. En L. Donohew, H.E. Sypher y W.J. Bukoski (Eds.), *Persuasive communication and drug abuse prevention* (pp. 93-131). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Johnston, L.D., O'Malley, P.M. y Bachman, J.G. (1989). *Drug use, drinking, and smoking: National survey results from high school, college, and young adult populations* (DHHS Publication No. ADM 89-1638). Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- Johnston, L.D., O'Malley, P.M. y Bachman, J.G. (1996). *National survey results on drug use from the Monitoring the Future Study, 1975-1995*. (NIH Publication No. 96-4139). Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.
- Junta de Andalucía (1990). *Plan andaluz sobre drogas*. Sevilla: Consejería de Salud. Comisionado para la droga.
- Kaminer, Y. (1991). The magnitudes of concurrent psychiatric disorders in hospitalized substance abusing adolescents. *Child Psychiatry Human Dev.*, 22(2), 89-95.
- Kandel, D. (1985). On processes of peer influences in adolescent drug use: A developmental perspective. *Advances in Alcohol and Substance Abuse*, 4, 139-163.
- Kandel, D., Davies, M. y Baydar, N. (1990). The creation of interpersonal contexts: Homophily in dyadic relationships in adolescence and young adulthood. En L. Robins y M. Rutter (Eds.), *Stright and devious pathways from childhood to adulthood* (pp. 221-241). Cambridge: Cambridge University Press.
- Kandel, D. y Yamaguchi, K. (1985). Developmental patterns of the use of legal, illegal, and medically prescribed psychotropic drugs from adolescence to young adulthood. En C.L. Jones y R. Battjes (Eds.), *Etiology of drug abuse: Implications for prevention* (pp. 193-235). Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.
- Kandel, D. y Yamaguchi, K. (1993). From beer to crack: developmental patterns of drug involvement. *American Journal of Public Health*, 83, 851-855.
- Kandel, D., Simcha-Fagan, O. y Davies, M. (1986). Risk factors for delinquency and illicit drug use from adolescence to young adulthood. *Journal of Drug Issues*, 16, 67-90.

- Kandel, D.B. (1975). Stages in adolescent involvement in drug use. *Science*, 190, 912-914.
- Kandel, D. B. (1978). Convergences in prospective longitudinal surveys of drug use in normal populations. En D.B. Kandel (Ed.), *Longitudinal research on drug use: Empirical findings and methodological issues*. Washington, D.C.: Hemisphere-Wiley.
- 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.
- Kandel, D.B. (1982). Epidemiological and psychosocial perspectives on adolescent drug use. *Journal of American Academic Clinical Psychiatry*, 21, 328-347.
- Kandel, D.B. y Andrews, K. (1987). Processes of adolescent socialization by parents and peers. *International Journal of Addictions*, 22, 319-342.
- Kandel, D.B. y Davies, M. (1991). Cocaine use in national sample of U.S. youth (NLSY): Epidemiology, predictors, and ethnic patterns. En, *The epidemiology of cocaine use and abuse* (NIDA research monograph). Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- Kandel, D.B., Kessler, R.C. y Margulies, R.S. (1978). Antecedents of adolescent initiation into stages of drug use: A developmental analysis. *Journal of Youth and Adolescence*, 7, 13-40.
- Kandel, D.B. y Logan J. (1984). Patterns of drug use from adolescence to young adulthood: I. Periods of risk for initiation, continued use, and discontinuation. *American Journal of Public Health*, 74, 660-666.
- Kaplan, H.B. (1985). Testing a general theory of drug abuse and other deviant adaptations. *Journal of Drug Issues*, 15, 477-492.
- Kaplan, H.B., Martin, S.S. y Robbins, C. (1982). Applications of a general theory of deviant behavior: Self-derogation and adolescent drug use. *Journal of Health and Social Behavior*, 23, 274-294.
- Kaplan, H. B., Martin, S. S. y Robbins, C. (1984). Pathways to adolescent drug use: self-derogation, peer influence, weakening of social controls, and early substance use. *Journal of Health and Social Behaviour*, 25, 270-289.
- Kaplan, H. B., Martin, S. S., Johnson, R. J. y Robbins, C. (1986). Escalation of marijuana use: application of a general theory of deviant behavior. *Journal of Health and Social Behaviour*, 27, 44-61.
- Kellam, S.G., Ensminger, M.E. y Simon, M.B. (1980). Mental health in first grade and teenage drug, alcohol, and cigarette use. *Drug and Alcohol Dependence*, 5, 273-304.

- Kellam, S.G. y Brown, H. (1982). *Social adaptational and psychological antecedents of adolescent psychopathology ten years later*. Baltimore: Johns Hopkins University.
- Kellam, S.G., Simon, M.B. y Ensminger, M.E. (1983). Antecedent of teenage drug use and psychological well-being: A ten-year community wide prospective study. En D. Ricks y B.S. Dohrenwend (Eds.), *Origins of Psychopathology: Research and Public Policy*. Cambridge, MA: Cambridge University Press.
- Kim, S. (1982). Feeder area approach: An impact evaluation of a prevention project on student drug abuse. *International Journal of the Addictions*, 17(2), 305-313.
- Kim, S., McLeod, J. y Palmgren, C.L. (1989). The impact of the "I'm Special" program of student substance abuse and other related student problem behavior. *Journal of Drug Education*, 19, 83-95.
- Klepp, K., Halper, A. y Perry, C.L. (1986). The efficacy of peer leaders in drug abuse prevention. *Journal of School Health*, 56, 407-411.
- Knight, R.G., Godfrey, H.P.D. (1993). The role of alcohol-related expectancies in the prediction of drinking behavior in a simulated social interaction. *Addiction*, 88(8), 1111-1118.
- Kumpfer, K. L. Y Turner, c. W. (1990-1991). The social ecology model of adolescent substance abuse: Implications for prevention. *International Journal fo the Addictions*, 25, 435-463.
- Kupersmidt, J.B., Coie, J.D. y Dodge, K.A. (1990). The role of poor peer relationships in the development of disorder. En S.A. Asher y J.D. Coie (Eds.), *Peer rejection in childhood* (pp. 274-305). Cambridge: Cambridge University Press.
- Labouvie, E.W. (1986). The coping function of adolescent alcohol and drug use. En R.K. Silbereisen, K. Eyferth y G. Rudinger (Eds.), *Development as action in context*. Nueva York: Springer.
- Ladd, G.W. y Asher, S.R. (1985). Social skill training and children's peer relations: Current issues in research and practice. En L.L. Abate y M.A. Milan (Eds.), *Handbook of social skills training and research*. Nueva York: Wiley.
- LaPorte, R., Cresanta, J. y Kuller, L. (1980). The relationship of alcohol consumption to atherosclerotic heart disease. *Preventive Medicine*, 9, 22-40.
- Leandro, S.V., Hernández, M., Martínez, N. y Ciriza, M.E. (1997). Tabaco en adolescentes: Factores asociados y tendencias actuales. *Acta Pediatriaca Española*, 55, 210-216.
- Lefebvre, R.C., Lasater, T.M., Carleton, R. y Peterson, G. (1987). Theory and delivery of health programming in the community: The Pawtucket Heart Health Program. *Preventive Medicine*, 16, 80-95.

