

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**Departamento de Metodología de las Ciencias del
Comportamiento** 



CONDUCTAS DE RIESGO EN LA ADOLESCENCIA

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

Ana I. Corchado Castillo

Bajo la dirección de las doctoras

Rosario Martínez Arias
María José Díaz-Aguado Jalón

Madrid, 2012



CONDUCTAS DE RIESGO EN LA ADOLESCENCIA

TESIS DOCTORAL • Ana I. Corchado Castillo

Directoras: Dra. Rosario Martínez Arias / Dra. María José Díaz-Aguado Jalón • 2012



UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**Programa de doctorado: Investigación y desarrollo en
psicología clínica y de la salud**

Departamento de Metodología de Las Ciencias del Comportamiento



CONDUCTAS DE RIESGO EN LA ADOLESCENCIA

Memoria para optar al grado de doctor presentada por

Ana I. Corchado Castillo

Directoras

Dra. Rosario Martínez Arias

Dra. María José Díaz-Aguado Jalón

2012

*Todas las verdades son fáciles de entender
una vez descubiertas. El caso es descubrirlas*

Galileo Galilei

Toda mi gratitud a todos los que creyeron posible este trabajo

ÍNDICE

MARCO TEÓRICO

INTRODUCCIÓN	1
1. ANTECEDENTES: ETAPAS DEL ESTUDIO DE LA ADOLESCENCIA	3
2. ADOLESCENCIA. CONCEPTO Y CARACTERÍSTICAS	5
3. FACTORES DE AJUSTE POSITIVO	17
3.1. Vida académica	17
3.2. Resiliencia	18
3.3. Autoconcepto, autoestima y autoeficacia	30
3.4. Relaciones familiares	36
3.5. Estilos de socialización parental	39
3.6. Relaciones con los hermanos	43
3.7. Grupo de iguales	45
3.8. Ocio	48
4. CONDUCTA DE RIESGO	55
4.1. Riesgo: concepto, gestión, percepción y conceptos relacionados	56
4.2. Conducta antisocial	63
4.3. Violencia y agresividad	66
4.4. Delincuencia	76
4.5. Consumo de drogas	85

4.6.	Relaciones sexuales, salud sexual, conductas de riesgo	111
4.7.	Búsqueda de sensaciones	120
5.	TRASTORNO DE CONDUCTA	121
5.1.	Trastorno por déficit de atención con hiperactividad	123
5.2.	Trastorno disocial y trastorno negativista desafiante	127
6.	MODELOS TEÓRICOS QUE EXPLICAN LA CONDUCTA ADOLESCENTE	129
6.1.	Conductas de riesgo en la adolescencia.	129
	6.1.1. Enfoque ecológico	130
	6.1.2. Teoría de la conducta problema de Jessor y Jessor	133
6.2.	Modelo de conducta de riesgo en la adolescencia	137
7.	MODELOS DE DESARROLLO POSITIVO	140
INVESTIGACIÓN		
INTRODUCCIÓN		145
8.	OBJETIVOS E HIPÓTESIS	146
9.	APROXIMACIÓN CUALITATIVA PARA LA DELIMITACIÓN DE LAS CONDUCTAS DE ESTUDIO	150
10.	MÉTODO	150
10.1.	Diseño	155
10.2.	Participantes	161
10.3.	Variables y su medida	167

10.4. Procedimiento	176
11. RESULTADOS	179
11.1. Vida académica y riesgo	179
11.2. Escala de bienestar adolescente	186
11.3. Percepción de resiliencia	189
11.4. Percepción de autoeficacia	193
11.5. Relaciones familiares	196
11.6. Hermanos	203
11.7. Amigos	205
11.8. Ocio	208
11.9. Discursos hacia la fiesta	213
11.10. Dinero disponible para el fin de semana	219
11.11. Días que sales a la semana	221
11.12. Presión de grupo	222
11.13. Conducta problema	225
11.14. Búsqueda de sensaciones	231
11.15. Consumo de drogas	235
11.16. Relaciones sexuales	245
11.17. Violencia	250
11.18. Algunas creencias sobre la violencia	256

11.19. Delitos	259
11.20. Arma de fuego	263
11.21. Imagen personal respecto al riesgo	264
11.22. Trastornos de conducta	267
11.23. Posicionamientos extremos	280
11.24. Respuesta sincera	281
11.25. Variables predictoras de la conducta de riesgo	282
11.26. Modelo de la conducta de riesgo	290
12. DISCUSIÓN	293
13. PERFILES	319
14. CONCLUSIONES	322
15. LIMITACIONES Y PROPUESTAS	232
16. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	336
ANEXO	
17. CUESTIONARIO	418

ANEXO DIGITAL

- 16.1. RESULTADOS
 - 16.1.1 Distribución de la muestra
 - 16.1.2. Resultados académicos

-
- 16.1.3. Escala de bienestar adolescente
 - 16.1.4. Resiliencia
 - 16.1.5. Autoeficacia generalizada
 - 16.1.6. Relaciones familiares
 - 16.1.7. Ocio
 - 16.1.8. Discurso sobre la fiesta
 - 16.1.9. Dinero disponible
 - 16.1.10. Presión de grupo
 - 16.1.11. Conducta problema
 - 16.1.12. Búsqueda de sensaciones
 - 16.1.13. Consumo de drogas
 - 16.1.14. Relaciones sexuales
 - 16.1.15. Arma de fuego
 - 16.1.16. Algunas creencias sobre la violencia
 - 16.1.17. Violencia
 - 16.1.18. Delitos
 - 16.1.19. Autoimagen respecto al riesgo
 - 16.1.20. Trastornos de conducta
 - 16.1.21. Conducta disocial y predisocial
 - 16.1.22. Posición política
- 16.2. ENTREVISTAS
- 16.2.1. Alex
 - 16.2.2. Almu
 - 16.2.3. Miguel
 - 16.2.4. Mila
 - 16.2.5. Moha
 - 16.2.6. Mounir
 - 16.2.7. Ricardo
- 16.3. DOCUMENTACIÓN COMPLEMENTARIA DE LAS ENTREVISTAS
- 16.4. CONVENIOS DE COLABORACIÓN

Factores de ajuste positivo

- Figura 1 Distribución de los adolescente según las áreas resultantes de las combinaciones entre distintos niveles de riesgo y los resultados obtenidos
- Figura2 Modelos de resiliencia

Conductas de riesgo

- Figura 1 Modelo de Shoemaker. Teoría integrada de la delincuencia
- Tabla 1 Factores relacionados con el inicio del consumo de tabaco
- Tabla 2 Factores relacionados con el mantenimiento del consumo de tabaco
- Tabla 3 Principales drogas emergentes

Modelos teóricos

- Figura 1 Modelo ecológico del desarrollo humano. Bronfenbrenner, 1979
- Figura 2 Integración de la conducta en el mapa ecológico
- Figura 3 Integración del modelo de conductas de riesgo en el mapa ecológico

Conclusiones

- Figura 1 Espiral del riesgo

Participantes

Tabla 1	Lugar de nacimiento del sujeto, padre y madre. Porcentajes
Tabla 2	Medidas de protección. Porcentajes
Tabla 3	Porcentajes de la actividad diaria distribuidos según los grupos Caso-Control
Tabla 4	Tipo de actividad diaria distribuida según la institución de referencia. Porcentajes
Tabla 5	Religiosidad personal y familiar. Porcentajes
Tabla 6	Nivel de estudios del padre y la madre
Tabla 7	Situación laboral del padre y la madre
Tabla 8	Porcentajes de la variable "Conviven con"

Vida académica y riesgo

Tabla 1	Porcentajes del ítem distribuidos según los grupos Caso-Control: Resultados académicos del curso anterior
Tabla 2	Porcentajes del ítem distribuidos según los grupos Caso-Control: Qué estudios esperas terminar
Tabla 3	Contraste de U de Mann-Whitney del ítem distribuidos según los grupos Caso- Control y tamaño del efecto
Tabla 4	Porcentajes del ítem distribuidos según los grupos Caso-Control: Valoración del resultado general de sus estudios
Tabla 5	Estadísticos de contraste y asociación para los grupos Caso-Control*Tipo de sanción

Bienestar subjetivo

Tabla 1	Indicadores de ajuste del modelo
Tabla 2	Matriz θ - ξ
Tabla 3	Saturaciones factoriales y fiabilidad de los indicadores

Percepción de resiliencia

Tabla 1	Estadísticos descriptivos, de contraste y alternativos no paramétricos (contraste de U de Mann-Whitney) de los ítems distribuidos según los grupos Caso- Control y tamaño del efecto
Tabla 2	Indicadores de ajuste del modelo
Tabla 3	Saturaciones factoriales y fiabilidad de los indicadores

Percepción de Autoeficacia

Tabla 1	Estadísticos descriptivos y alternativos no paramétricos de los ítems distribuidos según los grupos Caso-Control
---------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Tabla 2	Indicadores de ajuste del modelo
Tabla 3	Saturaciones factoriales y fiabilidad de los indicadores
Tabla 4	Estadísticos descriptivos de la muestra distribuida según la institución de referencia

Relaciones familiares

Tabla 1	Matriz θ - ξ
Tabla 2	Indicadores de ajuste del modelo
Tabla 3	Saturaciones factoriales y fiabilidad de los indicadores

Hermanos

Tabla 1	Porcentajes de hermanos con problemas distribuidos según los grupos Caso-Control
Tabla 2	Porcentajes de hermanos como modelo distribuidos según los grupos Caso-Control

Amigos

Tabla 1	Estadísticos descriptivos, de contraste y alternativos no paramétricos (contraste de U de Mann-Whitney) de la variable distribuidos según los grupos Caso-Control y tamaño del efecto.
Tabla 2	Contraste de medias del ítem distribuidas según la institución de referencia,

Ocio

Tabla 1	Medias, desviaciones típicas y medias corregidas: Ocio relacionado con actividades deportivas
Tabla 2	Medias, desviaciones típicas y medias corregidas: Ocio individual o en solitario
Tabla 3	Medias, desviaciones típicas y medias corregidas: Ocio tecnológico social
Tabla 4	Medias, desviaciones típicas y medias corregidas: Ocio tecnológico solitario

Discursos hacia la fiesta

Tabla 1	Saturaciones factoriales y fiabilidad de los indicadores
Tabla 2	Matriz ϕ
Tabla 3	Indicadores de ajuste del modelo
Tabla 4	Medias, desviaciones típicas y medias corregidas del factor <i>Ocio de fin de semana</i> distribuidas según la institución de referencia
Tabla 5	Medias, desviaciones típicas y medias corregidas del factor <i>Ocio de fin de semana</i> distribuidas según la institución de referencia

Dinero disponible para el fin de semana

- Tabla 1 Estadísticos descriptivos, de contraste de la variable distribuidas según los grupos Caso-Control: Dinero disponible para el fin de semana
- Tabla 2 Medias, desviaciones típicas y medias corregidas: Dinero disponible para el fin de semana

Días que sales a la semana

- Tabla 1 Estadísticos descriptivos, de contraste de la variable distribuida según los grupos Caso-Control: Días que sales a la semana

Presión de grupo

- Tabla 1 Indicadores de ajuste del modelo
- Tabla 2 Saturaciones factoriales y fiabilidad de los indicadores

Conducta problema

- Tabla 1 Indicadores de ajuste del modelo
- Tabla 2 Matriz θ - ξ
- Tabla 3 Saturaciones factoriales y fiabilidad de los indicadores
- Tabla 4 Medias, desviaciones típicas y medias corregidas: Drogas (Farrell)
- Tabla 5 Medias, desviaciones típicas y medias corregidas: Violencia (Farrell)

Búsqueda de sensaciones

- Tabla 1 Matriz ϕ
- Tabla 2 Indicadores de ajuste del modelo
- Tabla 3 Saturaciones factoriales y fiabilidad de los indicadores
- Tabla 4 Medias, desviaciones típicas y medias corregidas de los factores *Conducta de aventura* y *Conducta ilegal*, distribuídas según la institución de referencia

Consumo de drogas

- Tabla 1 Estadísticos descriptivos de la edad de comienzo del consumo de drogas
- Tabla 2 Estadísticos de contraste de la edad de comienzo de consumo de drogas
- Tabla 3 Porcentajes de consumo de los distintos tipos de drogas distribuidos según los grupos Caso-Control
- Tabla 4 Estadísticos de contraste y asociación para los grupos Caso-Control*tipo de droga

Tabla 5	Porcentaje de frecuencias de consumo de sustancias distribuidos según los grupos Caso-Control
Tabla 6	Estadísticos descriptivos de la cantidad de consumo
Tabla 7	Estadísticos de contraste y alternativos no paramétricos (contraste U de Mann-Whitney) de la frecuencia de consumo distribuidos según los grupos Caso-Control y tamaño del efecto: Consumo de cannabis, cocaína y pastillas
Tabla 8	Porcentajes de la frecuencia de consumo de cannabis de los grupos Caso-Control
Tabla 9	Estadísticos de contraste y asociación para los grupos Caso-Control* lugar donde se consume alcohol
Tabla 10	Análisis factorial. Matriz de configuración factorial
Tabla 11	Porcentajes de consumo de drogas ilegales (excepto el cannabis) distribuidos según la institución de pertenencia
Tabla 12	Porcentajes de la estimación de la prevalencia del consumo de chicos y chicas de algunas sustancias
Tabla 13	Estadísticos descriptivos de la edad de inicio de las distintas sustancias y relaciones sexuales
Tabla 14	Porcentaje del número de drogas consumidas según la institución de referencia

Relaciones sexuales

Tabla 1	Porcentajes del ítem distribuidos según los grupos Caso-Control: ¿Utilizas condón?
Tabla 2	Porcentajes de la variable distribuidos según los grupos Caso-Control: Uso -Riesgo

Arma de fuego

Tabla 1	Estadísticos descriptivos, de contraste y alternativos no paramétricos (contraste U de Mann-Whitney) de los ítems distribuidos según los grupos Caso- Control y tamaño del efecto.
---------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Violencia

Tabla 1	Saturaciones factoriales y fiabilidad de los indicadores
Tabla 2	Matriz ϕ
Tabla 3	Indicadores de ajuste del modelo

Algunas creencias sobre la violencia. Justificación positiva

Tabla 1	Tabla 3: Saturaciones factoriales y fiabilidad de los indicadores
Tabla 2	Indicadores de ajuste del modelo

Delitos

Tabla 1	Porcentajes de la situación judicial de los internos en los centros de cumplimiento de medida o condena
---------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------

Tabla 2	Porcentajes de los ingresos según el régimen en centros de la ARRM
Tabla 3	Porcentajes del ítem “Condena como menor” distribuido según la institución de referencia
Tabla 4	Porcentajes y estadísticos descriptivos de los tipos de delitos según la institución de referencia

Arma de fuego

Tabla 1	Estadísticos descriptivos, de contraste y alternativos no paramétricos (contraste U de Mann-Whitney) de los ítems distribuidos según los grupos Riesgo-Control y tamaño del efecto
---------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Imagen personal respecto al riesgo

Tabla 1	Estadísticos descriptivos, de contraste y alternativos no paramétricos (contraste U de Mann-Whitney) de los ítems distribuidos según los grupos Caso- Control y tamaño del efecto.
---------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Trastornos de conducta

Tabla 1	Indicadores de ajuste del modelo
Tabla 2	Matriz θ - ξ
Tabla 3	Saturaciones factoriales y fiabilidad de los indicadores
Tabla 4	Medias y desviaciones típicas del ítem “Hacer ruido por las noches en horas de descanso” distribuidas según Caso-Control, pasado-últimos seis meses
Tabla 5	Indicadores de ajuste del modelo
Tabla 6	Matriz ϕ
Tabla 7	Saturaciones factoriales y fiabilidad de los indicadores
Tabla 8	Medias, desviaciones típicas y medias corregidas: Trastorno predisocial: pasado últimos seis meses
Tabla 9	Medias, desviaciones típicas y medias corregidas: Trastorno disocial: pasado últimos seis meses

Variables predictoras de la conducta de riesgo

Tabla 1	Resumen del modelo <i>Violencia</i>
Tabla 2	Resumen de los resultados de la regresión por el método jerárquico: <i>Violencia</i>
Tabla 3	Resumen del modelo Consumo de drogas
Tabla 4	Resumen de los resultados de la regresión por el método pasos sucesivos: Consumo de drogas
Tabla 5	Resumen del modelo Consumo de drogas Farrell
Tabla 6	Resumen de los resultados de la regresión por el método pasos sucesivos: Consumo de drogas (Farrell)
Tabla 7	Resumen del modelo Conducta problema (Farrell)

Tabla 8	Resumen de los resultados de la regresión por el método pasos sucesivos: Conducta problema (Farrell)
Tabla 9	Resumen de los resultados de la regresión por el método pasos sucesivos: Factores de protección de la conducta problema (Farrell)
Tabla 10	Resumen del modelo Trastorno disocial
Tabla 11	Resumen de los resultados de la regresión por el método pasos sucesivos: Trastorno disocial.