- Lerner, J.V. y Vicary, J.R. (1984). Difficult temperament and drug use: Analyses from the New York longitudinal study. *Journal of Drug Education*, 14, 1-8.
- Levenson, M.R. (1990). Risk taking and personality. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 1073-1080.
- Lewis, C.E., Robins, L.N. y Rice, J. (1985). Association of alcoholism with antisocial personality in urban men. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 173, 166-174.
- Lloyd, C., Joyce, R., Hurry, J. y Ashton, M. (2000). The effectiveness of Primary School Drug Education. *Drugs: Education, prevention and policy*, 7 (2), 109-126.
- Lo, C.C. y Globetti, G. (1995). The effects of internal and external control factors on college students' marijuana use and cessation of use. *Journal of Drug Education*, 25, 357-377.
- Loeber, R. (1988). Natural histories of conduct problems, delinquency, and associated substance use: Evidence for developmental progresions. En B.B. Lahey y A.E. Kazdin (Eds.), *Advances in clinical child psychology* (Vol. 11). Nueva York: Plenum Press.
- Loeber, R.T. y Dishion, T. (1983). Early predictors of male delinquency: A review. *Psychological Bulletin*, 93, 68-99.
- Lora, N., Ruíz, R., Jiménez, J.M., Perula de Torres, L.A., Vicenterueda, J. y Rodríguez, F. (1996). Prevalencia del consumo de drogas entre los escolares de B.U.P. de Córdoba. *Adicciones*, 8(2), 219-234.
- López, J.S., Martín, M.J. y Martín, J.M. (1998). Consumo de drogas ilegales. En Martín, A., Martínez, J.M., López, J.S., Martín, M.J. y Martín, J.M. (Eds.), *Comportamientos de riesgo: violencia, prácticas sexuales de riesgo y consumo de drogas ilegales en la juventud* (4) (pp. 121-183). Madrid: Entinema.
- Lozano, E. y cols. (1992). La vivencia religiosa en el enfermo alcohólico: un estudio actitudinal. *Anales de Psiquiatría*, 8, 258-264.
- Luengo, A., Otero, J.M., Mirón, L. y Romero, E. (1992). *Análisis psicosocial del consumo de drogas en los adolescentes gallegos*. Junta de Galicia. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Comisionado del Plan Autonómico sobre Drogodependencias.
- Luengo, A., Carrillo, M.T., Otero-López, J.M. y Romero, E. (1994). A short-term longitudinal study of impulsivity and antisocial behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 3, 542-548.
- Luengo, A., Otero-López, J.M., Romero, E. y Gómez, J.A. (1996). Efectos de la necesidad de búsqueda de sensaciones sobre la involucración en el consumo de drogas de los adolescentes. *Análisis y Modificación de Conducta*, 22(86), 683-

- 708.
- Luengo Martín, M.A., Romero Triñanes, E., Gómez Fragueta, J.A., Garra López, A., Lence Pereiro, M. (2000). *La prevención del consumo de drogas y la conducta antisocial en la escuela. Informe sobre la implantación y evaluación del programa de entrenamiento en habilidades de vida*. Plan Nacional sobre Drogas.
- Luepker, R.V., Johnson, C.A., Murray, D.M. y Pechacek, T.F. (1983). Prevention of cigarette smoking: Three year follow-up of educational programs for youth. *Journal of Behavioral Medicine*, 6, 53-61.
- Macía, D. (1984). Aplicación de la terapia de modelado en la prevención del inicio al consumo de droga. *Infancia y Aprendizaje*, 26, 87-94.
- Macía, D. (1986). *Método conductual de prevención de la drogodependencia*. Valencia: Promolibro.
- Mackinnon, D.A., Johnson, C.A., Pentz, M.A., Hansen, W.B., Flay, B.R. y Yang, Y.F.I. (1991). Mechanisms in a school-based drug prevention program: First year effects of the Midwestern Prevention Project. *Health Psychology*, 10, 164-172.
- Madden, N.A. y Slavin, R.E. (1983). Cooperative learning and social acceptance of mainstreaming academically handicapped students. *Journal of Special Education*, 17, 171-182.
- Malvin, J., Moskowitz, J., Schaps, E. y Schaeffer, G. (1985). Evaluation of two school-based alternatives programs. *Journal of Alcohol Drug Education*, 30, 98-108.
- Martín, E. (1997). La prevención en España hoy: propuestas de consenso institucional, técnico y social. En Plan Nacional sobre Drogas (Ed.), *Prevención de las drogodependencias: análisis y propuestas de actuación*, (pp.67-84). Madrid.
- Martínez, J., García, J., Domingo, M. y Machín, A.J. (1996). Consumo de alcohol, tabaco y drogas en adolescentes. *Atención Primaria*, 18(7), 383-385.
- Martorell, M.C. y Silva, F. (1991). Adaptación española del cuestionario IVE-J de Eysenck, Easting y Pearson. En F. Silva y M.C. Martorell (Dirs.), *Batería para la evaluación de la personalidad infanto-juvenil (EPIJ)*. Madrid: T.E.A.
- Martorell, M.C., Aloy, M., Gómez, O. y Silva, F. (1993). *Cuestionario de evaluación del Autoconcepto*. Madrid: T.E.A.
- McAlister, A., Perry, C.L., Killen, J., Slinkard, L.A. y Maccoby, N. (1980). Pilot study of smoking, alcohol, and drug abuse prevention. *American Journal of Public Health*, 70, 719-721.
- McBride, A.A., Joe, G.W., y Simpson, D.D. (1991). Prediction of long-term alcohol use, drug use, and criminality among inhalant users. *Hisp. Journal Behav. Sci.*, 13, 315-323.
- McCord, J. (1981). Alcoholism and criminality. *Journal of Studies on Alcohol*, 42, 739-