Modelo de la conducta de riesgo

Tabla 1	Indicadores de ajuste del modelo
Tabla 2	Saturaciones factoriales y fiabilidad de los indicadores del modelo CONDUCTAS DE RIESGO

Participantes

- Figura 1 Distribución de la muestra según las edades de los sujetos
- Figura 2 Porcentajes según el sexo y la edad
- Figura 3 Porcentajes por género distribuidos según la institución de referencia
- Figura 4 Tiempo medio de estancia en los centros

Vida académica y riesgo

- Figura 1 Porcentajes del ítem distribuidos según los grupos Caso-Control: Haber sido sancionado en el colegio
- Figura 2 Medias de la variable distribuidas según los la institución de referencia: Suma de sanciones
- Figura 3 Medias de la variable distribuidas según los la institución de referencia: Sanciones graves
- Figura 4 Medias de la variable distribuidas según los la institución de referencia: Sanciones leves

Bienestar subjetivo

- Figura 1 Modelo estructural de primer orden de dos factores correlacionados para el constructo "Autoeficacia generalizada"
- Figura 2 Medias del factor distribuidas según la institución de referencia: Valora como te sientes

Percepción de resiliencia

- Figura 1 Modelo estructural de primer orden para el constructo Resiliencia (RS)
- Figura 2 Medias de la variable distribuidas según la institución de referencia: Resiliencia

Percepción de autoeficacia

- Figura 1 Modelo estructural de primer orden para el constructo Autoeficacia generalizada
- Figura 2 Medias del factor distribuidas según las instituciones de referencia

Relaciones familiares

- Figura 1 Modelo estructural de segundo orden para el constructo Relaciones familiares (RF)
- Figura 2 Medias de la variable distribuidas según las instituciones de pertenencia: Comunicación familiar
- Figura 3 Medias de la variable distribuidas según las instituciones de pertenencia: Normas familiares
- Figura 4 Medias de la variable distribuidas según las instituciones de pertenencia: Conflictos
- Figura 5 Medias de la variable distribuidas según las instituciones de pertenencia: Hermanos

Figura 6 Medias de la variable de segundo orden distribuidas según las instituciones de pertenencia: Relaciones familiares

Hermanos

Figura 1 Porcentajes de hermano con problemas, distribuidos según las instituciones de referencia

Figura 2 Porcentajes de hermano como modelo, distribuidos según las instituciones de referencia

Amigos

Figura 1 Medias de la variable distribuidas según los grupos Caso-Control

Figura 2 Medias de la variable distribuidas según las instituciones de pertenencia Amigos de verdad

Ocio

Figura 1 Medias del factor distribuidas según las instituciones de pertenencia: Ocio con amigos

Figura 2 Medias del factor distribuidas según las instituciones de pertenencia: Ocio relacionado con actividades deportivas

Figura 3 Medias del factor distribuidas según las instituciones de pertenencia: Ocio individual o en solitario

Figura 4 Medias del factor distribuidas según las instituciones de pertenencia: Ocio tecnológico social

Figura 5 Medias del factor distribuidas según las instituciones de pertenencia: Ocio tecnológico en solitario

Discursos sobre la fiesta

Figura 1 Modelo estructural de segundo orden para el constructo “Discursos sobre la fiesta”

Figura 2 Medias de la variable distribuidas según la institución de referencia: Ocio de fin de semana

Figura 3 Medias de la variable distribuidas según la institución de referencia: Discurso ante el consumo de drogas

Figura 4 Medias de la variable distribuidas según la institución de referencia: Discurso sobre el Botellón

Figura 5 Medias de la variable distribuidas según la institución de referencia: Consumo de drogas como forma de ocio

Figura 6 Medias de la variable de segundo orden distribuidas según la institución de referencia: Discurso sobre la fiesta

Dinero disponible para el fin de semana

Figura 1 Medias de la variable “Dinero disponible para el fin de semana” distribuidas según los la institución de referencia

Días que sales a la semana

Figura 1 Medias de la variable distribuidas según los la institución de referencia

Presión de grupo

- Figura 1 Modelo estructural de primer orden para el constructo Presión de grupo (PG)
- Figura 2 Medias de la variable distribuidas según los grupos Caso-Control: Presión de grupo
- Figura 3 Medias de la variable distribuidas según la institución de referencia: Presión de grupo

Conducta problema

- Figura 1 Modelo estructural de segundo orden para el constructo Conducta problema (CP)
- Figura 2 Medias de la variable distribuidas según la institución de referencia: Drogas (Farrell)
- Figura 3 Medias de la variable distribuidas según la institución de referencia: Delincuencia (Farrell)
- Figura 4 Medias de la variable distribuidas según la institución de referencia: Violencia (Farrell)
- Figura 5 Medias de la variable distribuidas según la institución de referencia: Conducta problema

Búsqueda de sensaciones

- Figura 1 Modelo estructural de primer orden de dos factores correlacionados para el constructo "Búsqueda de sensaciones"
- Figura 2 Medias del factor distribuidas según la institución de referencia: Conducta ilegal
- Figura 3 Medias del factor distribuidas según la institución de referencia: Conducta de aventura

Drogas

- Figura 1 Medias de edad de comienzo de consumo de las distintas sustancias distribuidas según los grupos Caso-Control
- Figura 2 Porcentajes del lugar donde se realiza el botellón distribuidos según los grupos Caso-Control
- Figura 3 porcentajes del lugar donde se bebe alcohol distribuidos según los grupos Caso-Control: Beber en casa de alguien
- Figura 4 porcentajes del lugar donde se bebe alcohol distribuidos según los grupos Caso-Control: Beber en locales
- Figura 5 porcentajes del lugar donde se bebe alcohol distribuidos según los grupos Caso-Control: Beber copas en la calle
- Figura 6 Medias de edad de comienzo de consumo de sustancias clasificadas según la institución de pertenencia: Tabaco
- Figura 7 Medias de edad de comienzo de consumo de sustancias clasificadas según la institución de pertenencia: Alcohol
- Figura 8 Medias de edad de comienzo de consumo de sustancias clasificadas según la institución de pertenencia: Cannabis
- Figura 9 Medias de edad de comienzo de consumo de sustancias clasificadas según la institución de pertenencia: Pastillas
- Figura 10 Medias de edad de comienzo de consumo de sustancias clasificadas según la institución de pertenencia: Cocaína
- Figura 11 Medias de edad de comienzo de consumo de sustancias clasificadas según la institución de pertenencia.

-
- Figura 12 Medias de la variable distribuidas según las instituciones de pertenencia: Consumo de drogas (excepto tabaco, cánnabis y alcohol)
- Figura 13 Medias del número de copas semanales distribuidas según la institución de pertenencia

Relaciones sexuales

- Figura 1 Medias de la variable distribuidas según los la institución de referencia Edad de la primera relación sexual
- Figura 2 Medias de la variable distribuidas según los la institución de referencia: Número de relaciones en los últimos 12 meses
- Figura 3 Medias de la variable distribuidas según los la institución de referencia: Medias de la variable distribuidas según los la institución de referencia
- Figura 4 Medias de la variable distribuidas según la institución de referencia: Argumentos negativos para usar condón

Violencia

- Figura 1 Modelo estructural de segundo orden para el constructo Violencia (V)
- Figura 2 Medias de la variable distribuidas según la institución de referencia: Violencia intrafamiliar
- Figura 3 Medias de la variable distribuidas según la institución de referencia: Violencia física identificando a la víctima ejercida en grupo
- Figura 4 Medias de la variable distribuidas según la institución de referencia: Violencia física sin identificar a la víctima, actitudes violentas
- Figura 5 Medias de la variable de segundo orden distribuidas según la institución de referencia: Violencia
- Figura 6 Medias de la variable de segundo orden distribuidas según los grupos Caso-Control: Violencia

Algunas creencias sobre la violencia. Justificación positiva

- Figura 1 Modelo estructural de primer orden para el constructo "Algunas creencias sobre la violencia"
- Figura 2 Medias del factor distribuidas según las instituciones de referencia
- Figura 3 Medias de la variable de segundo orden distribuidas según los grupos Caso-Control: Creencias sobre la violencia. Justificación positiva

Delitos

- Figura 1 Medias del ítem distribuidas según la institución de referencia: Número de juicios con condena.

Arma de fuego

- Figura 1 Medias del ítem distribuidas según los la institución de referencia

Imagen personal respecto al riesgo

- Figura 1 Medias del ítem distribuidas según los la institución de referencia: El ir a la cárcel es lo único que puede pararme
- Figura 2 Medias del ítem distribuidas según los la institución de referencia: Soy lo que económicamente puedo permitirme
- Figura 3 Medias del ítem distribuidas según los la institución de referencia: Es muy difícil que me pase algo malo

Trastornos de conducta

- Figura 1 Modelo estructural de segundo orden para el constructo Trastornos de conducta (R)
- Figura 2 Medias de la variable de segundo orden distribuidas según la institución de referencia. Trastornos de conducta
- Figura 3 Medias de la variable de segundo orden distribuidas según la institución de referencia. Inatención
- Figura 4 Medias de la variable de segundo orden distribuidas según la institución de referencia. Oposicionismo desafiante
- Figura 5 Medias de la variable de segundo orden distribuidas según la institución de referencia. Impulsividad-Hiperactividad
- Figura 6 Medias de la variable de segundo orden distribuidas según la institución de referencia y en el pasado y los últimos seis meses: Trastornos de conducta
- Figura 7 Modelo estructural de dos factores de primer orden correlacionados: Conducta disocial y conducta predisocial
- Figura 8 Medias de la variable de segundo orden distribuidas según la institución de referencia y en el pasado y los últimos seis meses: Conducta predisocial
- Figura 9 Medias de la variable de segundo orden distribuidas según la institución de referencia y en el pasado y los últimos seis meses: Conducta disocial

Posicionamientos extremos

- Figura 1 Medias del factor distribuidas según las instituciones de pertenencia: Posición política

Respuesta sincera

- Figura 1 Medias de la variable distribuidas según la institución de referencia: Respuesta sincera

Modelo de la conducta de riesgo

- Figura 1 Modelo estructural de la conducta de riesgo
- Figura 2 Representación de los errores correlacionados para el modelo de conducta de riesgos
- Figura 3 Diagrama conceptual de la conducta de riesgo

MARCO TEÓRICO

INTRODUCCIÓN

De acuerdo con las premisas de la *tercera etapa del estudio de la adolescencia* (Lerner y Steinberg, 2009) en el presente estudio hemos adoptado el enfoque ecológico (Bronfenbrenner 1979; 2001, Bronfenbrenner y Morris, 2006) que, como diseño integrador, es clave en la comprensión del sistema de relaciones entre la persona y el contexto y aporta evidencias teóricas acerca del tipo de interacción sobre el desarrollo personal y social de los adolescentes (Collins, Maccoby, Steinberg, Hetherington y Bornstein, 2000; Gottlieb, Wahlsten y Lickliter, 2006). En este marco ecológico se han integrado distintas teorías sobre los factores de ajuste psicosocial positivo que influyen en el desarrollo de la conducta, que se exponen en la primera parte de este trabajo: se realiza una aproximación al concepto *resiliencia* y a algunos factores asociados que incluyen características positivas como una alta *autoestima*, la *autoeficacia*, las *relaciones familiares* de cuidado y apoyo social (Luthar, 2006; Thompson, Flood y Goodvin, 2006); la *disciplina* y el *control* (Luthar, 2006; Smith, Lizotte, Thornberry y Krohn, 1995); las relaciones cálidas y el *apego* a los padres (Smith et al., 1995) la *experiencia* y *expectativas académicas* (Catalano, Haggerty, Oesterle, Fleming y Hawkins, 2004; Rutter, 1979, Rutter y Quinton, 1984; Smith, Lizotte, Thornberry y Krohn 1995.; Stouthamer-Loeber, Wei, Loeber y Masten, 2004); la conducta prosocial (Tremblay y LeMarquand, 2001); la ocupación (Stouthamer-Loeber, et al., 2004); y otros recursos tales como la relación y la influencia de *los iguales*, y el *ocio* y *el tiempo libre*.

Seguidamente, y en el mismo marco, se pretende abundar sobre las conductas de riesgo y se propone un modelo teórico para explicarlas. El estudio y elección de estas conductas, ha estado orientado por los resultados de entrevistas en profundidad que fundamentaron la construcción de un cuestionario como herramienta capaz de obtener respuestas válidas en condiciones de anonimato y privacidad, necesarias por el nivel íntimo y personal de algunas de las cuestiones planteadas. Este cuestionario se administró a una muestra formada por un grupo de Control y un grupo de estudio o Riesgo compuesto por adolescentes vinculados a cuatro Instituciones sociales de carácter educativo, de protección, reinserción-reeducación y tratamiento que han permitido el acceso a esta población. También se presta atención a las conductas que pueden clasificarse de antisociales, clínicamente significativas, que sobrepasan el ámbito del funcionamiento normal y que se ajustan a los criterios de la DSM-IV: la inatención, la hiperactividad, la impulsividad, el oposicionismo desafiante y el trastorno disocial, más frecuentes en adolescentes con mayores y más graves conductas de riesgo.

En la segunda parte del estudio se desarrolla la investigación empírica. Los resultados del autoinforme examinan 18 constructos que corresponden a la estructura de una amplia variedad de conductas y se prueba la amplitud del *Síndrome de la conducta de riesgo* que se adapta al marco ecológico y responde a un modelo de desarrollo en espiral. Para ello y como en otros estudios (Allen, Leadbeater y Aber, 1994; Dembo et al., 1992; Farrell, Kung, White y Valois, 2000; Garnefski y Diekstra, 1997; Grube y Morgan, 1990, Mason y Windle, 2002; Mitchell y O'Neil, 1998; Newcombe y McGee, 1989; Osgood, Johnston, O'Malley y Bachman, 1988; Resnicow, Ross-Gaddy y Vaughan, 1995; White, 1992; White, Loeber, Stouthamer-Loeber y Farrington, 1999) utilizamos modelos de ecuaciones estructurales y de análisis factorial confirmatorio que ponen a prueba la estructura latente del factor *Síndrome de Conducta de Riesgo*. Con ello se intenta presentar una visión del fenómeno y aportar una comprensión de estas conductas que se desarrollan en distintos niveles de riesgo en relación a la gravedad de las mismas. Se proponen perfiles determinados por la Institución de referencia de los grupos y que describen patrones de conducta, características y distintos niveles de implicación al riesgo en los grupos estudiados.

Esperamos que los resultados y los conocimientos generados de nuestra investigación ofrezcan luz sobre las conductas de riesgo de los adolescentes e inspiren programas que contribuyan a la mejora del desarrollo positivo y de su calidad de vida.

1. ANTECEDENTES: ETAPAS DEL ESTUDIO DE LA ADOLESCENCIA

Lerner y Steinberg (2009), en el Prefacio de la tercera edición del *Manual de psicología de la adolescencia*, establecen tres etapas o fases en el estudio científico de la adolescencia. El comienzo de la primera etapa se sitúa a principios del siglo XX con la publicación en 1904 de la obra en dos volúmenes de G. Stanley Hall, titulada *Adolescencia*, redactada desde una concepción evolutiva (darwiniana) (Lerner, 2005). Caracteriza a esta primera fase, el desarrollo de grandes teorías sobre la adolescencia que englobara todos los aspectos de esta etapa de la vida y era de carácter esencialmente descriptivo. La investigación empírica ateorica y descriptiva se orientaba en la escisión cartesiana de conceptos; por ejemplo, natura - nurtura, continuidad - discontinuidad, estabilidad - inestabilidad o básica - aplicada, que limitaban el desarrollo intelectual del campo.

La segunda fase surgió a comienzos de 1970 cuando los científicos del desarrollo comenzaron a realizar investigaciones sobre los adolescentes. El interés de esta segunda fase fue superar las divisiones teóricas de la primera etapa y explorar y elaborar modelos de desarrollo que rechazaron el reduccionismo biológico o la explicación medioambiental y se centraron en fusionar los niveles de organización que constituyen los sistemas de desarrollo y sus sistemas multinivel. Este modelo de desarrollo de sistemas ha proporcionado una metateoría para la investigación del desarrollo adolescente a las que se han asociado teorías de nivel medio que han generado explicaciones a las relaciones "persona-entorno" dentro de campo del desarrollo. La segunda fase se caracterizaría por una producción basada en el test de hipótesis con un foco más restringido, procurando explicar, por ejemplo, la plasticidad del desarrollo infantil y juvenil en un marco de diversidad cultural, aplicado al mundo real. Ejemplos de esta fase son las teorías sobre el ciclo de vida de la Psicología del Desarrollo, la Sociología del ciclo de vida, el apoyo social, el estrés y el manejo del estrés, el desarrollo cognitivo y la medicina del adolescente (Steinberg y Lerner 2005).

La tercera y actual etapa, se ha consolidado en poco tiempo dado el aumento sin precedentes del desarrollo teórico y la investigación en este campo. Sus raíces se establecieron en el trabajo de científicos como Bronfenbrenner (1979) quien explicó la importancia de una ciencia de desarrollo con la colaboración plena y bidireccional entre los productores (por ejemplo, el mundo académico) y consumidores de conocimiento científico [los responsables políticos y las instituciones sociales clave (educativas, de protección y reeducación, organizaciones juveniles, etc.)] con el fin de

mejorar el desarrollo de los adolescentes. De acuerdo con las premisas de esta etapa, para el presente estudio hemos adoptado el enfoque ecológico (Bronfenbrenner 1979; 2001, Bronfenbrenner y Morris, 2006) que, como diseño integrador, es clave en la comprensión del sistema de relaciones entre la persona y el contexto y aporta evidencias teóricas acerca del tipo de interacción sobre el desarrollo personal y social (Collins, Maccoby, Steinberg, Hetherington y Bornstein, 2000; Gottlieb, Wahlsten y Lickliter. 2006). Para su realización ha sido necesaria la colaboración con aquellas *Instituciones sociales clave* que han permitido el acceso a la población objeto de estudio a través de convenios de colaboración.

2. ADOLESCENCIA: CONCEPTO Y CARACTERÍSTICAS

El término adolescente podría definir el período entre la niñez y la adultez, pero no describe adecuadamente lo que podría decirse de este período crítico y formativo de la vida. La adolescencia es una etapa de evolución, un período de desarrollo, de reorganización biológica, cognitiva, emocional y social en la que el adolescente ha de tomar decisiones, adquirir compromisos y buscar su espacio en el mundo. En el desarrollo de la adolescencia aparecen cambios biológicos (el crecimiento físico, la madurez sexual), cognitivos (el pensamiento) y psicosociales (la identidad, los iguales y la familia), que requieren que los adolescentes dispongan de oportunidades adecuadas y apoyo a largo plazo.

Un desarrollo normativo adolescente consiste en un cambio en las relaciones familiares hacia una mayor interdependencia, dando prioridad a la afiliación con los pares, la formación de la identidad personal, el aumento de la conciencia moral y los valores y maduración cognitiva, todos ellos con el trasfondo de rápidos cambios fisiológicos y acompañado con un mayor deseo de exploración y toma de riesgos.

La adolescencia comienza con la pubertad, período de crecimiento que pone fin a la niñez en la que se experimentan cambios que transforman el cuerpo infantil en adulto y, como consecuencia, las relaciones con su entorno cambian. La adolescencia no es un período del ciclo vital delimitado, sabemos cuándo empieza, pero no cuándo llega a su fin. El período adolescente se alarga en función de necesidades sociales, factores culturales, económicos, políticos o religiosos y no en función del desarrollo psicobiológico del individuo.

Solo es posible definir el término **adolescente** teniendo en cuenta el contexto en el que se desenvuelve el adolescente. Toro (2010) afirmar que las aportaciones del siglo XX a la concepción actual de la adolescencia han sido:

- El reconocimiento de la adolescencia como una etapa de la vida.
- El apoyo de la sociedad a esta etapa de la vida dotándola de recursos académicos, familiares, institucionales y económicos.
- El período adolescente tiende a prolongarse significativamente, sobre todo por la imposibilidad de autonomía.

Hill (1983) propone tres principios que siguen siendo fundamentales para la visión contemporánea de la adolescencia:

- ❖ Los cambios biológicos, cognitivos y sociales definen las características sociales de los adolescentes y el desarrollo de su personalidad.
- ❖ El desarrollo social y de la personalidad conlleva transformaciones más en las capacidades psicológicas ya existentes que en nuevos temas que se plantean por primera vez en la adolescencia.
- ❖ El impacto de los cambios biológicos, cognitivos y sociales sobre la personalidad y el desarrollo social se moderan a través de los contextos proximal y distal en que se producen estos cambios.

Una completa información sobre los cambios en la adolescencia se puede encontrar en Susman y Rogol (2004) para la pubertad; Keating (2004), para el desarrollo cognoscitivo; y Modell y Goodman (1990) y Schlegel y Barry (1991), en relación con cambios en el estatus y la definición social.

A continuación se señalan algunas implicaciones clave de estos cambios:

a. Cambios Biológicos: Pubertad

La concurrencia de cambios en el funcionamiento psicológico, las relaciones interpersonales, los cambios hormonales y somáticos de la pubertad han centrado la atención de los investigadores. El estudio de la pubertad y su impacto en el desarrollo social y emocional es un tema constante y comienza con los estudios clásicos realizados por Jones y sus colaboradores (Jones, 1957, 1965; Jones y Mussen, 1958; Mussen y Jones, 1957, 1958) y continúan hoy en día con Ge, Brody, Conger, Simons y Murry, (2002); Ge, Conger y Elder, (2001) y Ge et al, (2003).

La pubertad se entiende mejor como un largo proceso que se pone en marcha mucho antes de que las manifestaciones externas de los cambios biológicos sean evidentes (Susman y Rogol, 2004). La pubertad es un fenómeno madurativo que da la entrada al período adolescente. Se inicia con cambios sutiles en los procesos neuroendocrinos del cerebro, las concentraciones hormonales y las características físicas morfológicas, y culmina en la madurez reproductiva. El cuerpo va modificándose y estos cambios van a contribuir notablemente a la imagen personal del adolescente. Las manifestaciones físicas de la pubertad incluyen una rápida aceleración en el crecimiento, altura y peso, que suele ser denominado "el estirón de la adolescencia", y

la aparición de las características sexuales secundarias (cambios en los genitales y los pechos, el crecimiento del vello púbico, facial y en el resto del cuerpo, y el desarrollo de los órganos sexuales internos). La menarquía y el establecimiento de los ciclos de ovulación en las mujeres y en los varones con la producción eficiente de semen pondría un punto y aparte en el proceso (Toro 2010). Cuatro o cinco años después, el adolescente alcanza la fisiología de adulto. Los cambios biológicos de la pubertad son universales, pero no su significado social o su cronología, que varían a través del tiempo y la cultura. Sabemos que hay cambios hormonales, algunos de los cuales, tienen el efecto de realzar algunos aspectos de la vida socio-emocional, especialmente aquellos con un componente sexual. Pero las hormonas no son suficientes para explicar los procesos que están involucrados en comportamientos complejos.

La combinación de variables en las esferas biológica, psicológica y contextual garantiza un enfoque integrado, un modelo multinivel donde se acumula una mayor cantidad de varianza que en modelos anteriores no integradores y proporciona un conocimiento más integral acerca de los adolescentes (Susman y Rogol, 2004).

A pesar de la complejidad que tiene el estudio de la relación entre el desarrollo puberal y psicológico, y la influencia que esta relación obtiene de los factores sociales, se pueden extraer algunas generalizaciones:

- I. Los efectos hormonales sobre los cambios en la pubertad son sorprendentemente pequeños teniendo en cuenta los estereotipos populares de los adolescentes (Susman y Rogol, 2004). Los resultados en el desarrollo psicosocial son mayores cuando aparecen manifestaciones observables de los cambios en la apariencia física que cuando existen altos índices hormonales.
- II. Los vínculos entre el funcionamiento psicológico y la pubertad son más fuertes cuando se miden indicadores somáticos en lugar de endocrinológicos (Susman y Rogol, 2004). Este patrón sugiere que la pubertad afecta al funcionamiento psicológico a través de su impacto en la apariencia transformando el autoconcepto y las interacciones sociales.
- III. La madurez puberal precoz tiene mayores tasas de afecto negativo entre las adolescentes, incluyendo depresión clínica, (Ge et al., 2003; Graber, Brooks-Gunn y Warren, 2006) y mayores tasas de problemas de conducta, incluyendo la conducta antisocial y el consumo de sustancias, entre las adoles-

centes, (Dick, Rose, Pulkkinen y Kaprio, 2001; Ge, Conger y Elder, 1996; Wiesner e Ittel, 2002; Wichstrom, 2001) y entre los adolescentes (Dick, Rose, Pulkkinen y Kaprio, 2001; Wichstrom, 2001; Williams y Dunlop, 1999). Los posibles mecanismos para esta conexión son:

- el impacto negativo de la pubertad temprana en la imagen corporal de las niñas (Wichstrom, 2001).
- la mayor probabilidad de tener amigos más maduros que los puedan involucrar en conductas de riesgo cuando los más jóvenes son aún inmaduros para ello (Magnusson, Stattin y Allen, 1986).

Otro amplio tipo de estudios de los efectos de la pubertad examina su papel en el comportamiento sexual de los adolescentes (Billy y Udry, 1985; Smith, Udry y Morris, 1985; Udry, Talbert y Morris, 1986). Los adolescentes se vuelven sexualmente “activos”, en parte debido al aumento de las hormonas sexuales de la pubertad y en parte porque la actividad sexual se convierte en una práctica aceptada en su grupo de pares. De acuerdo con esto, los adolescentes que maduran antes tienen más probabilidades de tener relaciones sexuales más temprano, como consecuencia de factores tanto biológicos como sociales (Lam, Shi, Ho, Stewart y Fan, 2002; Miller, Norton, Fan y Christopherson, 1998).

b. Cambios Cognitivos

La publicación de 1955 en Francia de la obra de Inhelder y Piaget, *De la logique de l'enfant à la logique de l'adolescent: Essai sur la construction des structures opératoires formelles*, inició el estudio sistemático del desarrollo cognitivo de los adolescentes y situó en la adolescencia el inicio de las operaciones formales, meta final del desarrollo cognitivo. En la década de 1980 y principios de 1990 el estudio del desarrollo intelectual durante la adolescencia se ha revitalizado en dos vertientes:

- I. La neurociencia del desarrollo que estudia la estructura y el funcionamiento del cerebro (Casey, Giedd y Thomas, 2000; Giedd et al., 1999; Sowell, Trauner, Gamst y Jernigan, 2002; Spear, 2000a). Estos estudios han puesto de relieve un cambio en múltiples regiones de la corteza prefrontal que se cree apuntalan el funcionamiento ejecutivo del cerebro (Keating, 2004). La mejora de la conectividad entre las regiones prefrontales de la corteza y varias zonas del sistema límbico también se producen durante la adolescencia y afectan probablemente a las eva-

luaciones y las respuestas tanto de riesgo como de recompensa (Martin et al., 2002; Spear, 2000a). También hay cambios en los sistemas cerebrales que regulan la forma y el proceso en el que las personas responden a los estímulos sociales, como las expresiones faciales de los estados afectivos (Nelson, Leibenluft, McClure y Pine, 2005).

- II. Esta segunda perspectiva señala que el pensamiento de los adolescentes está en función de procesos sociales, emocionales y cognitivos (Keating, 2004). El funcionamiento cognitivo afecta al desarrollo del juicio, a la toma de decisiones y a la asunción de riesgos (Cauffman y Steinberg, 2000; Fried y Reppucci, 2001; Maggs, Almeida y Galambos, 1995; Steinberg y Cauffman, 1996).

La necesidad de incorporar las múltiples interacciones de la biología del cerebro, la cognición, el comportamiento y el contexto cultural implica un alto nivel de complejidad para la investigación actual en este campo. Las etapas iniciales de la investigación sobre el desarrollo cognitivo se centraron en el aislamiento de los principales componentes cognitivos. La reciente incorporación de la conciencia como un enfoque legítimo y necesario del desarrollo cognitivo en la investigación (Donald, 2002) ha sido impulsada por la necesidad de comprender cómo estos componentes pueden ensamblarse en un complejo y coordinado sistema cognitivo. Evidencias actuales apoyan la visión de los adolescentes como biológicamente sensibles a la incorporación de la experiencia en el cerebro. La mente adolescente es co-construida por la potenciación del desarrollo de las capacidades cognitivas a través de la participación activa en el conocimiento cultural y en los sistemas de significado. (Larson y Wilson, 2004).

Durante el desarrollo adolescente tienen lugar tres categorías de cambios biológicos en relación al desarrollo cognitivo (Keating 2004):

- Modificaciones en el funcionamiento cerebral inauguradas en la pubertad, que alteran varias funciones corporales, incluyendo los sistemas emocionales y motivacionales.
- Cambios cerebrales en la corteza prefrontal e interconexiones cortico-corticales.

-
- Cambios que influyen en las experiencias propias del adolescente. Keating (2004) revisa ampliamente la investigación sobre el pensamiento del adolescente y propone un nuevo consenso sobre su desarrollo cognitivo, dando respuesta a la pregunta de Siegler, (Siegler, DeLoache y Eisenberg, 2003) "¿Qué se desarrolla?": una mayor integración y control de la conciencia. Keating afirma que el razonamiento, la toma de decisiones, el procesamiento de la información y el logro de conocimientos son consistentes con la investigación biológica de la pubertad y el desarrollo del cerebro en la que todos los caminos conducen a un modelo de desarrollo integrado. Es decir, no es tanto el desarrollo de un "dispositivo" (por ejemplo, la lógica formal o la madurez biológica) lo que impulsa el desarrollo cognitivo, si no la integración de la función cerebral. Así, describe la adolescencia como un período crítico del desarrollo en el cual, "la integración biológica de la experiencia" forma la cognición.

Las aptitudes cognitivas se caracterizan por una complejidad creciente de la capacidad de pensar con eficacia en posibilidades y consecuencias. El pensamiento en la edad adolescente se distingue de otras edades en que se centra en el análisis de los pensamientos y sentimientos personales considerándolos únicos. Una de las primeras aportaciones fueron los trabajos de David Elkind (1967) sobre la inmadurez cognitiva o el egocentrismo propio de la adolescencia. El pensamiento adolescente se orienta a la previsión de futuro, a la reflexión sobre sus experiencias y a la capacidad para centrarse en uno mismo, **egocentrismo adolescente**, que distorsiona esta nueva aventura adolescente. Elkind considera que el egocentrismo adolescente puede dividirse en dos tipos de pensamiento: la audiencia imaginaria y la fábula personal.

- La **audiencia imaginaria**: los adolescentes se consideran mucho más relevantes socialmente de lo que en realidad son (Lapsley 1993), y creen que despiertan en los demás el mismo interés que sienten por ellos mismos. La audiencia imaginaria les devolverá un juicio sobre aquello que le preocupa: su apariencia física, su conducta, etc.
- La **fábula personal**: da lugar a que los adolescentes consideren únicas sus vidas, sus sentimientos, sus pensamientos y experiencias y a un sentimiento invulnerable (**fábula de la invencibilidad**), que está relacionada con las limitaciones del adolescente para el uso de un razonamiento probabilístico que le llevará a un cálculo erróneo de los riesgos (Arnett, 1992) y una mayor implicación en conductas arriesgadas (Greene, Krcmar, Walters, Rubin y Hale,

2000). La también llamada **fábula de la invencibilidad** conduce a un peligroso sentido de seguridad por el cual, los adolescentes corren riesgos, aun teniendo un conocimiento académico o formal del fenómeno; toman decisiones que comienza a tener por primera vez consecuencias trascendentales para sus vidas; por ejemplo, el impulso biológico de ser sexualmente activo acerca el riesgo de enfermedades de transmisión sexual (ETS's) y/o de embarazos no deseados. Asumir riesgos puede tener consecuencias irreparables y sus efectos pueden ser perdurables.