- 748.
- Mehrabian, A. y Epstein, N.A. (1972). A measure of emotional empathy. *Journal of Personality*, 40, 523-543.
- Melero, J.C. (1993). *Osasunkume. La Aventura de la Vida. Evaluación de la puesta en práctica del programa durante el Curso 1991-92*. Bilbao: Edex.
- Melero, J.C. (1998). *Smoking prevention in Secondary Education. Evaluation*. EDEX. Gobierno Vasco. Fares. Comisión Europea.
- Melero, J.C., Flores, R. y Pérez Oñate, I. (1997). *Programa de prevención de tabaquismo en la E.S.O. Evaluación*. Bilbao. Edex Kolektiboa.
- Melero, J.C., Flores, R. y Pérez Oñate, I. (1999). *Evaluación del programa de prevención de tabaquismo en Educación Secundaria Obligatoria*. Itaca. July, 4(2): 7-28.
- Mendoza, R. (1987). Consumo de alcohol y tabaco en los escolares españoles. *Comunidad y Drogas*, 5. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas).
- Mendoza, R., Villarasa, A. y Ferrer, X. (1986). *Educación sobre las drogas en el ciclo superior de la E.G.B.: Propuesta de programa*. Madrid: Ministerio de Educación y Ciencia.
- Mendoza, R., Blanco, J., Martín, P., Morales, E., Ruiz, J., Sagrera, M. y Batista, J.M. (1987). *Los escolares y la salud: estudio de los hábitos de los escolares españoles en relación con la salud*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas).
- Mendoza, R. y Sagrera, M. (1991). *Los escolares y la salud: avance de los resultados del segundo estudio español sobre conductas de los escolares relacionadas con la salud (1990)*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas).
- Mendoza, R., Sagrera, M.R. y Batista, J.M. (1992). *Conductas de los escolares españoles relacionadas con la salud*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Mendoza, R., Sagrera, M.R. y Batista, J.M. (1994). *Conductas de los escolares españoles relacionadas con la salud (1986-1990)*. Madrid: Centro Superior de Investigaciones Científicas.
- Mensch, B.S. y Kandel, D.B. (1988). Dropping out of high school and drug involvement. *Sociology of Education*, 61, 95-113.
- Milberger, S. Biederman, J., Faraone, S.V. y cols. (1997). Further evidence of an association between attention-deficit / hyperactivity disorder and cigarette smoking. Findings from a high-risk sample of siblings. *American Journal of Addiction*, 6, 205-217.

- Mirón, L., Serrano, G., Godás A. y Rodríguez, D., (1997). Conducta antisocial y consumo de drogas en adolescentes españoles. *Análisis y Modificación de Conducta*, 23(88), 255-282.
- Moncada, S. (1997). Factores de riesgo y de protección en el consumo de drogas. En Plan Nacional sobre Drogas (Ed.), *Prevención de las drogodependencias: análisis y propuestas de actuación*, (pp. 85-101). Madrid.
- Moradillo, F. (1995). Adolescentes, valores y drogas. *Proyecto*, 15, (Dossier 16), 1-16.
- Moskowitz, J.M. (1989). The primary prevention of alcohol problems: A critical review of the research literature. *Journal of Studies on Alcohol*, 50, 54-88.
- Moskowitz, J.M., Schaps, E., Malvin, J. y Schaeffer, G. (1985). The effects of drug education at follow-up. *Journal of Alcohol and Drug Education*, 30, 45-49.
- Moskowitz, J.M. y Jones, R. (1988). Alcohol and drug problems in the schools: Results of a national survey of school administrators. *Journal of Studies on Alcohol*, 49, 299-305.
- Muñoz-Rivas, M.J. (1998). *Factores de riesgo en drogodependencias: Consumo de drogas en adolescentes*. Tesis Doctoral.
- Muñoz-Rivas, M.J., Peña, M.E., Andreu, J.M. y Graña, J.L. (1999). Efecto de los factores biológico-evolutivos en el consumo de sustancias adictivas en adolescentes. *Psicopatología*, 19(4), 00-00.
- Muñoz-Rivas, M.J., Graña, J.L. y Cruzado, J.A. (2000). *Factores de riesgo en drogodependencias: consumo de drogas en adolescentes*. Sociedad española de Psicología clínica legal y forense.
- Murray, D.M., Davis-Hearn, M., Goldman, A.I., Pirie, P. y Luepker, R.V. (1988). Four and five-year follow-up results from four seventh-grade smoking prevention strategies. *Journal of Behavioral Medicine*, 11, 395-405.
- Murray, D.M., Pirie, P., Luepker, R.V. y Pallonen, U. (1989). Five and six-year follow-up results from four seventh-grade somoking prevention strategies. *Journal of Behavioral Medicine*, 12, 207-218.
- Needle, R.H., McCubin, H., Wilson, M., Reineck, R., Lazar, A. y Mederer, H. (1986). Interpersonal influences in adolescent drug use: The role of older siblings, parents, and peers. *International Journal of the Addictions*, 21, 739-766.
- Newcomb, M.D., Maddahian, E. y Bentler, P.M. (1986). Risk factors for drug use among adolescents: Concurrent and longitudinal study. *American Journal of Public Health*, 76, 625-630.
- Newcomb, M.D., Maddahian, E., Skager, R. y Bentler, P.M. (1987). Substance abuse and psychosocial risk factors among teenagers: Associations with sex, age,