En este proceso, el adolescente busca una definición coherente de sí mismo como individuo único (Kroger, 1996). En su teoría del ciclo vital, Erikson (1974) atribuye la quinta etapa del desarrollo al adolescente que intenta comprender quién es, pero se siente confuso respecto a los papeles que debe adoptar. Esta búsqueda de identidad conduce a la crisis primera de la adolescencia, donde debe reconciliar su singularidad individual con la continuidad de sus experiencias. El valor adaptativo y las ventajas evolutivas de la conducta de riesgo durante la adolescencia apuntan en la dirección del concepto de **etapa de moratoria psicosocial** que conceptualizó Erikson, en la que se experimenta con ideas y conductas como requisito para el logro de la identidad y de la autonomía personal. La búsqueda de la identidad se mantiene durante toda la adolescencia hasta alcanzar la **identidad lograda**, única y diferenciada, y no todos los jóvenes la alcanzan, transitando en un período de hipoteca, difusión y moratoria antes de conseguir una identidad madura. Este proceso dura diez años o más. (Grotevant, 1998). En esta búsqueda de la identidad, algunos jóvenes adoptan en bloque, sin cuestionar o analizar, los papeles y valores de sus padres o de la sociedad, terminando el proceso de búsqueda antes de que empiece. Erikson lo denominó **identidad hipotecada**. Otros adquieren una identidad negativa asumida como desafío rebelde que reacciona contra lo que se espera de ellos. Una versión de esta identidad negativa es la que describe Ogbu (1993) como **identidad de oposición** que rechaza la cultura dominante ofreciendo una respuesta desadaptativa. Cuando existen grandes dificultades para cumplir las exigencias de la adolescencia, los adolescentes experimentan una difusión de la identidad, que tendrá consecuencias en la vida adulta aunque la difusión no perdure.

El desarrollo de la identidad se produce como consecuencia de un proceso continuo de reflexión y observación simultáneas, que tiene lugar en todos los niveles del funcionamiento mental. Este proceso conlleva que el individuo se juzgue a sí mismo en función de cómo percibe que le juzgan otras personas significativas (López y López, 2008; Valverde, 2002). De esta manera, los otros desempeñan un papel importante

en la actividad cognitiva y conductual del adolescente (Mestre, Tur, Samper, Nácher y Cortés, 2007) convirtiendo esta etapa en un período de vulnerabilidad para iniciarse en conductas de riesgo, por ejemplo: para la salud mental (Quiroz, Villatoro, Juárez, Gutiérrez, Amador y Medina-Mora, 2007) o para la inadaptación social (Clemente, Espinosa y Vidal, 2009; Fontaine, Carbonneau, Vitaro, Barker y Tremblay, 2009), motivadas por las exigencias psicosociales a las que son sometidos los adolescentes (Jiménez, Murgui, Estévez y Musitu, 2007) Entre las múltiples variables psicosociales y biológicas estudiadas destacan, por su alto valor tanto teórico como empírico, el autoconcepto (Bergen, Martin, Roeger y Allison, 2005) y los procesos atributivos (Maruna y Copes, 2005).

c. Toma de Decisiones

Las decisiones tomadas por un adolescente raramente exploran todas las opciones porque el pensamiento hipotético-intuitivo característico del adolescente no valora los aspectos prácticos. Otras veces lo que vincula la toma de decisiones es la sobrevaloración de situaciones concretas del momento, ignorando las consecuencias de sus impulsos inmediatos (diversión, tensión sexual, etc.). Toda toma de decisiones requiere una evaluación de riesgos y beneficios (**balance decisional**), sopesando las alternativas, y, sobre todo, necesita tiempo. La personalidad, la cultura, el sentido de responsabilidad, y el escenario mental son factores por considerar (los adolescentes con trastornos de déficit de atención son más vulnerables a todas clase de riesgo) pero la **edad** es la influencia más fuerte de todas. Entender cómo es su pensamiento nos orientará para ayudarles a elegir mejor (Berger, 2004). En ocasiones los adolescentes toman decisiones que están lejos de las prioridades de los adultos y algunas pueden implicarles en conductas de riesgo. La asunción de riesgos depende de la personalidad, la madurez cognitiva, las relaciones de comunicación con los padres y del grupo de iguales, al que se accede, por regla general, por afinidad.

d. Cambios en la Definición Social

La definición social se refiere a cambios en el marco jurídico de la posición social de los adolescentes, que normalmente llevan con ellos cambios en los derechos, privilegios o responsabilidades. Los ritos de paso han marcado históricamente el inicio de estas transformaciones para indicar a los miembros de la comunidad que el joven ha hecho la transición de la infancia a la adolescencia o que ha entrado en la edad adulta. En la actualidad, los cambios en la definición social se realizan a través de la regulación jurídica específica (Scott y Woolard, 2004). En ocasiones, las dificult-

tades de acotar el concepto **adolescente** han promovido medidas legislativas paradójicas.

En comparación con la maduración biológica o cognitiva, las implicaciones sociales y emocionales de los cambios en la vida social de la adolescencia han recibido mucha menos atención. El desarrollo psicosocial de los adolescentes puede estar influido por los cambios en la definición social; por ejemplo, la capacidad de obtener anticonceptivos sin consentimiento de los padres puede alterar los patrones de actividad sexual. El logro de diversos privilegios de adultos puede influir en la percepción de su independencia y competencia; en este sentido algunas investigaciones han examinado cómo el autoconcepto se ve afectado por el desarrollo de trabajo por cuenta ajena (Mortimer, Staff y Oesterle, 2003), pero la relación entre los cambios en la definición social y el funcionamiento psicológico del adolescente no se ha estudiado.

e. Desarrollo Moral

La investigación sobre el juicio moral comenzó influida por el trabajo de Kohlberg (Kohlberg, Power, y Higgins, 1997). Como señala Eisenberg (1990), los estudios de los aspectos del desarrollo moral prosocial durante la adolescencia han sido limitados y su escasez es debida a que las desigualdades sociales han enfatizado los aspectos negativos de la adolescencia (Steinberg y Morris, 2001). Sin embargo, existe un cuerpo de investigación sobre el razonamiento moral y la conducta prosocial en la adolescencia que tiene carácter informativo para los investigadores y profesionales interesados en el desarrollo adolescente. La conducta prosocial se define como un comportamiento voluntario destinado a beneficiar a otro (Eisenberg, 1986) y se relacionan con variedad de otros aspectos, incluidos la respuesta relacionada con la empatía, la conducta moral, la competencia social, el nivel de cognición social y el rendimiento académico. Las conductas prosociales se basan en las emociones y en los valores morales en lugar de en factores tales como el interés propio o el deseo de aprobación, y, por lo general, están etiquetadas como altruistas.

La progresiva reducción del pensamiento egocéntrico que se produce durante la adolescencia, y el aprendizaje de las normas culturales y sociales permiten el desarrollo de la conciencia moral. La conducta prosocial es una manifestación importante; pero también la influencia familiar y las relaciones con los iguales están asociadas al desarrollo del juicio moral. La asunción de unos principios éticos en la adolescencia no implica un comportamiento y una toma de decisiones coherente. La co-

rrelación entre el razonamiento moral de los adolescentes y su conducta moral es probable que se rompa cuando los individuos define cuestiones como opciones personales en lugar de dilemas éticos, por ejemplo, cuando el consumo de drogas es visto como un asunto personal y no como una cuestión moral (Kuther y Higgins-D'Alessandro, 2000).

f. Desarrollo Psicosocial

Durante la adolescencia se amplía el conocimiento del mundo exterior, sobre todo a través de los medios de comunicación. No sólo el desarrollo de la capacidad intelectual o el crecimiento del cuerpo son suficientes para alcanzar la madurez, también es necesaria una madurez social (Grotevant, 1998). La sociedad provee de valores y estructuras que facilitan, o no, la transición a la adolescencia. En una sociedad tradicional, donde los cambios son lentos, la identidad se adquiere más fácilmente, pero nuestros adolescentes han de enfrentarse a una sociedad global, que Giddens (2003) describe como sociedad que vive tras el fin de la naturaleza en el sentido de que pocos aspectos del mundo físico no se han visto afectados por la intervención humana, y tras el fin de la tradición, aunque las tradiciones seguirán sustentándose en la medida en la que puedan justificarse. El ritual, el ceremonial y la repetición, los elementos de la tradición, tienen un importante papel social, pero este papel está cambiando y se introducen nuevas dinámicas en nuestras vidas. La influencia de la tradición disminuye, se deteriora y cambia nuestra percepción del yo; ya no se sustenta en proposiciones sociales estables y prevalece la elección del estilo de vida y la identidad personal se crea y se recrea más activamente. En un contexto de destradicionalización, cualquier área de la actividad individual está menos estructurada y se ofrece más libertad; los individuos han de ser cada vez más autónomos, enfrentándose a un futuro mucho más abierto que antes, con todas las oportunidades y los peligros que esto conlleva. La autonomía y la libertad exigen tomar decisiones, tanto en la vida cotidiana como en el resto de las esferas, pero a veces esto no es posible. La elección que debería estar impulsada por la autonomía lo está por la ansiedad, generando un aumento de las adicciones y las compulsiones en cualquier actividad del individuo. Las adicciones ya no sólo se desarrollan en el ámbito de las drogodependencias, las adicciones **sin sustancia** aparecen en otras partes de la vida. Se puede ser adicto al trabajo, al sexo, al ejercicio, a la comida, a las tecnologías de la información y la comunicación. Como en la tradición, en la adicción el pasado ejerce su poder sobre el presente y el ritual y la repetición tienen un papel protagonista. La adicción es una autonomía congelada que entra en conflicto con la autonomía individual inspirada en la libertad y constituye un extremo de la globalización; en el otro, se sitúa el choque entre el cosmopolitismo y el fundamentalismo.

La globalización está evolucionando de forma no equitativa ni benigna y es la razón del surgimiento de las identidades culturales locales en distintas partes del mundo. El fundamentalismo como tradición acorralada, defendida a la antigua usanza y que puede crecer en cualquier tipo de tradiciones, es una negación del diálogo en un mundo que depende de él para la paz y la continuidad.

Un gran número de cambios está llegando al centro de nuestra vida. La comunicación emocional, es decir, la intimidad, las relaciones sexuales y amorosas, las relaciones padre/madre-hijo, y la amistad están remplazando los viejos lazos y se amoldan a los valores de la política democrática (Giddens, 2003): el diálogo y la confianza mutua activa, la igualdad en derechos y obligaciones, la libertad sexual, las relaciones homosexuales también son relevantes para la felicidad y la realización personal, y anuncian el declive de la familia tradicional. Para Giddens la democratización de las emociones es tan importante como la democracia pública para mejorar la calidad de nuestras vidas. La democratización de la democracia, fundamentada en una cultura cívica sólida creada por la familia y otras instituciones no económicas, construyendo una democracia de las emociones que incluya la tolerancia, el diálogo y otros valores de alcance universal, que permitirá adquirir un compromiso moral que haga posible un equilibrio entre el Gobierno, la economía y la sociedad civil, y la expansión de la democracia a los cambios estructurales de la sociedad mundial.

Podemos concluir que cuando casi todo es posible, nada es fácil; aunque lo que siente un adolescente como más importante en su vida siguen siendo las relaciones familiares y el grupo de pares, más que el contexto social amplio; lo que no impide que tenga una gran influencia sobre su desarrollo (Gibson–Cline, 2000). La globalización ha mostrado una uniformidad en la cultura adolescente y juvenil. Los medios de comunicación han sido los principales agentes de este fenómeno.

g. Períodos de la adolescencia

Con la intención de facilitar la descripción de la población que estudiamos, consideramos la clasificación realizada por Dekovic, Noom y Meeus (1977) que dividen la segunda década de la vida en tres períodos: adolescencia temprana, media y tardía.

- La adolescencia temprana coincide aproximadamente con el inicio de la enseñanza secundaria obligatoria, 12-13 años. Se caracteriza por el rápido crecimiento físico y cognitivo que se manifiesta en un afrontamiento distinto de las

relaciones. En el sentido de novedad (y pérdida), Aberastury, Dornbusch, Golestein, Knobel, Rosenthal y Salas (1991) se refieren a los tres duelos que ha de superar un adolescente para convertirse en adulto: el duelo por el cuerpo infantil, el duelo por el papel e identidad infantiles y el duelo por los padres de la infancia. El primero se activa ante los rápidos cambios físicos, y las otras dos pérdidas también están presentes desde la primera fase de la adolescencia.

- La adolescencia media coincide con el final de la enseñanza secundaria obligatoria, 14-16 años. Aunque de más difícil caracterización, es considerada la fase adolescente por excelencia. No admite una descripción universal ya que gira en torno a dimensiones más psicológicas y sociales que físicas. Las tareas evolutivas se centran en enfrentar exitosamente los cambios físicos que han proporcionado una nueva imagen, afrontar la nueva sexualidad y conseguir la autonomía psicológica respecto a los padres.
- La adolescencia tardía comienza en el período final de la enseñanza obligatoria, 16 años y se extiende hasta un punto indefinido de la segunda década de vida, que podría situarse en torno a los 22 años. En ella se debe formar un sentido más o menos claro y coherente de la identidad personal (Erikson, 1972), elaborar algunos papeles sociales e iniciar la definición de un sistema de valores y metas para el futuro. Es el período de consolidación de la identidad sexual del individuo y de la aceptación del yo.

Arnett (2000) ha señalado que la transición entre la adolescencia y la etapa adulta se ha alargado en las sociedades contemporáneas, aunque no existen suficientes investigaciones empíricas sobre las consecuencias psicológicas de este cambio social. El período comprendido entre los 18 y los 25 años, que tradicionalmente suponía la adquisición de responsabilidades y roles que marcaban el inicio de la adultez, se ha transformado en una etapa de prolongación de la adolescencia que Arnett (2000) ha denominado adultez emergente.

3. FACTORES DE AJUSTE POSITIVO

Muchos niños y adolescentes se enfrentan desde la infancia a situaciones de riesgo y/o de adversidad no propias para su edad, haciendo frente a retos, desafíos personales y riesgos que ponen en peligro su salud física y mental. La investigación de estas situaciones nos ha llevado a preguntarnos ¿cómo se puede entender el proceso por el cual los jóvenes, a pesar de la adversidad que enfrentan en términos de pobreza, violencia u oportunidades limitadas hayan conseguido superarla?, ¿por qué otros no?, ¿el qué o quienes han tenido algún significado o valor en su vida desde que eran niños que, contra pronóstico, han ofrecido una respuesta saludable?, ¿por qué otros no? El intento por contestar a estas preguntas está en las siguientes páginas en las que se estudian factores personales (microsistema) como la resiliencia, el estrés, el afrontamiento, la autoestima, el autoconcepto, la autoeficacia, y factores del mesosistema como el ocio, las relaciones familiares y los estilos de socialización parental y el grupo de iguales, que contribuyen, en una relación dinámica, al desarrollo adolescentes, y evitan, o no, lo negativo de las trayectorias relacionadas con los riesgos y la adversidad, intentando desarrollar, en un proceso continuo, un ajuste positivo que permita a los adolescentes satisfacer sus necesidades, desarrollar competencia social, aumentar sus recursos y potencialidades, y ganar en autonomía.

3.1. VIDA ACADÉMICA

La vinculación con la escuela es un elemento crítico en la experiencia y desarrollo los niños y los adolescentes (Catalano, Haggerty, Oesterle, Fleming y Hawkins, 2004). Es un concepto central de la teoría del apego (Bowlby, 1982), la del control (Hirschi, 1969), y la del desarrollo social (Catalano, Kosterman, Hawkins, Newcomb, y Abbott, 1996; Catalano y Hawkins, 1996; Catalano, Haggerty, Oesterle, Fleming y Hawkins, 2004). La teoría del apego propone que el establecimiento de un apego seguro permite el desarrollo de la identidad y la confianza en los demás, por lo que es posible que un niño, para explorar su medio ambiente, desarrolle capacidades de respuestas de adaptación al cambio, y pueda convertirse en un adulto sano y funcional. La teoría del control establece que el compromiso y el apego en ámbitos como la escuela crean un tipo de control informal que reduce los problemas de conducta que interfieren con el éxito escolar; y la teoría del desarrollo social, añade que el vínculo con la escuela se produce por los procesos de socialización que incluyen: oportunidades percibidas para implicarse en actividades e interacciones con otros, el grado de implicación e interacción, las habilidades para participar en estas implicaciones e interacciones y el reforzamiento que ellos perciben como próximo desde

la ejecución en las actividades e interacciones. Esta perspectiva del desarrollo social, sugiere que cuando se han establecido fuertes vínculos, éstos inhiben las conductas incompatibles con las normas y los valores. Si las normas son positivas, el comportamiento positivo se convierte en el resultado más probable (Catalano, Haggerty, Oesterle, Fleming y Hawkins, 2004).

La vinculación con la escuela es un fuerte predictor de la competencia académica, contribuye a generar resultados positivos como un buen rendimiento académico y la competencia social; reduce problemas de salud y seguridad como: el abandono y fracaso escolar, la participación en conductas delictivas y el consumo de drogas legales e ilegales, que a su vez son conductas barrera para el aprendizaje y éxito académico (Catalano, Haggerty, Oesterle, Fleming y Hawkins, 2004).

La escasa vinculación con la escuela determina una falta de orientación hacia el futuro (Martín y Velarde, 2001) que dificulta la apropiación de las competencias necesarias para construir un proyecto propio. Este fenómeno denominado *presentismo* incrementa la orientación a las conductas de riesgo.

3.2. RESILIENCIA

El término resiliencia procede del latín *resilio*: volver atrás, volver de un salto, resaltar, rebotar. Es un concepto de la física y de la ingeniería civil, que fue adaptado a las ciencias sociales (Kotliarenco, Cáceres y Fontecilla, 1997, Cyrulnik, 2001). Fue introducido en el ámbito psicológico hacia los años sesenta por M. Rutter inspirado del concepto de la ingeniería que la define como una magnitud que cuantifica la cantidad de energía por unidad de volumen que almacena un material al deformarse elásticamente debido a una tensión aplicada. En términos simples es la capacidad de memoria de un material para recuperarse de una deformación, producto de una presión externa.

El diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, avance de la 23ª edición, introduce dos acepciones del término; desde la mecánica la define como “la capacidad de un material elástico para absorber y almacenar energía de deformación” y desde la psicología como “la capacidad humana de asumir con flexibilidad situaciones límite y sobreponerse a ellas”.

Los estudios de la resiliencia han propiciado en cierto modo, junto a otros factores, el surgimiento de la nueva conceptualización de la psicología positiva (Becoña, 2006) y comparten elementos en común. Cada vez veremos más unidos uno y otro

concepto junto al también equivalente de la psicología positiva que se ha propuesto recientemente de fortaleza o fortalezas humanas.

Los procesos de riesgo y la resiliencia están en el centro de nuestra atención para entender la adaptación y el desarrollo durante la adolescencia. Conocer los factores de riesgo y los procesos de riesgo es fundamental para la identificación de los adolescentes con mayor necesidad de intervención, mientras que la clarificación de los factores protectores y los procesos de resiliencia pueden proporcionar información para las intervenciones con que fortalecer los grupos de mayor riesgo. Algunas fuentes de riesgo y resiliencia preceden a la adolescencia y están vinculadas a procesos que comienzan en la infancia y continúan hasta la adolescencia y sus efectos pueden extenderse a la edad adulta. La integración de estos diferentes niveles de análisis de trayectorias y de desarrollo es esencial para un la elaboración del modelo de riesgo y de resiliencia (Steinberg, 2002).

3.2.1. Concepto de Resiliencia

El estudio de la resiliencia surgió del estudio del riesgo, cuando, al examinar la vida de los niños de "alto riesgo", se reconoció que muchos jóvenes prosperan en medio de la adversidad y se convierten en adultos sanos (Anthony, 1987; Garmezy, 1994; Kotliarenco, Cáceres y Fontecilla, 1977; Masten, Best y Garmezy, 1990; Murphy y Moriarty, 1976; Rutter, 1979; Werner y Smith, 1992). En investigaciones que trataban de identificar una multitud de factores de riesgo para problemas de conducta (Dryfoos, 1990; Hawkins, Catalano y Miller, 1992; Newcomb y Félix-Ortiz, 1992), los investigadores comenzaron a preguntarse por qué algunos niños expuestos a factores de riesgo no obtenían resultados negativos (Rutter, 1979; Werner, 1993; Werner y Smith, 1992).

La resiliencia es un concepto escurridizo y algunos investigadores han criticado la forma en la cual el término ha alcanzado tantos significados (Evans y Pinnock, 2007; Olsson, Bond, Burns, Vella-Brodrick y Sawyer, 2003). Esencialmente, la resiliencia se refiere a **modelos de desarrollo positivo** manifestados en el contexto de experiencias adversas. Fergus y Zimmerman (2005) consideran que la resiliencia se refiere al proceso de superación de los efectos negativos de la exposición al riesgo, afrontando de forma exitosa experiencias traumáticas, y evitando lo negativo de las trayectorias asociadas al riesgo. Garmezy (1991) ve la resiliencia como un proceso, una capacidad, o el resultado de una adaptación exitosa a pesar de las circunstancias difíciles y amenazantes. Luthar y Cicchetti (2000) la definen como un proceso dinámi-

co en el que los individuos muestran una adaptación positiva a pesar de experiencias de adversidad significativa o traumática.

Según Cyrulnik (2001), uno de los padres del concepto, por muy grave que sea lo que haya sufrido un niño, la psique se revela tan flexible, que con el contacto humano, el entendimiento, la palabra, se producirá una reacción resiliente que le permita superar la adversidad. El conjunto constituido por un temperamento personal, una significación cultural y un sostén social, explica la asombrosa diversidad de los traumas (Cyrulnik, 2002). Cyrulnik (2001), utiliza para entender el fenómeno de la resiliencia el concepto de *oxímoron* que expresa la necesidad de ver un problema desde sus dos lados: el exterior, la frecuencia de la resiliencia prueba que es posible recuperarse y el interior del sujeto, donde estar estructurado como un oxímoron revela la división del hombre herido, la cohabitación del Cielo y el Infierno, la felicidad en el filo de la navaja. La resiliencia es un proceso, se teje, no un estado, y se basa en los principios de acción, sentido y solidaridad (Cyrulnik, 2009) y hay que buscarla en el interior de la persona y en sus entornos. Así, la clave reside en los afectos, en la solidaridad, y éstos en el contacto humano. *El Murmullo de los Fantasmas* (2004) es la obra de Boris Cyrulnik sobre la resiliencia en la adolescencia. Durante la adolescencia, el pasado de la infancia del sujeto retorna como un “murmullo fantasmal” que lo obliga a poner los hechos y emociones en el modo de una narración a la que él mismo le va dando sentido ya que, para que exista un trauma debe darse una experiencia traumática y su representación, y es en la representación donde puede instalarse el trabajo de la resiliencia. En este proceso, el adolescente busca un adulto significativo que juegue como tutor de su desarrollo resiliente.

Desde una perspectiva longitudinal, Staudiger, Marsiske y Baltes (1993) definen la resiliencia como el mantenimiento de un desarrollo saludable a pesar de la presencia de amenazas. La resiliencia explora cómo la teoría de las experiencias negativas ayuda a un individuo a prepararse para manejar los riesgos y desafíos futuros (Garmezy, Masten, y Tellegen, 1984; Zimmerman y Arunkumar, 1994). La investigación de la resiliencia trata de la identificación de mecanismos o procesos que podrían estar detrás de las pruebas de adaptación positiva en presencia de riesgo. Los conceptos riesgo y resiliencia están muy relacionados; los riesgos son diferentes en su naturaleza y en sus efectos por lo que comprenderemos mejor la naturaleza de la resiliencia que muestra un individuo si tenemos en cuenta el tipo de riesgo que asume; por ejemplo, el riesgo crónico a largo plazo es totalmente distinto a un riesgo agudo o a un intenso trauma.

Olsson et al. (2003) realizan una importante aportación al diferenciar entre el concepto de resiliencia aplicado a **resultados** o consecuencias y a **procesos**. La resiliencia se describe como un resultado cuando se identifica como resiliente a un adolescente que ha superado con éxito la exposición al riesgo. Este enfoque examina a los individuos en un intento por identificar y comparar a los que muestran patrones de resistencia (como lo demuestran los resultados positivos) con los que sucumben al riesgo (tal como se refleja en los resultados negativos). También pueden buscar resultados resilientes, como evaluar la conducta, y considerar las consecuencias psicosociales en adolescentes expuestos a situaciones adversas (como la pobreza) con medidas de buen funcionamiento como la estabilidad de las relaciones, la evitación de una conducta problemática o el rendimiento académico. El problema de esta aproximación es que hay numerosas medidas de resultado y por tanto, numerosos índices de resiliencia. Los estudios que buscan procesos están más interesados en las situaciones donde factores de riesgo y protección interactúan (Rutter 2006). En esta aproximación, el foco está en cómo el espectro de factores se interrelacionan para producir adaptación en circunstancias particulares. Su estudio requiere modelos longitudinales con el fin de facilitar el desarrollo de la comprensión de la vida de los jóvenes mientras crecen, cambian y se transforman en jóvenes adultos.

La teoría de la resiliencia se centra más en las fortalezas que en los déficits, en la compensación del desarrollo saludable de los jóvenes a pesar de los riesgos. Para adolescentes viviendo en situaciones de privación o comunidades empobrecidas, un resultado comúnmente identificado como resiliente es la evitación de abuso de sustancias o un buen rendimiento escolar, pero esto debe ser tan importante como el desarrollo del optimismo o la conducta prosocial. Si vemos a los adolescentes no solo por su grado de adversidad, sino también por su potencial, produciremos más procesos orientados a la visión de la resiliencia (Coleman y Hagell, 2007).

En el presente trabajo la resiliencia se refiere al proceso de superación de los efectos negativos de la exposición al riesgo, afrontando con éxito experiencias traumáticas y evitando lo negativo de las trayectorias relacionadas con la exposición continuada al riesgo (Garmezy, 1994; Luthar, Cicchetti y Becker, 2000; Masten y Powell, 2003; Rutter, 1985; Fergus y Zimmerman, 2005). La presencia de factores de riesgo y de protección es requisito imprescindible para que aparezca la resiliencia (Fergus y Zimmerman, 2005) que surge como resultado de su interacción. Raramente, un solo factor de riesgo o de protección cambia el statu quo, a menudo cada riesgo que se enfrenta se añade al nivel de adversidad, lo mismo que cada factor de protección refuerza la resiliencia de manera acumulativa.

3.2.2. Conceptos relacionados con la resiliencia

a. Dureza

En situaciones de estrés, cuando los individuos lo enfrentan de un modo adaptativo y luchador, son poseedores de una **personalidad resistente** (Kobasa ,1979a, 1979b). La dureza (hardiness) puede estar mediada por variables biológicas, psicológicas y ambientales, puede ser aprendida y sus componentes son (Godoy-Izquierdo y Godoy, 2002):

- **Compromiso:** comprometerse con las diversas actividades de la vida.
- **Control:** sentimiento de influencia personal en las experiencias de la vida.
- **Desafío:** creencia de que el cambio es una característica esencial en la vida.

Estas características ayudan al individuo a producir estrategias, lo que Kobasa denomina **afrentamiento transformacional**, para vivir la situación estresante como un reto. Si un individuo atribuye a una situación estresante un significado interesante (compromiso), la considera modificable bajo su control (control) y cree que es una oportunidad de cambio y de conocimiento personal (desafío), tendrá una mayor capacidad de afrontamiento adaptativo al percibir la adversidad y se reducirá su malestar psicológico. En el otro extremo podemos encontrar individuos con estas características que optan por conductas potencialmente peligrosas que consideran engañosamente controlables, como el consumo de drogas.

b. Vulnerabilidad

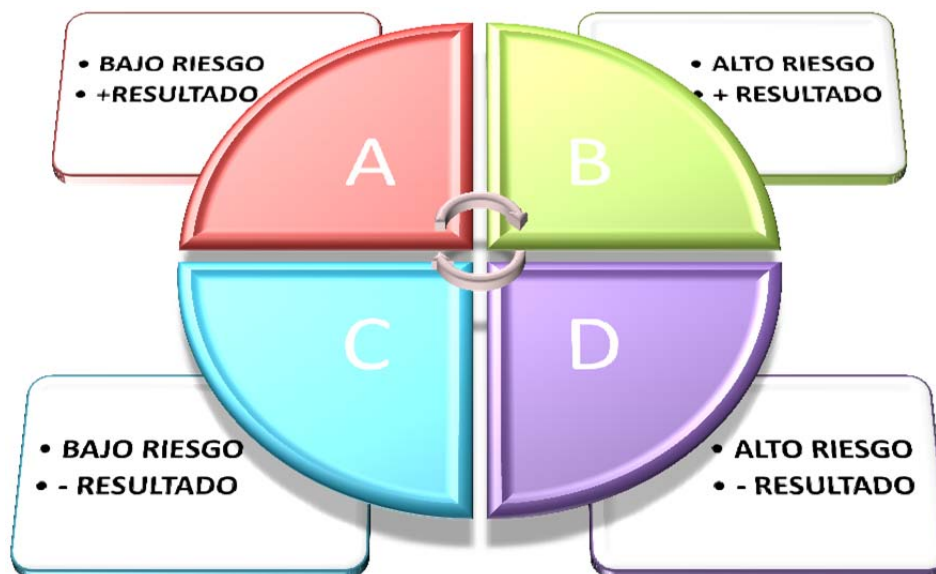
La resiliencia no es ausencia de **vulnerabilidad**. Las situaciones de mucho estrés son a veces ineludibles y duraderas, al igual que sus consecuencias, ya sean biofísicas, psicológicas, familiares o sociales. También se ha sugerido que la resiliencia y la **vulnerabilidad** son polos opuestos del mismo continuo (Fergusson, Beautrais, Horwood, 2003) pero no siempre esto es así. La vulnerabilidad se refiere a la probabilidad de que un resultado sea negativo como consecuencia de la exposición al riesgo; la resiliencia hace referencia a la evitación de problemas asociados con ser vulnerable.

c. Ajuste Positivo y Afrontamiento

La resiliencia a veces se confunde con **ajuste positivo** y **afrontamiento**. Aunque cada una de ellas está relacionada con la capacidad de recuperación son conceptos distintos. El **ajuste positivo** se refiere al resultado de la resiliencia. Cuando un joven supera una situación de riesgo, por ejemplo una adaptación a un nuevo contexto (ingresa en el instituto) y muestra un desarrollo saludable (saca buenas notas), el ajuste positivo es un resultado resiliente, pero el proceso de superación del riesgo es la resiliencia. También es un resultado del proceso de resiliencia el **afrontamiento** de una situación traumática.

Las combinaciones entre riesgo y resultado se pueden representar en cuatro áreas que expresan su relación:

Figura 1: Distribución de los adolescente según las áreas resultantes de las combinaciones entre distintos niveles de riesgo y los resultados obtenidos



Adaptado de Fergus y Zimmerman, 2005.

A: Adolescentes que han sido expuestos a bajos niveles de riesgo y que logran resultados positivos. Por lo general, estos adolescentes tienen un desarrollo normativo y no son objeto de investigación en resiliencia.

B: Adolescentes que han sido expuestos a altos niveles de riesgo pero consiguen resultados positivos. Se dice de estos adolescentes que han seguido una trayectoria resiliente.

C: Representa a aquellos adolescentes que han sido expuestos a bajos niveles de riesgo y que no logran resultados positivos, mostrando una trayectoria inesperada. Es probable que el tipo y la gravedad del riesgo no hayan sido considerados o medidos de forma adecuada.

D: Representa a aquellos adolescentes con resultados esperados en los modelos de riesgo ya que han sido expuestos a altos niveles de riesgo y sus resultados esperados son negativos.

3.2.3. Los Modelos de Resiliencia

Se han identificado tres modelos de resiliencia: **de compensación, de protección y de desafío** que explican el funcionamiento de los factores de protección para modificar la trayectoria del riesgo frente a resultados negativos (Garmezy, Masten y Tellegen, 1984; Rutter, 1985; Zimmerman y Arunkumar, 1994; Fergus y Zimmerman, 2005).