- ethnicity, and type of school. *Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 13, 413-433.
- Newcomb, M.D. y Bentler, P.M. (1988). *Consequences of adolescent drug use: Impact on the lives of young adults*. Beverly Hills, CA: Sage.
- NIDA (1997). *Preventing drug use among children and adolescents. A research-based guide*. National Institute on Drug Abuse, and National Institutes of Health.
- O'Donnell, J.A. y Clayton, R.R. (1979). Determinants of early marijuana use. En G.M. Beschmer y A.S. Friedman (Eds.), *Youth drug abuse: Problems, issues, and treatment* (pp. 63-110). Lexington, MA: Lexington Books.
- O'Donnell, J., Hawkins, J.D., y Abbott, R.D. (1995). Predicting serious delinquency and substance use among aggressive boys. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 529-537.
- Ollendick, T.H., Weist, M.D., Borden, M.C., y Greene, R.W. (1992). Sociometric status and academic, behavioral and psychological adjustment: A five-year longitudinal study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 80-87.
- Orejudo, S., Miguélez, E. y Arévalo, R. (1997). *Evaluación de perfiles de riesgo en una población rural*. En Ponencias de las II Jornadas sobre Prevención Municipal de las Drogodependencias celebradas en Alorcón los días 12 y 13 de diciembre de 1996. Alorcón : Ayuntamiento, 51-63.
- Oetting, E. R. y Beauvais, F. (1986a). Clarification of peer cluster theory: A response to Peele, Cohen, and Shaffer. *Journal of Counselling and Development*, 65, 29-30.
- Oetting, E. R. y Beauvais, F. (1986b). Peer cluster theory: Drugs and the adolescent. *Journal of Counselling and Development*, 65, 17-22.
- Oetting, E. R. y Beauvais, F. (1987). Peer cluster theory, socialization characteristics, and adolescent drug use: A path analysis. *Journal of Counselling Psychology*, 34, 205-213.
- Ohaeri, J.U. y Odejide, O.A. (1993). Admissions for drug and alcohol related problems in Nigerian psychiatric care facilities in one year. *Drug Alcohol Dependence*, 31(2), 101-109.
- Organización Mundial de la Salud. Oficina Regional para Europa (1993). *Working together for a tobacco-free Europe*.
- Orte, C. (1993). Estudio de los factores de riesgo en el consumo de drogas. *Proyecto*, 3(6), Dossier 7.
- Ortega, P. y Mínguez, R. (1990). Actitudes de los alumnos de BUP-FP ante las drogas. En J. Escámez (Ed.), *Drogas y escuela. Una propuesta de prevención*. Madrid: Dykinson.
- Ortega, P., Mínguez, R. y Pagan, F.A. (1992). *Actitudes hacia la droga en los alumnos de Enseñanza General Básica de la región de Murcia*. Murcia: Consejería de

- Asuntos Sociales. Dirección General del Bienestar Social.
Otero, H. (1994). *Aprender a decir NO*. Madrid: Fere.
- Otero, J.M., Mirón, L. y Luengo, A. (1989). Influence of family and peer group on the use of drugs by adolescents. *The International Journal of the Addictions*, 24(11), 1065-1082.
- Parker, J.G. y Asher, S.R. (1987). Peer relations and later personal adjustment: Are low-accepted children at risk?. *Psychological Bulletin*, 102, 357-389.
- Paton, S.M. y Kandel, D.B. (1978). Psychological factors and adolescent illicit drug use: Ethnicity and sex difference. *Adolescence*, 13, 187-200.
- Paulson, M.J., Coombs, R.H. y Richardson, M.A. (1990). School performance, academic aspirations and drug use among children and adolescents. *Journal of Drug Education*, 20, 289-303.
- Pedersen, W., Clausen, S.E. y Lavik, N.J. (1988). Sensation seeking and adolescent drug use. *Nordisk Psykologi*, 40, 358-370.
- Pedersen, W., Clausen, S.E. y Lavik, N.J. (1989). Patterns of drug use and sensation seeking among adolescents in Norway. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 79, 386-390.
- Peiró, J.M., Del Barrio, H. y Carpintero, H. (1983). *Conductas, actitudes y valores en la juventud*. Valencia: Asociación de Padres de alumnos del Instituto de Bachillerato de Torrent.
- Penning, M. y Barnes, G.E. (1982). Adolescent marijuana use: A review. *International Journal of Addictions*, 17, 749-791.
- Pentz, M.A. (1983). Prevention of adolescent substance abuse through social skill development. En T.J. Glynn, C.G. Leukefeld y J.P. Ludford (Eds.), *Preventing adolescent drug abuse: Intervention strategies* (NIDA Research Monograph 47). Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- Pentz, M.A. (1986) Community organization and school liaisons: How to get programs started. *Journal of Public Health*, 56, 9.
- Pentz, M.A., Cormack, C., Flay, B., Hansen, W. y Johnson, C.A. (1986). Balancing program and research integrity in community drug abuse prevention: Project STAR approach. *Journal of School Health*, 56(9), 389-393.
- Pentz, M.A., Dwyer, J.H., MacKinnon, D.P., Flay, B.R., Hansen, W.B., Wang, E.Y. y Johnson, C.A. (1989). A multi-community trial for primary prevention of adolescent drug abuse: Effects on drug use prevalence. *Journal of the American Medical Association*, 261, 3259-3266.
- Pentz, M.A., MacKinnon, D.P., Dwyer, J.H., Wang, E.Y., Hansen, W.B., Flay, B.R., y Johnson, C.A. (1989b). Longitudinal effects of the Midwestern Prevention