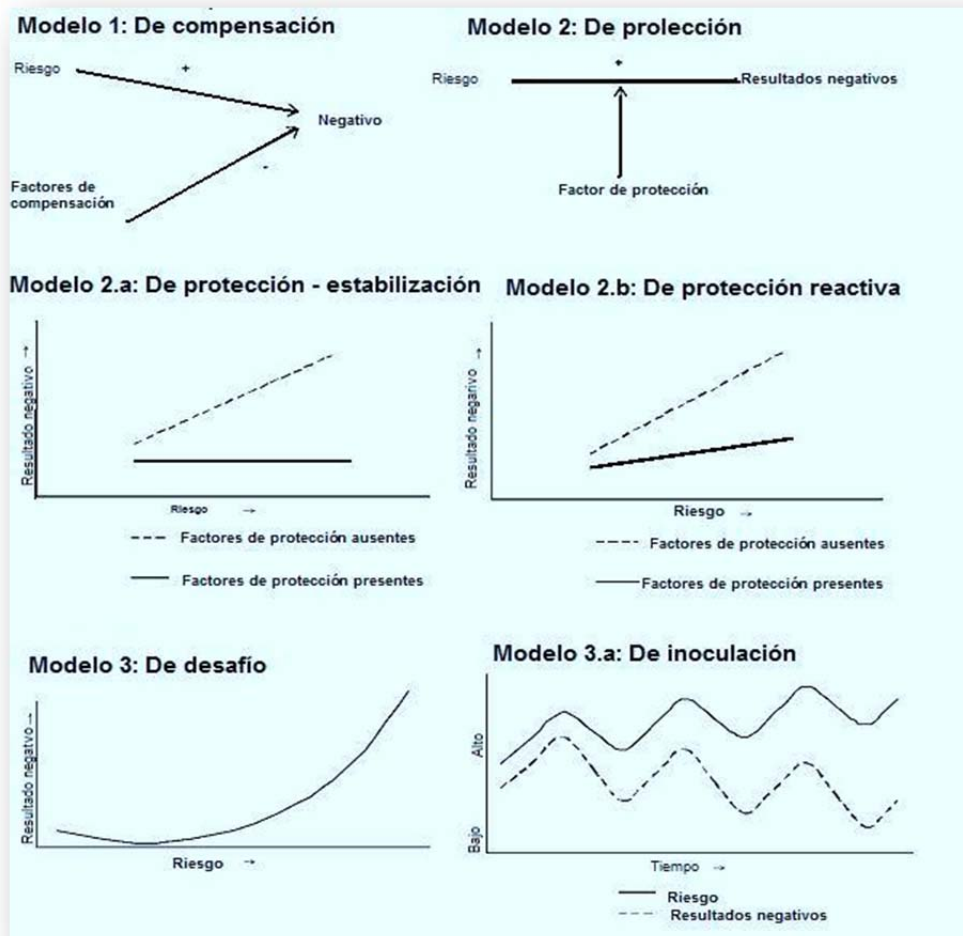
1. De Compensación

Un modelo **de compensación** es un factor de protección que opera en dirección opuesta a un factor de riesgo. Implica que el factor de protección tiene un efecto directo en el resultado por lo que el efecto de este factor es independiente de los factores de riesgo.

2. De Protección

En un modelo **de protección** un activo o una oportunidad moderan o reducen los efectos negativos del factor de riesgo. El factor de protección influye en la relación entre el riesgo y el resultado. Puede haber distintas maneras en las que los factores de protección influyan en los resultados. Por ejemplo Luthar, Cicchetti y Becker (2000) diferencian entre un modelo de protección de estabilización (el factor de protección neutraliza el efecto del riesgo) y un modelo de protección reactiva (el factor de protección disminuye, pero no elimina la relación entre riesgo y resultado).

Figura 2: Modelos de resiliencia



Adaptado de Fergus y Zimmerman 2005.

3. De Desafío

En un **modelo de desafío** la exposición a bajos y altos niveles de riesgo se asocian a resultados negativos, mientras que la exposición a niveles de riesgo moderados se relaciona con resultados menos negativos, incluso positivos. Los adolescentes expuestos a un nivel de riesgo moderado (Luthar, 2003) se enfrentarán a una cantidad suficiente de factores de riesgo que provoquen una respuesta de afrontamiento para aprender a superarlo, pero no estarán expuestos a gran parte de él, lo que sería imposible de superar. La idea que subyace en este modelo es que ciertos niveles de riesgo pueden ser beneficiosos ya que proporcionan a los jóvenes la posibilidad de practicar sus habilidades o decidir qué recursos emplear.

El modelo de desafío puede ser considerado un modelo de inoculación o endurecimiento si se enfoca desde una perspectiva longitudinal (Garmezy, Masten y Telleen, 1984; Rutter, 1985; Zimmerman, Arunkumar, 1994; Fergus y Zimmerman, 2005). Este modelo sugiere que la exposición repetida o continua a niveles moderados de riesgo ayuda a los adolescentes a estar preparados para superar más importantes riesgos en el futuro. Yates, Egeland y Sroufe, (2003) han descrito este modelo como un proceso de desarrollo en curso en el que los niños aprenden a movilizar activos (*assets*) y oportunidades como respuesta a la adversidad.

3.2.4. Resiliencia y prevención de conductas de riesgo

La resiliencia ofrece alternativas para la prevención (Luthar y Zelazo, 2003). Su enfoque se centra en el desarrollo de bienes y recursos para los adolescentes expuestos al riesgo en lugar del enfoque tradicional de la mejora del riesgo. Los “activos” y las oportunidades son el foco del cambio (Yates, Egeland y Sroufe, 2003; Luthar y Cicchetti, 2000). Es un modelo que involucra a individuos, familias, grupos, comunidades (King, Smith y Gracey, 2009), e instituciones a que sean parte de la solución con el conjunto de recursos que permitan enfrentarse a situaciones críticas de todo tipo. (Quintero, 2005). Dada la naturaleza multidimensional de la resiliencia, las intervenciones que abarcan distintos comportamientos pueden ser más eficaces para modificar todo el contexto de las influencias en la vida de un adolescente ya que se enfrentan a riesgos múltiples y acumulativos. Las **intervenciones multimodales** donde varios problemas pueden ser tratados al tiempo y en el mismo lugar y donde han de intervenir instituciones o recursos pueden ser una respuesta.

Los factores de protección que pueden ayudar a los jóvenes a evitar los efectos negativos de los riesgos pueden ser **activos y oportunidades** (Barkin, Kreiter y Durant, 2001). Los **activos** son cualidades del individuo como la competencia, las habilidades de afrontamiento o la autoeficacia. Las **oportunidades disponibles** son factores positivos externos al individuo como el apoyo de los padres, la tutoría de los adultos o el apoyo social. Los “activos” y las oportunidades que ayudan a los adolescentes a superar las consecuencias adversas de los riesgos tienen algunos efectos comunes; por ejemplo, el factor parental es el recurso más consistente para los jóvenes que aporta apoyo y supervisión, favorece las habilidades de comunicación, la confianza en uno mismo y las habilidades sociales. La teoría de la resiliencia proporciona a los investigadores y a los profesionales un modelo conceptual que puede ayudar a entender por qué algunos jóvenes que están expuestos a riesgos son capaces de superar la adversidad y evitar resultados negativos y cómo podemos usar esos cono-

cimientos para mejorar los puntos fuertes y construir los aspectos positivos de sus vidas. También debe ayudarnos a entender por qué otros no triunfan.

3.2.5. Resiliencia e intervenciones basadas en la evidencia

La resiliencia es la capacidad de recuperación frente a la adversidad. Es la habilidad para ver una situación estresante como un desafío y no como una barrera infranqueable; un obstáculo que, con apoyos adecuados, se superará. Sabemos, tras medio siglo de investigación, que estos apoyos no se limitan a los rasgos individuales, sino que aquellos factores que abarcan la resiliencia son los mismos que protegen a los jóvenes del peligro (Blum y Blum, 2009). Algunas habilidades se pueden enseñar y otras han de aprenderse de la experiencia, pero ahora sabemos que a través de ciertas estrategias deliberadas puede mejorar la capacidad en los jóvenes, y al hacerlo les proporcionamos los recursos necesarios para un desarrollo positivo, una adaptación adecuada, para que aprendan a cuidar de la salud, incluso en situaciones de adversidad.

Dryfoos (1990) y Schor (1987) han analizado programas de intervención basados en la resiliencia. Estos investigadores concluyen que las intervenciones tienen las siguientes características:

- i. Están construidas sobre la colaboración de las instituciones y no se delimitan por tradicionales funciones de los organismos o trabas de carácter administrativo.
- ii. Están centradas en la mejora de la competencia de los jóvenes para reducir un comportamiento de riesgo o situación no deseable.
- iii. Ven a los jóvenes como parte de la solución, no solo como el problema.
- iv. Comienzan pronto en la vida de los jóvenes, son continuas y apropiadas a sus características.
- v. El trabajo de los profesionales es interdisciplinar, y están dispuestos a hacer lo que se necesita para tener éxito.

Estas dimensiones de la programación basada en la resiliencia se emplearon en programas que se construyen con las siguientes cualidades:

-
- i. Competencia en áreas que mejoran la calidad de vida de un niño o joven, como la alfabetización, la empleabilidad, las relaciones interpersonales, la orientación vocacional, las habilidades académicas y un sentido de ser capaz de contribuir a su comunidad.
 - ii. Conexión de los jóvenes con otros a través de relaciones afectivas que se manifiestan a través de la tutoría, el liderazgo y las oportunidades de servicio comunitario.
 - iii. Valores que dan sentido y dirección a la juventud, tales como responsabilidad individual, la honestidad, la toma de decisiones responsables e integridad en las relaciones.
 - iv. Actividades de fomento de la confianza para dar esperanza, aumentar la autoestima y procurar un sentido de éxito al establecer y cumplir metas.

3.2.6. Limitaciones en la investigación sobre resiliencia

Las investigaciones sobre resiliencia han crecido exponencialmente en los últimos 10 años, la mayoría centrada en psicopatología y un número menor en la conducta. Uno de los problemas del estudio de la resiliencia ha sido la diferencia en la utilización de la terminología (Luthar, Cicchetti y Becker, 2000). Se ha descrito la resiliencia como un rasgo de personalidad, sin embargo no es un rasgo estático, no es una cualidad que está presente en todas las situaciones; por el contrario, la resiliencia se define por el contexto, la población, los factores de riesgo y de protección y por los resultados, por lo que su evaluación a través de auto-informe puede no ser coherente (Fergus y Zimmerman, 2005). Creemos que algunos “activos” como los ya señalados: autoeficacia, competencia, habilidades de afrontamiento están implicados en los procesos de resiliencia, pero no debe interpretarse que la resiliencia es un rasgo individual estático.

Los psicólogos de la personalidad, por lo general, han estudiado la resiliencia en términos de rasgos o **características individuales** y los psicólogos del desarrollo han adoptado una visión más interactiva, incluyendo las interacciones de los niños con sus cuidadores o compañeros, pero, cada vez más, se han criticado estos modelos centrados en el individuo debido a que tienden a ignorar el contexto más amplio, social y cultural. En la relación bidireccional entre la persona y el medio ambiente, los individuos influyen en las situaciones adversas de la vida, además de ser influidos por ellas (Bronfenbrenner, 1979). El considerar la resiliencia como una caracte-

rística individual puede generar una visión despectiva de aquellos que no logran superar las dificultades y a los que se ve como portadores de déficits (Walsh, 1998). Ryan (1971) denominó este fenómeno como **culpar a la víctima**.

Para comprender la resiliencia en la adolescencia es necesario realizar un estudio analítico de los factores de riesgo y protección (Masten y Powell, 2003; Zimmerman y Arunkumar 1994) que requerirá múltiples niveles de análisis de los aspectos individuales, fijos y variables, de los adolescentes y sus entornos. Así, basándose en múltiples niveles de análisis, las predicciones de los resultados del desarrollo durante la adolescencia pueden ser mucho más precisas.

No se puede asumir que un evento es considerado normativamente positivo o negativo, incluso si es una exposición universalmente experimentada como riesgo o nivel de adversidad (Buckner, Mezzacappa y Beardslee 2003). La mayoría de los jóvenes que han estado sometidos a múltiples riesgos puede tener múltiples “activos” y acceso a muchas oportunidades (Gutman, Sameroff y Eccles, 2002; Olsson, Bond, Burns, Vella-Brodrick y Sawyer, 2003; Sameroff, Gutman y Peck 2003; Serbin y Karp, 2004).

Debemos investigar cómo los “activos” y/o las oportunidades interactúan con el riesgo para producir determinados resultados. La investigación sobre los mecanismos por los cuales ocurre el proceso de resiliencia, o lo que Sandler, Wolchik, Davis, Haine y Ayers (2003) proponen en su estudio: “**pequeñas teorías**”, (*small theory*) proporcionará información aplicable a los procesos de desarrollo de las intervenciones generando un proceso de investigación-acción que nutra la teoría y haga avanzar la práctica (Lewin, 1946). Wyman, Sandler, Wolchik, y Nelson, (2000) describieron un modelo de protección acumulativa en el cual los recursos, en múltiples niveles, protegen a los niños de los efectos negativos de las adversidades. Este modelo aditivo constituye lo que Lipsey (1990) ha denominado la pequeña teoría de la intervención (*small theory*).que indica que bajo la construcción de una intervención específica subyace una teoría conceptual en lugar de una teoría más general que intenta explicar todos los procesos que pueden afectar los resultados.

El reto consiste en la identificación de los procesos que conducen desde los factores de riesgo y protección a los resultados buenos y malos. Una importante aportación para conocer estos procesos está en el conjunto de conceptos: estrés, respuestas al estrés y afrontamiento (*coping*) (Compas 2004).La investigación sobre la exposición a situaciones estresantes, las circunstancias y las formas en que los adolescentes responden y hacen frente al estrés ha proporcionado información esencial sobre los

vínculos entre los procesos contextuales e individuales de riesgo y resiliencia. En concreto, en la exposición al estrés, las diferencias individuales en las respuestas automáticas y controladas y las circunstancias que lo acompañan (situaciones de estrés en el barrio, en la escuela, con los compañeros, en el medio familiar) son el camino a través del cual los factores de riesgo tienen efectos sobre la salud física y mental de los adolescentes.

3.3. AUTOCONCEPTO, AUTOESTIMA Y AUTOEFICACIA

La autoestima es uno de los aspectos más importantes del desarrollo humano. La evaluación que los adolescentes hacen de sus propias capacidades se relaciona con el bienestar personal que experimentan, influye en la competencia con la que se enfrentan a las tareas sociales, familiares y escolares, y tiene repercusiones sobre el ajuste psicológico a medio y largo plazo. La autoestima es un concepto que está en evolución durante la infancia y la adolescencia, de forma que la valoración que los adolescentes hacen de sí mismos es fruto tanto de su mayor capacidad de autoanálisis como de las experiencias continuadas de éxito y fracaso que tienen en los diferentes contextos en los que se van desarrollando, y en relación con los diferentes retos a los que se enfrentan.

3.3.1. Revisión terminológica

Se ha producido un gran debate entre las distintas orientaciones, escuelas psicológicas e investigadores por el intento de clarificar el término autoestima, convirtiéndolo en uno de los constructos más polémicos del cuerpo científico psicológico. Encontramos en la literatura numerosos modelos que han generado múltiples términos de carácter autorreferente: auto-percepción, auto-conciencia, auto-observación, autoconocimiento, autorregulación, auto-respuesta, auto-evaluación, auto-aceptación, autoestima, autocontrol, auto-dirección, auto-atención..., ego, yo, mi, sí mismo... (Esteve, 2005).

El problema de la clarificación terminológica se complica al intentar distinguir el **autoconcepto** de la **autoestima**. Para Musitu, Buelga, Lila y Cava (2001), el término **autoconcepto** hace referencia a los aspectos cognitivos, a las diversas concepciones o representaciones que el sujeto tiene acerca de sí mismo. Estos auto-representación no incluyen juicios valorativos, o al menos no necesariamente. El término **autoestima** expresa el concepto que uno tiene de sí mismo, según unas cualidades subjetivables y valorativas (García y Musitu, 1999).

La **autoestima** es una conclusión final del proceso de autoevaluación y se define como la satisfacción personal del individuo consigo mismo, la eficacia de su propio funcionamiento y una actitud evaluativa de aprobación (Musitu et al., 2001). Tres características configuran la autoestima:

- Vinculación con el autoconcepto.
- Carácter evaluativo.
- Origen social. Resultado de las interacciones del sujeto con el mundo y en especial con los otros significativos.

El **autoconcepto** es la representación mental que el sujeto tiene en un momento dado de sí mismo, mientras que la autoestima sería la dimensión evaluativa de esa representación (Blascowich y Tomaka, 1991).

Para otros autores el **autoconcepto** es una estructura de actitudes hacia el **Yo**. (Mestre y Pérez-Delgado, 1994). Si consideramos que las actitudes son una organización bastante duradera de creencias (en torno a un objeto o situación), que predispone a reaccionar de una manera determinada, las similitudes conceptuales entre autoconcepto y autoestima aumentan. De este modo, Coopersmith (1967) entiende que la autoestima tiene relación con la evaluación que el sujeto hace sobre sí mismo expresando su actitud de aprobación o desaprobación, e indica en qué medida el sujeto se cree competente, exitoso, importante o admirado. Para Rosenberg (1979) la autoestima es una actitud positiva o negativa hacia el sí mismo. En similar orientación se encuentran Mussen, Conger y Kagan (1969), para los que la autoestima es un juicio personal y se expresa en actitudes del sujeto hacia sí mismo, y Rogan (1979), para el que la autoestima es un conjunto de juicios, actitudes y valores de un sujeto relativos a su conducta, habilidades y cualidades. Del mismo modo, Rogers (1982) opina que en el sí mismo está siempre presente su parte afectiva y más emotiva y se traduce normalmente en términos de autoestima.