- Project on regular and experimental smoking in adolescents. *Preventive Medicine*, 18: 304-321.
- Pérez, J., Ortet, G., Plá, S. y Simó, S. (1987). Escala de búsqueda de sensaciones para niños y adolescentes (EBS-J). *Evaluación Psicológica*, 3(2), 283-290.
- Pérez de Arróspide, J.A. y Ruiz, J. (1993). Programa de prevención comunitaria de las drogodependencias. En J.A. García-Rodríguez y J. Ruiz (Comps.), *Tratado sobre prevención de las drogodependencias*. Madrid: FAD.
- Pérez Oñate, I. (1995). *Osasunkume. La Aventura de la Vida*. II Evaluación de su aplicación (1995). Bilbao: Edex.
- Perry, C.L. (1987). Results of prevention programs with adolescents. *Drug and Alcohol Dependence*, 20(1), 13-19.
- Perry, C., Killen, J., Slinkard, L.A. y McAlister, A.L. (1980). Peer teaching and smoking prevention among junior high students. *Adolescence*, 9, 277-281.
- Perry, C.L., Klepp, K.I. y Shultz, J.M. (1988). Primary prevention of cardiovascular disease: Communitywide strategies for youth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 358-364.
- Perry, C.L., Grant, M., Ernberg, G., Florenzano, R.U., Langdon, M.C., Myeni, A.D., Waalberg, R., Berg, S., Andersson, K., Fisher, K.J., Blaze-Temple, D., Cross, D., Saunders, B., Jacobs, Jr. D.R. y Schmid, T. (1989). Who collaborative study on alcohol education nad young people: Outcomes of a four-country pilot study. *International Journal of the Addictions*, 24(12), 1145-1172.
- Petraitis, J., Flay, B.R. y Miller, T.Q., (1995). Reviewing theories of adolescents substance use: organizing pieces in the puzzle. *Psychological Bulletin*, 117(1), 67-86.
- Petraitis, J., Flay, B.R., Miller, T.Q., Torpy, E.J. y Greiner B., (1998). Illicit substance use among adolecents: a matrix of prospective predictors. *Substance Use & Misuse*, 13(13), 2561-2604.
- Pisano, S. y Rooney, J.F. (1988). Children's changing attitudes regarding alcohol: A cross-sectional study. *Journal of Drug Education*, 18, 1-11.
- Plan Nacional sobre Drogas (1994). *Encuesta sobre drogas a la población escolar*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Plan Nacional sobre Drogas: *Memoria 1995*. Madrid: Ministerio del Interior.
- Plan Nacional sobre Drogas: *Memoria 1996*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio del Interior.
- Plan Nacional sobre Drogas (1996). *Encuesta sobre drogas a la población escolar* (Informe preliminar). Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional

- sobre Drogas.
- Plan Nacional sobre Drogas: *Memoria 1997*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio del Interior.
- Plan Nacional sobre Drogas: *Memoria 1998*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio del Interior.
- Plan Nacional sobre Drogas (1998). *Encuesta sobre drogas a la población escolar*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Plan Nacional sobre Drogas (1999). *Educación sobre el alcohol*. Actuar es posible. Madrid: Ministerio del Interior.
- Plan Nacional sobre Drogas: *Memoria 1999*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio del Interior.
- Plan Nacional sobre Drogas (2000). Informe nº 3 del Observatorio Español sobre Drogas. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio del Interior.
- Plan Regional sobre Drogas (1995). *Memoria 1995*. Comunidad de Madrid.
- Polich, J.M., Ellickson, P.L., Reuter, P. y Kahan, J.P. (1984). *Strategies for controlling adolescent drug use*. Santa Monica, CA: Rand Corporation.
- Pons, J. y Berjano, E. (1999). *El consumo abusivo de alcohol en la adolescencia: un modelo explicativo desde la psicología social*. Editado por el Plan Nacional sobre Drogas con la colaboración de Obra Social Caja Madrid. Madrid.
- Pons, J., Berjano, E. y García, F. (1996). Variables psicosociales que discriminan el consumo abusivo de alcohol en la adolescencia. *Adicciones*, 8(2), 177-191.
- Pons, J. y Gil, M. (1998). *Análisis estructural del consumo de bebidas alcohólicas en una muestra de adolescentes*. *Psiquis*, 19 (7), 53-61.
- Puska, P., Vartiainen, E., Pallonen, U., Salonen, J.T., Poyhia, P., Koskela, K. y McAlister, A. (1982). The North Karelia Youth Project: Evaluation of two years of intervention on health behavior and CVD risk factors among 13 to 15 year-old children. *Preventive Medicine*, 11, 550-570.
- Ramey, C.T., Bryant, D.M., Campbell, F.A., Sparling, J.J. y Wasik, B.H. (1988). Early intervention for high-risk children: The Carolina Early Intervention Program. En R.H. Price, E.L. Cowen, R.P. Lorion y J. Ramos-McKay (Eds.), *14 ounces of prevention: A casebook for practitioners*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Recio, J.L., Santos, C., Sanchez, M.A., Escamilla, J.P., Barahona, M.J. y Plaza, L.A. (1992). *Papel de la familia, los compañeros y la escuela en el abuso de drogas*. Madrid: Cruz Roja Española.

- Reebye, P., Moretti, M. y Lessard, J. (1995). Conduct disorder and substance use disorder: comorbidity in a clinical sample of preadolescents and adolescents. *Canadian Journal of Psychiatry*, 40, 303-319.
- Rhodes, J.E. y Jason, L.A. (1987). The retrospective pretest: An alternative approach to evaluating substance abuse prevention programs. *Journal of Drug Education*, 17(4), 345-355.
- Rhodes, J.E. y Jason, L.A. (1988). *Preventing substance abuse among children and adolescents*. Nueva York: Pergamon Press.
- Robins, L.N. (1978). Study childhood predictors of adult anti-social behavior: Replications from longitudinal studies. *Psychological Medicine*, 8, 611-622.
- Robins, L.N. (1980). The natural history of drug abuse. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 62, 7-20.
- Robins, L.N. (1984). The natural history of adolescent drug use. *American Journal of Public Health*, 74, 656-657.
- Robins, L.N. y Przybeck, T.R. (1985). Age of onset of drug use as a factor in drug and other disorders. En C.L. Jones y R.J. Battjes (Eds.), *Etiology of Drug Abuse: Implications for Prevention* (NIDA Research Monograph No. 56, DHHS Publication No. ADM 85-1335, pp. 178-192). Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- Rodríguez Martos D.A. (1996). *Factores de riesgo, prevención, detección e intervención en problemas de alcohol en la población infanto-juvenil*. Alcohol y juventud 1995: informes, ponencias y comunicaciones. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Págs. 63-86.
- Rogers, E.M. y Storey, J.D. (1988). Communication campaigns. En S. Chafee y C. Berger (Eds.), *Handbook of communication science*. Newbury Park, CA: Sage.
- Rokeach, M. (1978). A value approach to the prevention and reduction of drug abuse. En T.J. Glynn (Ed.), *Preventing Adolescent Drug Abuse: Intervention Strategies*. Rockville, MD: NIDA.
- Romero, E. (1996). *La predicción de la conducta antisocial: un análisis de las variables de personalidad*. Tesis doctoral. Universidad de Santiago.
- Rooney, J.F. y Villahoz, J. (1994). Análisis multivariable sobre las actitudes e influencias sociales relacionadas con el consumo de bebidas alcohólicas en una población de estudiantes de E.G.B. y EE.MM.. *Revista Española de Drogodependencias*, 19(1), 15-38.
- Rotheram, M., Armstrong, M. y Booraem, C. (1986). Assertiveness training with elementary school children. *American Journal of Community Psychology*, 10, 567-582.

- Ruiz, P. (1993). Estudio de una población de alcohólicos en relación a una muestra de población general: datos actitudinales. *Anales de Psiquiatría*, 9, 315-325.
- Ruiz, P., Lozano, E. y Polaino, A. (1994). Variables personales, familiares y patrones de consumo de alcohol y drogas ilegales en el adolescente. *Anales de Psiquiatría*, 10(4), 157-162.
- Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity: Protective factors and resistance to psychiatric disorder. *British Journal of Psychiatry*, 147, 598-611.
- Rutter, M., Maughan, B., Mortimore, P. y Ouston, J. (1979). *Fifteen thousand hours: Secondary schools and their effects on children*. Cambridge: Harvard University Press.
- Sáiz, P.A., González, M.P., Jiménez, L., Delgado, Y., Liboreiro, M.J., Granda, B. y Bobes, J. (1999). Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas y rasgos de personalidad en jóvenes de enseñanza secundaria. *Adicciones*, 11(3), 209-220.
- SAMHSA (Substance Abuse and Mental Health Services Administration) (1996a, June). *National Household Survey on Drug Abuse*, 85, 88, 90, 91, 92, 93, 94A, 94B Public Use Files(CD-Rom). Chicago, IL: National Opinion Research Center (Producer and Distributor).
- Sánchez, E. y Berjano, E. (1995). Edad de inicio en el consumo de sustancias psicoactivas: Diferencias entre un grupo de drogodependientes y un grupo control. *Información Psicológica*, 59, 37-49.
- Schaps, E., Moskowitz, J., Condon, J. y Malvin, J. (1982). Process and outcome evaluation of a drug education course. *Journal of Drug Education*, 12, 253-364.
- Schaps, E., Moskowitz, J.M., Malvin, J.H. y Schaeffer, G.H. (1986). Evaluation of seven school-based prevention programs: A final report on the Napa Project. *International Journal of the Addictions*, 21, 1081-1112.
- Schinke, S.P. (1984). Preventing teenage pregnancy. En M. Hersen, R.M. Eisler y P.M. Miller (Eds.), *Progress in behavior modification*. Nueva York: Academic Press.
- Schinke, S.P. y Blythe, B.J. (1981). Cognitive-behavioral prevention of children's smoking. *Child Behavior Therapy*, 3, 25-42.
- Schinke, S.P. y Gilchrist, L.D. (1983). Primary prevention of tobacco smoking. *Journal of School Health*, 53(7), 416-419.
- Schinke, S.P. y Gilchrist, L.D. (1984). *Life skills counseling with adolescents*. Austin, TX: Pro-Ed.
- Schinke, S.P. y Gilchrist, L.D. (1985). Preventing cigarette smoking with youth. *Journal of Primary Prevention*