Así podemos entender que **autoconcepto** y **autoestima** son constructos diferentes, pero relacionados (Cardenal, 1999), las diferencias dependen del ámbito de investigación (psicología social, educativa, del desarrollo, clínica, comunitaria) y son más teóricas que prácticas (Lila, 1991; Cava y Musitu, 2001). En el ejercicio cotidiano y en la elaboración de instrumentos de medida, las diferencias conceptuales se difuminan ya que las afirmaciones descriptivas y las afirmaciones evaluativas acerca de uno mismo no son diferenciables y se encuentran relacionadas empíricamente (Musitu, Buelga, Lila y Cava, 2001; De Oñate, 1996; Shavelson, Hubner y Stanton, 1876; Marsh y Hattie, 1996).

El autoconcepto se distribuye a lo largo de un continuum cuyos polos son (Fariña, García y Vilariño 2010):

- El positivo es un factor esencial para el logro de un adecuado equilibrio psicológico, de un desarrollo personal satisfactorio, así como para la adquisición de conductas adaptativas y saludables.
- El negativo es considerado factor de vulnerabilidad genérica que predispone al individuo a un amplio espectro de desajustes afectivos y comportamentales (Abrunhosa, 2003; Arce, Fariña y Novo, 2003; Cava y Musitu, 2001; Romero, Sobral y Luengo, 1999).

3.3.2. Autoestima y conducta antisocial

Se han planteado diversas hipótesis sobre la autoestima y la conducta antisocial:

- Kaplan (1972) considera el comportamiento antisocial como *mecanismo de compensación*. En su modelo (Kaplan, 1982) propone que las experiencias negativas experimentadas por los individuos dentro de sus grupos de pertenencia (indiferencia parental, fracaso escolar...) provocan sentimientos de autoevaluación y la persona se ve impulsada por su “motivo de autoestima” a rechazar esos grupos de pertenencia convencionales con el fin de intentar contrarrestar esa autoevaluación negativa. Esto puede aumentar la probabilidad de asociación con grupos desviados y de desarrollo de conductas desadaptadas, con el fin de compensar y restaurar la autoestima perdida, mediante la aceptación y el refuerzo del grupo desviado. Así, las conductas antisociales puede elevar la autoestima (Romero, Sobral y Luengo, 1999).
- Una segunda hipótesis, **hipótesis de protección**, defendida por autores como Reckless (1961), sostiene que una alta autoestima *protege* al sujeto de las fuerzas que le incitan al desajuste o inadaptación social. Su planteamiento se enmarca dentro de las **teorías del control social**, que enfatizan el concepto de control para dar cuenta de por qué muchos individuos no desarrollan conductas antisociales. De acuerdo con esta hipótesis, para que los sujetos respeten la ley, habrán de existir mecanismos de contención o control capaces de contrarrestar las presiones internas (frustraciones, tensiones, necesidad de gratificación inmediata, etc.), y las externas (pobreza,

desempleo, discriminación, subculturas desviadas o influencias de los medios de comunicación). Los métodos de control externo contemplados por Reckless son ejercidos por la familia y la comunidad (y por la sociedad en general), a través de procesos como el refuerzo positivo de las conductas socialmente deseables o el castigo de las conductas antisociales, que inducirán al individuo a adoptar comportamientos socialmente adaptados. Los métodos de contención interna, según el autor, emanan del propio sujeto y son los más efectivos. Entre sus componentes figurarían: alta tolerancia a la frustración, compromiso con metas legítimas alcanzables a largo plazo y un autoconcepto sólido y positivo. Así, un autoconcepto positivo o robusto protegerá al sujeto de conductas delictivas o antisociales, en tanto uno débil situará al individuo en una posición de vulnerabilidad para implicarse en grupos marginales y adoptar un estilo de vida antisocial.

- ⦿ La tercera hipótesis, proveniente del área de la criminología y considera un proceso inverso: serían los actos delictivos (o más bien los mecanismos de sanción evocados por ellos) los que minarían la autoimagen. Las reacciones sociales (sanción, estigmatización, institucionalización) que se producen ante las conductas desviadas serían las que grabarían en la identidad del sujeto el papel de inadaptado y las que acabarían mortificando un **yo etiquetado** (Lemert, 1967). Los estilos de atribución o **locus de control** hacen referencia a la percepción de la persona sobre las causas de los acontecimientos y situaciones que ocurren en la vida, especialmente en la propia. Éste es interno cuando el sujeto asume que los eventos ocurren, principalmente, como efecto de sus propias acciones, es decir, presenta la percepción de que él mismo controla su vida; o externo, cuando el sujeto considera que los eventos no tienen relación con el propio desempeño, esto es, no pueden ser controlados por el esfuerzo y la dedicación propia.

3.3.3. Autoestima y adolescencia

Por lo general, los individuos con alta **autoestima** muestran conductas integradas y procesos cognitivos capaces de discriminar entre información relevante e irrelevante, por lo que hacen un uso óptimo de la información sobre temas de salud (Olivari y Barra, 2005). También una alta **autoestima** reduciría la vulnerabilidad y la influencia negativa de factores sociales como la presión del grupo de iguales, la cual generalmente tiene un efecto importante en fumar, beber y en el abuso de drogas, especialmente en la adolescencia (Torres, Fernández y Maceira, 1995).

Según Musitu et al. (2001) Los niños y adolescentes desarrollan su autoconcepto a través de la interacción directa, los procesos autoperceptivos y los procesos de comparación social. Las comparaciones sociales siguen un patrón determinado por la valoración que el adolescente hace de los dominios y facetas en las que se compara y por la proximidad de la persona con que lo hace, por lo que tendemos a relacionarnos con aquellos que refuerzan nuestra autopercepción positiva (Aramburu y Guerra, 2002). Las dimensiones significativas del autoconcepto que son críticas para la adquisición o protección frente al comportamiento de riesgo en la adolescencia son la académica, (Katsiyannis, Ryan, Zhang y Spann, 2008), la social (Martínez-Otero, 2003), la emocional (Bürgin y Steck, 2008) y la familiar (Stouthamer-Loeber, Loeber, Farrington, Zhang, Van Kammen y Maguin, 1993).

El **locus de control** (Rotter, 1989) es el grado en que un individuo percibe que el origen de los resultados de sus acciones son una función de sus variables internas (comportamiento o características internas) o externas (suerte, destino). **Autoestima y locus de control** están correlacionados y se asocia un locus de control externo a una baja autoestima (Kliewer y Sandler, 1992) y un locus de control interno a una alta autoestima (Martín y Coley, 1984; Aldridge y Clayton, 1990). La representación cognitiva de los resultados venideros (perspectiva de meta) motiva al individuo y funciona como una profecía autocumplida (personas deprimidas con déficits de motivación y actividad anticipan consecuencias negativas de sus acciones y personas que se creen autoeficaces están más motivadas para la acción).

3.3.4. Autoeficacia

Expectativa de éxito y autoeficacia son conceptos cercanos (Bandura, 1986) y se asocian a una mayor motivación y esfuerzos para lograr el éxito en la tarea (Bandura, 1977a). La autoeficacia nos indica si nos sentimos capaces de enfrentar con éxito las demandas situacionales (Bandura, 1994), es protectora de la autoestima (Eden y Aviram, 1993) y es precursora de actitudes y de la conducta (Blustein y Noumair, 1996; Blustein, Prezioso y Schultheiss, 1995). Lo que conduce a un individuo a actuar es la creencia de ser capaz de realizar una conducta determinada (autocompetencia), unida a la expectativa de resultado, y a cuál es el valor de la actividad y la definición personal del éxito o del fracaso (Peiró, 1997). La autocompetencia es un concepto similar al de autoeficacia percibida (Bandura, 1977a, 1986) y se refiere a la percepción de que uno es fuente de poder y eficacia, a la creencia de una persona de que puede ejercer el control sobre acontecimientos importantes de la vida. La autocompetencia es el aspecto instrumental de la autoestima: la medida en que el individuo es bueno porque es capaz de hacer algo (Aramburu y Guerra, 2002).

En las expectativas de autoeficacia y de resultado intervienen en la habilidad de una persona para afrontar situaciones de alto riesgo. Dichas expectativas están determinadas por creencias sociales y culturales, por la autoestima del individuo y por los factores ambientales. La teoría de la autoeficacia ha influido considerablemente en la psicología de la salud (Forsyth y Carey, 1998) y en dominios de salud tan diversos como el manejo de enfermedades crónicas, el consumo de drogas, la conducta sexual de riesgo, fumar, hacer ejercicio, bajar de peso, la dieta, y las habilidades para recuperarse de problemas de salud y evitar riesgos (Kals y Montada, 2001).

La autoeficacia generalizada (Bäblier y Schwarzer, 1996) es un constructo referido a la creencia estable del individuo sobre su capacidad para manejar adecuadamente una amplia gama de estresores de la vida cotidiana (Sanjuán, Pérez y Bermúdez, 2000) e influye en sentimientos, pensamientos y acciones. Pocas expectativas de autoeficacia muestran individuos con baja autoestima y sentimientos negativos sobre su capacidad. La autoeficacia facilita las cogniciones sobre las habilidades propias, pensamientos que actúan como motivadores de la acción.

3.3.5. Relaciones familiares: formación del autoconcepto y la autoestima.

La calidad de la relación padres – hijos se asocia a la constitución de una autoestima alta. En la adolescencia, la autoestima ha sido asociada al apoyo para la autonomía del hijo (Gecas y Schawalbe, 1986), a la aceptación paterna (Klein, 1992), a los procesos de comunicación (Barnes y Olson, 1985), a los sentimientos de cercanía (Paulson, Hill y Holmbeck, 1991), a la falta de hostilidad en las relaciones (Lord, Eccles y McCarthy, 1994), al apoyo paterno (DuBois, Eitel y Felner, 1994; Young, Miller, Norton y Hill, 1995) y a los estilos de socialización parental (Baumrind, 1967, 1991). Los efectos más beneficiosos se derivan del estilo autoritativo, aunque las diferencias culturales hacen mantener ciertas reservas (Steinberg, Mounts, Lamborn y Dornbusch, 1991).

La familia desarrolla la formación del autoconcepto a través de estrategias de socialización, de distintas formas de comunicación padres-hijos, del clima familiar y de la cohesión familiar. Los hijos tienden a aceptar irreflexivamente los estatus que los otros significativos les asignan desde niños cuando todavía no se han desarrollado las habilidades de observación y crítica ni se ha podido negociar dicho estatus. Los estilos basados en el apoyo y el tipo de control ejercido por parte de los padres influyen sobre la autoestima. Por lo general, un estilo disciplinario inductivo trasmite al hijo el reconocimiento de su habilidad para evaluar las consecuencias de su conducta y tomar decisiones basadas en esta evaluación, mostrando mayor confianza

en las opciones elegidas, y aumentado su capacidad para realizarlas; y como consecuencia reafirma su autoestima. La coacción ofrece una relación inversa con la autoestima del hijo (Esteve, 2005).

3.4. RELACIONES FAMILIARES

Las relaciones familiares son el factor más importante en el desarrollo emocional del individuo y constituyen un importante factor de riesgo o de protección (Del Barrio, 2002). Los estudiosos interesados en las relaciones entre padres y adolescentes generalmente se hacen dos preguntas relacionadas:

- ¿Cuál es el impacto de la adolescencia en la familia? ¿Cuál es el impacto de la familia en el adolescente?

Los cambios en las relaciones entre padres e hijos se han estudiado a través de tres dimensiones (Collins y Laursen, 2004b; Collins y Repinski, 2001):

- ◆ Los conflictos: La relación padres-adolescentes es hostil.
- ◆ El afecto: La relación padres-adolescentes es cálida, participativa, emotiva y cercana.
- ◆ Autonomía y control: El adolescente está bajo el control paternal.

3.4.1. Los conflictos

El aumento de la conflictividad familiar es un rasgo característico de la representación social existente sobre la adolescencia (Casco y Oliva, 2005). Las transformaciones más importantes en las relaciones familiares se producen durante la adolescencia temprana; los factores biológicos, los cambios cognitivos y sociales perturban el equilibrio que se había establecido durante la infancia hasta que un nuevo equilibrio se establece en su lugar en la adolescencia media o incluso al final de la adolescencia (Collins, 1995). El meta-análisis realizado sobre 53 investigaciones por Laursen, Coy y Collins (1998) encontró una disminución lineal en la frecuencia de los conflictos desde el inicio hasta el final de la adolescencia. Durante el período adolescente, menos del 10% de las familias tienen serias dificultades (Parra y Oliva, 2007). La mayoría de las familias que manifiestan graves problemas en la adolescencia ya los tenían durante la infancia (Collins, 1997), por lo que, riñas y discusio-

nes son una realidad normativa durante la transición familiar de la adolescencia y los conflictos no son graves (Steinberg y Silk, 2002).

Los temas de discusión más frecuentes son los relacionados con la vida cotidiana (Parra y Oliva, 2007), causados por el desacuerdo y por una forma distinta de razonar sobre la legitimidad de la patria potestad (Smetana y Daddis, 2002). Se discute sobre asuntos que los padres definen como morales o de prudencia pero que los adolescentes no consideran legítimas y desafían la autoridad de los padres ya que han adquirido unas habilidades de razonamiento cada vez más sofisticadas y aprecian mejor las diferencias entre lo personal, lo prudencial y lo moral. Si el motivo del conflicto no es un tema considerado personal, que los adolescentes tratan de situar en el ámbito de su jurisdicción, estarán menos dispuestos a desafiar la autoridad de los padres (Smetana, 2005).

En relación a los temas de conflicto, se pueden describir tres fuentes generales (Parra y Oliva, 2007):

- Temas escolares y cotidianos: Resultados académicos, vestimenta, empleo del dinero, etc.
- Discrepancias en las expectativas de realizar actividades autónomas o que requieren mayor autonomía y madurez (Casco y Oliva, 2005): Hora de llegada, pasar una noche fuera de casa, ir a discotecas, etc.
- Discrepancias por la influencia que ejerce el grupo de iguales, sobre todo en aquellos temas en los que padres y madres pierden influencia.

Muchas de las frustraciones asociadas con los conflictos están más relacionadas con la forma en que se resuelve su contenido. Como en otros ámbitos, las estrategias de resolución de conflictos experimentarán cambios y es frecuente que alguna de las partes ceda o se retire dejando el conflicto sin resolver (Laursen y Collins, 1994).

Las consecuencias de los conflictos moderados sobre asuntos cotidianos, aunque provoquen malestar inmediato, tienen un efecto positivo que favorece que la familia se reestructure con una nueva negociación de papeles y expectativas, alcanzando un nuevo equilibrio que, además de facilitar la individuación del adolescente y la construcción de su identidad personal (Musitu, Buelga, Lila y Cava, 2001), pueden ser un contexto muy adecuado para el aprendizaje de estrategias de negociación y resolución de problemas y para el desarrollo de la habilidad de adopción de perspectivas (Smetana, 2005).

3.4.2. Los afectos y la armonía

El afecto es una cualidad inherente a las emociones y al terreno que determina los matices positivos o negativos que éstas traslucen (Bisquerra, 2000), es decir, es la cuota subjetiva de una experiencia emocional (Del Barrio, 2002).

El afecto es una dimensión relevante en la definición de las relaciones entre padres y adolescentes, y la dimensión clave del estilo democrático, ya que se asocia significativamente con el desarrollo y ajuste adolescente. Las relaciones siguen siendo cálidas y de apoyo pero los sentimientos subjetivos de cercanía y las medidas objetivas de las relaciones de interdependencia disminuyen (Collins y Repinski, 2001), revelando expresiones menos frecuentes de emociones positivas y más frecuentes de emociones negativas. Si se tenían relaciones cálidas durante la niñez permanecerán durante la adolescencia, a pesar de que la frecuencia y la cantidad de interacciones positivas sea menor (Collins y Laursen, 2004b), al igual que la cantidad de tiempo que los padres y los adolescentes pasan juntos (Larson, Richards, Moneta, Holmbeck, y Duckett, 1996).