- Schinke, S.P., Bebel, M.Y., Orlandi, M.A. y Botvin, G.J. (1988). Prevention strategies for vulnerable pupils: School social work practices to prevent substance abuse. *Urban Education*, 22, 510-519.
- Schinke, S.P., Botvin, G.J., Trimble, J.E., Orlandi, M.A., Gilchrist, L.D. y Locklear, V.S. (1988). Preventing substance abuse among American-Indian adolescents: A bicultural competence skills approach. *Journal of Counseling Psychology*, 35, 87-90.
- Schulenberg, J., Bachman, J. G. O'Malley, P. M. and Johnston, L. D. (1994). High school educational success and subsequent substance use: a panel analysis following adolescents into young adulthood. *Journal of Health and Social Behaviour*, 35, 45-62.
- Segal, B. (1985). *Consistency for motives for drug-taking behavior among adolescents*. Washington DC: Meeting of American Public Health Association.
- Seitz, V., Rosenbaum, L.K. y Apfel, N.H. (1985). Effects of family support intervention: A ten-year follow up. *Child Development*, 56, 376-391.
- Sher, K. J. (1991). *Children of alcoholics*. Chicago: University of Chicago Press.
- Shelder, J. y Block, J. (1990). Adolescent drug use and psychological health: A longitudinal inquiry. *American Psychologist*, 45, 612-630.
- Silva, F., Martorell, M.C. y Clemente, A. (1986). Adaptación española de la escala de conducta antisocial ASB: Fiabilidad, validez y tipificación. *Evaluación Psicológica*, 2(5), 39-55.
- Simons, R. L., Conger, R. D. y Whitbeck, L. B. (1988). A multistage social learning model of the influences of family and peers upon adolescent substance abuse. *Journal of Drug Issues*, 18, 293-315.
- Slavin, R.E., Madden, N.A., Karweit, N.I., Liverman, B.J. y Dolan, L. (1990). Success for all: First year outcomes of a comprehensive plan for reforming urban education. *American Educational Research Journal*, 27, 255-278.
- Smart, R.G., Gray, G. y Bennett, C. (1978). Predictors of drinking and signs of heavy drinking among high school students. *International Journal of Addictions*, 13, 1079-1094.
- Smith, G.M. y Fogg, C.P. (1978). Psychological predictors of early use, late use, and non-use of marijuana among teenage students. En D.B. Kandel (Ed.), *Longitudinal research on drug use: Empirical findings methodological issues*. Washington, DC: Hemisphere-Wiley.
- Solomon, D., Watson, M., Battistich, V. Schaps, E. y Delucchi, K. (1996). Creating classrooms that students experience as communities. *American Journal of Community Psychology*, 24, 719-748.

- Spivack, G. (1983). *High risk early behaviors indicating vulnerability to delinquency in the community and school*. National Institute of Juvenile Justice and Delinquency Prevention, Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention, Law Enforcement Assistance Administration. Washington DC: U.S. Government Printing Office.
- Spivack, G. y Shure, M.B. (1974). *Social adjustment of young children*. San Francisco: Jossey-Bass.
- SPSS 7.5.2S (1997). *Actualización de SPSS 7.5 para Windows*. Chicago: SPSS Inc..
- Stowell, R.J.A. y Estroff, T.W. (1992). Psychiatric disorders in substance abusing adolescent inpatients: A pilot study. *Journal of American Academie on Child Adolescent Psychiatry*, 31(6), 1036-1040.
- Swadi, H.S. (1988). Adolescent drug taking: Role of family and peers. *Drug and Alcohol Dependence*, 2, 157-160.
- Swadi, H. (1992). Relative risk factors in detecting adolescent drug abuse. *Drug and alcohol Dependence*, 29, 253-254.
- Swaim, R.C., Oetting, E., Edwards, R. y Beauvais, F. (1989). Links from emotional distress to adolescent drug use: A path model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 227-231.
- Swisher, J.D. (1979). Prevention issues. En R.I. Dupont, A. Goldstein y J. O'Donnell (Eds.), *Handbook on Drug Abuse*. Washington, DC: National Institute on Drug Abuse.
- Szalay, L.B., Inn, A., Strohl, J.B. y Wilson, L.C. (1993). Perceived harm and drug use: Perceptual and motivational dispositions affecting drug use. *Journal of Drug Education*, 23, 333-356.
- Teichman, M., Barnea, Z. y Rahav, G. (1989). Personality and substance use among adolescents: A longitudinal study. *British Journal of Addiction*, 84, 181-190.
- Telch, M.J., Killen, J.D., McAlister, A.L., Perry, C.L. y Maccoby, N. (1982). Long-term follow-up of a pilot project on smoking prevention with adolescents. *Journal of Behavioral Medicine*, 5, 1-8.
- Thompson, E.A., Horn, M, Herting, J.R. y Eggert, L.L. (1997). Enhancing outcomes in an indicated drug prevention program for high.risk youth. *Journal of Drug Education*, 27(1), 19-41.
- Thompson, L. Riggs, P. y Mikulich, S. y cols.(1996). *Journal of Abnormal Child Psychology*, 24, 325-347.
- Thornberry, T., Collins-Hall, L., Lizotte a. (1995). School dropout, delinquent behavior, and drug use: an examination of causes and correlates of dropping out of school.

- In Kaplan, H.B. (Ed), *Drugs, Crime, and Other Deviant Adaptations Longitudinal Studies*. Plenum, New York, pp. 163-183.
- Tobler, N.S. (1986). Meta-analysis of 143 adolescent drug prevention programs: Quantitative outcome results of program participants compared to a control or comparison group. *Journal of Drug Issues*, 16, 537-567.
- Tobler, N.S. (1992). Drug prevention programs can work: Research findings. *Journal of Addictive Diseases*, 11(3), 1-28.
- Tobler, N., Roona, M., Ochshorn, P., Marshall, D., Streve, A. and Stackpole, K. (2000). School-Based Adolescent Drug Prevention Programs: 1998 Meta-analysis. *The Journal of Primary Prevention*, 20 (4), 275-336.
- Torres, M.A. (1987). Consumo de alcohol y otras drogas entre los estudiantes de los últimos cursos de Enseñanza General Básica de la ciudad de Torrent. En: *Estudio preventivo y epidemiológico a través de dos cursos académicos (1985-86 y 1986-87)*. Valencia: Ayuntamiento de Torrent.
- Torres, M.A. (1989). *Prevención del uso del alcohol y drogas entre escolares de Torrent*. Valencia: Ayuntamiento de Torrent.
- Torres, A.J. y Domínguez, M.D. (1997). Consumo de drogas ilegales y variables sociodemográficas en la adolescencia: Estudio epidemiológico comunitario en Galicia. *Revista de Psiquiatría Infanto Juvenil*, 1, 4-9.
- Towberman, D.B. y McDonald, R.M. (1993). Dimensions of adolescent drug-avoidant attitude. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 10, 45-52.
- Tremblay, R.E., Masse, B., Perron, D. Y Lébranc, M. (1992). Early disruptive behavior, poor school achievement, delinquent behavior and delinquent personality: longitudinal analyses. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60 (1), 64-72.
- Turtle, J., Jones, A. y Hickman, M. (1997). *Young people and health: the health behaviour of school-aged children*. London: HEA.
- Ungerleider, S. y Bloch, S.A. (1987). Perceived effectiveness of drinking-driving countermeasures: An evaluation of MADD. *Journal of Studies on Alcohol*, 49(2), 191-195.
- Valero, L.F., Cabrera, F., Bueno, L., Mateos, R. y Sáenz, M.C. (1996). Consumo de alcohol e incumplimiento de la ley: Conocimiento a través de encuestas de consumo a escolares. *Revista de Salud Pública de Castilla y León*, 3(5), 19-24.
- VanKammen, W.B. y Loeber, R. (1994). Are fluxuations in delinquent activities related to the onset and offset in juvenile illegal drug use and drug dealing?. *Journal of Drug Issues*, 24, 9-24.
- Vallescar, R., Moreno, V., Sarquella, J., Vilar, S. y Martín, M. (1991). Consumo de

- tabaco de la comarca de Gartoxa. Estudio comparativo 1982-1986. *Gaceta Sanitaria*, 24, 125-129.
- Varo, J.R. (1983). *La edad escolar y el uso de drogas. Prevención y educación sanitarias*. Pamplona: OSPN.
- Vázquez, F. y Becoña, E. (1998). ¿El hábito de fumar tiene relación con la depresión?. *Psicothema*, 10(2), 229-239.
- Vázquez, F.L. y Becoña, E., (1999). Estrategias para los profesionales de la salud para prevenir el inicio del consumo del tabaco. *Psyquis*, 20(5), 17-29.
- Villalbi, J.R. y Aubá, J. (1991). *Disseny i Evaluació preliminar del Projecte PASE*. Institut Municipal de la Salut, Sevei de Promoció de la Salut. Ajuntament de Barcelona.
- Villalbi, J.R., Ballestin, M., Nebot, M. y cols., (1997). The prevention of substance abuse in schools: a process evaluation of the adoption of a standardized education module. *Promotion & Education*, 1: 1-13.
- Villalbi, J.R., Vives, R., Nebot, M., Diez, E. y Ballestin, M. (1998). El tabaco y los escolares: contexto, opiniones y comportamiento. *Med. Clin (Barcelona)*. 110: 579-581.
- Villalbi, J.R., Comin, E., Nebot, M. y Murillo, C. (1991). Prevalence and determinants of alcohol consumption among schoolchildren in Barcelona, Spain. *Journal of School Health*, 61, 123-126.
- Weissberg, R.P. y Allen, J.P. (1985). Promoting children's social skills and adaptive interpersonal behavior. En B.A. Edelstein y L. Michelson (Eds.), *Handbook of prevention*. Nueva York: Plenum Press.
- Weng, L., and Newcomb, M.D. (1989). Predicting changes in teenage drug use. *Journal of Adolescence*, 9, 115-122.
- Werner, E.E. y Smith, R.S. (1982). *Vulnerable but invincible*. Nueva York: McGraw-Hill.
- Werner, E.E. (1989). High-risk children in young adulthood: A longitudinal study from birth to 32 years. *American Journal of Orthopsychiatry*, 59, 72-81.
- White, H.R. (1990). The drug-use delinquency nexus in adolescence. En R. Weisheit (Ed.), *Drugs, crime and the criminal justice system*. Champaign, Illinois: Anderson.
- White, H.R., Johnson, V. y Horowitz, A. (1986). An application of three deviance theories to adolescent substance use. *International Journal of Addictions*, 21, 347-366.
- White, H.R., Pandina, R.J. y LaGrande, R. (1987). Longitudinal predictors of serious substance use and delinquency. *Criminology*, 3, 715-740.

- White, H.R., Brick, J. y Hansell, S. (1993). A longitudinal investigation of alcohol use and aggression in adolescence. *Journal Studies of Alcohol, suppl 11*, 62-77.
- Wills, T.A. y Shiffman, S. (1985). Coping and substance use: A conceptual framework. En S. Shiffman y T.A. Wills (Eds.), *Coping and substance use*. Nueva York: Academic Press.
- Wills, T., Vaccaro, D., and McNamara, G. (1994). Novelty seeking, risk taking, and related constructs as predictors of adolescent substance use: an application of Cloninger's Theory. *Journal of substance abuse, 6*, 1-20.
- Xunta de Galicia, (2000). *Avaliación de proceso e resultados da aplicación dos materiais didácticos na E.S.O.* Colección Drogodependencias, nº 24. Comisionado del Plan de Galicia sobre Drogas. Versión bilingüe gallego-castellano.
- Younoszai, T. M., Lohrmann, D. K., Seefeldt, C. A. y Greene, R. (1999). Trends from 1987 to 1991 in alcohol, tobacco, and other drug (ATOD) use among adolescents exposed to a school district-wide prevention intervention. *Journal of Drug Education, 29(1)*, 77-94.
- Zabin, L.S., Hardy, J.B., Smith, E.A. y Hirsch, M.B. (1986). Substance use and its relation to sexual activity among inner-city adolescents. *Journal of Adolescent Health Care, 7*, 320-331.
- Zuckerman, M. (1979). *Sensation seeking: Beyond the optimal level of arousal*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Zuckerman, M. (1980). Demographic influences in sensation seeking and expressions of sensation seeking in religion, smoking, and driving habits. *Personality and Individual Differences, 1*, 197-206.
- Zuckerman, M. (1987). Is sensation seeking a predisposing trait for alcoholism?. En E. Gottheil, K.A. Druley, S. Pashkey y S.P. Weinstein (Comps.), *Stress and addiction* (pp. 283-301). Nueva York: Bruner/Mazel.