La comunicación, que suele experimentar un ligero deterioro en la pubertad, muestra una fuerte asociación con el afecto. Los adolescentes hablan menos espontáneamente de sus asuntos, las interrupciones son más frecuentes y la comunicación se hace más difícil, pero en la mayoría de familias, la comunicación, y el afecto positivo, suelen recuperarse. Los intercambios verbales frecuentes entre estos padres y sus hijos servirán para estimular su desarrollo cognitivo y su habilidad para la adopción de perspectivas e influirán positivamente sobre su rendimiento académico (Kurdek y Fine, 1994).

Kerr y Stattin (Kerr y Stattin, 2000) realizan una importante aportación sobre la importancia de un aspecto de la comunicación: la revelación (*self-disclosure*), que se refiere a la tendencia del adolescente a informar espontáneamente a sus padres acerca de sus actividades en la calle, sus amistades, sus relaciones de pareja, etc. Considerar esta dimensión de la comunicación acentúa el carácter bidireccional de las relaciones entre padres e hijos, ya que las conductas parentales influyen sobre el desarrollo adolescente, también, los comportamientos y actitudes del adolescente tienen impacto en el estilo parental (Collins y Laursen, 2004a).

3.4.3. La autonomía

El control es una estrategia socializadora que incluye el establecimiento de normas, límites y sanciones, la exigencia de responsabilidades y la monitorización o conocimiento de las actividades que realizan los adolescentes (Oliva, 2006). Los cambios familiares propiciados por la disminución del control de los padres son los más significativos del período adolescente. Se producen cambios en los patrones de influencia e interacción que pasan de ser asimétricos y desiguales en la infancia a tener condiciones de mayor igualdad (Collins, 1995), por lo que ha de reajustarse el estilo parental para adaptarlo a la mayor madurez del adolescente y a sus nuevas necesidades de libertad y autonomía (Parra y Oliva, 2006; Collins y Steinberg, 2006).

Una tarea principal que ha de realizar el adolescente es la de adquirir autonomía respecto de sus progenitores. La promoción o fomento de la autonomía se refiere a las prácticas parentales que van encaminadas a que niños o adolescentes desarrollen una mayor capacidad para pensar, formar opiniones propias y tomar decisiones por sí mismos, sobre todo mediante preguntas, intercambios de puntos de vista y la tolerancia ante las ideas y elecciones discrepantes, elementos fundamentales para el desarrollo de la competencia del adolescente.

3.5. ESTILOS DE SOCIALIZACIÓN PARENTAL

Los modelos teóricos sobre estilos educativos parentales aparecieron a finales de los 60 en un intento de dar coherencia teórica a numerosos estudios sobre prácticas educativas paternas y maternas. Estos modelos se han ido depurando hasta convertirse en modelos de carácter relacional que tiene en cuenta a los padres, a los hijos y al contexto en el que se produce la interacción. Rodrigo y Palacios (1998) nos advierten del riesgo de simplificación y de generalización que conlleva su uso heurístico, ya que el contexto cultural y social de cada familia, el momento evolutivo de los hijos, los cambios sociales y los valores predominantes han de ser tenidos en cuenta.

Un modelo principal y de gran capacidad generativa en la investigación ha sido el de Baumrid (1968, 1971a, 1971b, 1989) que propone la existencia de dos dimensiones en las relaciones paterno-filiales: la aceptación y el control parental, que le permiten identificar tres estilos básicos de control parental cualitativamente diferentes: democrático, autoritario y permisivo. Maccoby y Martin (1983) reinterpretan las dimensiones del modelo de Baumrind y las cruzan ortogonalmente elaborando un modelo con dos dimensiones básicas: exigencia – no exigencia paterna y disposición

– no disposición paterna a la respuesta, que generan cuatro estilos educativos diferentes: autoritativo-recíproco, autoritario-represivo, permisivo-indulgente y permisivo-negligente. Steinberg, Lamborn, Darling, Mounts y Dornbusch (1994) identifican dos dimensiones similares denominadas: aceptación / implicación (el apego, la aceptación, el amor, etc.) e inflexibilidad / supervisión (disciplina, el castigo, la privación, el control, etc.).

El estilo parental es un concepto **multidimensional** (Oliva, Parra y Arranz, 2008), aunque la mayoría de los estudios se ajustan al modelo de dos dimensiones siendo muy escasos los que incluyen alguna variable adicional.

Existe consenso en la identificación de dos fuentes principales de variabilidad en la conducta parental (Esteve, 2005):

- apoyo-implicación-aceptación (el apego, la aceptación, el amor, etc.)
- control-coerción-imposición (disciplina, castigo, privación, control, supervisión etc.)

Ambas dimensiones son ortogonales e independientes y su cruce genera un modelo teórico biaxial que explica cuatro estilos parentales de relación paterno-filial (Baumrid, 1989; Martínez, 2003):

- **Autoritativo o con autoridad** (alta implicación y alta supervisión). Los padres democráticos son cálidos, firmes y aceptan la individualidad del adolescente.
- **Permisivo** (alta implicación y baja supervisión). Los padres indulgentes o permisivos demandan relativamente poco sobre el comportamiento del niño y le da al niño un alto grado de libertad para actuar como desee.
- **Autoritario** (baja implicación y alta supervisión). Los padres autoritarios son muy exigentes, y dan un alto valor a la obediencia y la conformidad, y tienden a favorecer las medidas punitivas, y disciplinas absolutas y contundentes. No tienden a fomentar conductas independientes dando mucha importancia a la restricción de la autonomía del niño.
- **Negligente** (baja implicación y baja supervisión). Los padres indiferentes reducen al mínimo el tiempo y energía que se debe dedicar a la interacción

con su hijo. En casos extremos, los padres indiferentes pueden ser negligentes.

Los padres son la fuerza más poderosa en la vida de sus hijos y las contribuciones de los padres al desarrollo de los adolescentes son reconocidas como un complejo de interacciones de las acciones de los padres, las relaciones entre padres y adolescentes, y los contextos más amplios que inciden en ambos. A pesar de las excepciones ocasionales a estos patrones generales, se ha observado que la vinculación entre el estilo democrático y desarrollo saludable de los adolescentes es muy fuerte. Aunque se ha puesto en duda la superioridad del estilo democrático por parte de algunos autores, estudios recientes ofrecen evidencia empírica a favor del estilo democrático en todo tipo de culturas (Sorkhabi, 2005; Steinberg, 2001) y en poblaciones de riesgo (Steinberg, Blatt-Eisengart y Cauffman, 2006). Se han vinculado los niveles más altos de competencia psicosocial a los hijos de padres democráticos frente a los autoritarios, indulgentes o indiferentes.

- ◆ Los adolescentes de hogares democráticos son más responsables, más seguros de sí mismos, más adaptables, más creativos, más curiosos, poseen más habilidades sociales; presentan niveles más altos de autoestima y de desarrollo moral (Collins y Steinberg, 2006), tienen mayor interés hacia la escuela y un mejor rendimiento académico (Pelegriña, García y Casanova, 2002). Muestran una mayor satisfacción vital, (Suldo y Huebner, 2004), son menos conformistas ante la presión negativa del grupo de iguales y presentan menos problemas de conducta (Oliva, Parra y Arranz, 2008). Los padres que promueven la autonomía tienen hijos más individualizados y con mejor ajuste y competencia social (Allen, Hauser, Eickholt, Bell y O'Connor, 1994; Hodges, Finnegan y Perry, 1999).
- ◆ Los adolescentes que han experimentado grandes dosis de indiferencia o negligencia tienden a presentar toda una gama de problemas emocionales y conductuales. La falta de afecto y supervisión de los padres y madres tiene efectos muy negativos para el desarrollo adolescente que con frecuencia presentan desajustes como impulsividad, conducta delictiva o consumo abusivo de sustancias (Kurdek y Fine, 1994; Steinberg, 2001). Es frecuente la baja autoestima y los problemas emocionales, llegando en muchos casos a manifestar trastornos depresivos (Milevsky, Schlechter, Netter y Keehn, 2007) y una variedad de problemas de conducta, incluyendo, en los casos de abuso físico, la agresión hacia los demás (Crittenden, Claussen y Sugar-

man, 1994; Pittman y Chase-Lansdale, 2001; Sheeber, Hops, Alpert, Davis y Andrews, 1997, Strauss y Yodanis, 1996).

- ◆ El maltrato ocasionado por abuso psicológico, como la crítica excesiva, el rechazo o la dureza emocional están vinculados a los peores resultados (Dubé, Felliti, Dong, Chapman, Giles y Anda, 2003; Haj-Yahia, Musleh y Haj-Yahia, 2002; McGee, Wolfe y Wilson, 1997; Rohner, Bourque y Elordi, 1996; Simons, Johnson y Conger, 1994). Se deben reconocer las influencias bidireccionales de estas asociaciones (Cook, 2001); por ejemplo, los adolescentes agresivos, dependientes o menos maduros psicossocialmente pueden provocar una respuesta de los padres excesivamente dura, pasiva o distante en contraste, los adolescentes que son responsables, autónomos, curiosos y están seguros de sí mismos pueden obtener de sus padres calor, orientación flexible y consejo.

En niveles intermedios aparecen los hijos de padres autoritarios y permisivos.

- ◆ Los adolescentes de familias autoritarias son más dependientes, más pasivos, socialmente menos hábiles, menos seguros de sí mismos y tiene menos curiosidad intelectual. Son menos propensos a explorar identidades alternativas y a adoptar valores morales propios pues son muy sensibles a la presión parental (Lila, van Aken, Musitu y Buelga, 2006).
- ◆ Los procedentes de hogares indulgentes a menudo son menos maduros, más irresponsables, más conformistas con sus compañeros y menos capaces de asumir posiciones de liderazgo; no suelen mostrar baja autoestima (Musitu y García, 2004), presentan problemas externos como comportamientos antisociales (Steinberg, Blatt-Eisengart y Cauffman, 2006) o consumo abusivo de sustancias (Adalbjarnardottir y Hafsteinsson, 2001), aunque sin alcanzar los niveles de quienes tienen padres indiferentes.

Que la familia sea un espacio de confianza y seguridad para el adolescente y un marco donde se encuentran sus principales figuras de apego se explica a través del proceso democratizador de las relaciones. Los padres, a través de las interacciones de la vida cotidiana, modelan los atributos cognoscitivos, emocionales y conductuales de los que desean dispongan sus hijos (Eisenberg y McNally, 1993; Larson y Richards, 1994; Simons, Whitbeck, Conger y Conger, 1991; Whitbeck, 1987). Este modelado está mediado por las características de los adolescentes (variables individuales como el aspecto físico, la maduración, el sexo, el rendimiento escolar, el tempe-

ramento, la conducta y el estado de salud física y mental, etc.), de sus padres (variables individuales como el sexo, la personalidad, la relación y dedicación, el estrés familiar, el estado de salud, los padres periféricos o ausentes, etc.) por variables del entorno (otros cuidadores, relaciones con la escuela, situaciones de vulnerabilidad económica familiar, etc.).

La familia es un sistema dinámico sometido a procesos de transformación, que en algunos momentos serán más acusados como consecuencia de los cambios que tienen lugar en algunos de sus componentes. Así, la interacción entre padres e hijos deberá acomodarse a las importantes transformaciones que experimentan los adolescentes y pasará de la marcada jerarquización propia de la niñez a la mayor igualdad y equilibrio de poder que caracterizan las relaciones paterno-filiales durante la adolescencia tardía y la adultez emergente. La tesis del Contextualismo del Desarrollo (Lerner, 1986, 1996; Lerner y Kauffman, 1985) identifica los cambios en las relaciones familiares como el producto de las interacciones dinámicas de sus miembros. Así, a pesar de que anteriormente se consideraban en gran medida como materia de las prácticas de crianza de los hijos, las contribuciones de los padres al desarrollo de los adolescentes son ahora reconocidas como un complejo interacción de las acciones de los padres, las relaciones entre padres y adolescentes, y los contextos más amplios que inciden en ambos. Las características individuales del adolescente repercuten en las decisiones familiares a través de un aumento de la tolerancia paterna y de la autonomía del hijo que, a pesar de su aparente alejamiento, seguirá estando muy influido por ella. Esta situación convierte al adolescente en protagonista de su propio desarrollo al establecerse relaciones bidireccionales (funciones circulares) entre padres e hijos que transforman a la familia de unidad de protección y cuidado en otra que los prepara para el mundo de los adultos (Roldán, 1998).

3.6. RELACIONES CON LOS HERMANOS

La investigación sobre el desarrollo del adolescente en el contexto familiar se ha centrado sobre todo en estudiar las relaciones con los padres. Se sabe poco acerca de las relaciones con los hermanos y casi nada acerca de las relaciones con otros miembros de la familia. Durante la adolescencia las relaciones con los hermanos, y sobre todo con los más pequeños, suelen ser más igualitarias, pero también más distantes y menos intensas emocionalmente (Cole y Kerns, 2001). A pesar de estos cambios, la calidad de las relaciones entre hermanos entre la niñez y la adolescencia es estable, y los hermanos que son más cercanos durante la niñez también lo son como adolescentes (Dunn, Slomkowski y Beardsall, 1994). En la adolescencia temprana, los adolescentes suelen describir las relaciones con sus padres en términos

de diferencias de poder y por el grado de satisfacción de necesidades y de asistencia que brinda la relación. Por el contrario, las relaciones entre hermanos son percibidas como más similares a las de sus amistades en términos de compañerismo y se les atribuye una importancia similar a la de las relaciones con los iguales (Furman y Buhrmester, 1985). Según van progresando en madurez, el conflicto en las relaciones con los hermanos es cada vez más común y tipifica las relaciones (Brody, Stoneman, y McCoy, 1994), con una información más negativa que con respecto a sus relaciones con los amigos (Buhrmester y Furman, 1990). Las interacciones negativas entre los hermanos son especialmente comunes en las familias que soportan problemas económicos (Conger, Conger, Elder, Lorenz, Simons, y Whitbeck, 1992, 1993). Al igual que los conflictos parental-adolescente, los altos niveles de conflicto entre hermanos en la adolescencia temprana van disminuyendo a medida que crecen y avanzan de la adolescencia media a la adolescencia tardía. Con los hermanos maduros, las relaciones se vuelven más igualitarias y solidarias y como en la relación padres-adolescentes, los hermanos se vuelven menos influyentes. Los adolescentes van a ampliar sus relaciones fuera de la familia (Hetherington, Henderson y Reiss, 1999). Varios investigadores han descubierto conexiones importantes en las relaciones entre padres e hijos, hermanos y compañeros en la adolescencia. La calidad de las relaciones entre padres y adolescentes pueden influir en la calidad de las relaciones entre hermanos adolescentes, que a su vez influye en las relaciones de los adolescentes con sus compañeros (Brody, Stoneman y McCoy, 1994; MacKinnon-Lewis, Starnes, Volling, y Johnson, 1997; Paley, Conger, y Harold, 2000; Reese-Weber, 2000), aunque la condición causal de estas interrelaciones aún no se ha documentado de manera concluyente. La armonía y la cohesión de padres-adolescentes se asocian con menos conflictos entre hermanos y relaciones más positivas entre ellos, mientras que los adolescentes que experimentan rechazo materno y sentimientos negativos tienen más probabilidades de mostrar la agresión con sus hermanos (Hetherington et al., 1999). Además, los niños y adolescentes aprenden mucho sobre las relaciones sociales en la interacción con los hermanos, y es posible que trasladen este conocimiento y experiencia a las amistades fuera de la familia. En familias de funcionamiento deficiente, las relaciones agresivas entre hermanos sin supervisión pueden proporcionar un campo de entrenamiento para aprender, practicar y perfeccionar la conducta antisocial y agresiva (Slomkowski, Rende, Conger, Simons, y Conger, 2001). La calidad de las relaciones entre hermanos se ha vinculado a la interacciones con los iguales y a su proceso de adaptación y ajuste en general (Stocker, Burwell y Briggs, 2002). Las relaciones positivas entre hermanos contribuyen a incrementar las competencias académicas de los adolescentes, la sociabilidad, la autonomía y la autoestima (Hetherington et al., 1999). Una estrecha relación entre hermanos puede aliviar parcialmente los efectos nega-

tivos de no tener amigos en la escuela, y los hermanos pueden servir como fuentes de asesoramiento y orientación (Tucker, McHale, y Crouter, 2001). Los hermanos suelen tener problemas de comportamiento similares (Conger, Conger y Elder, 1997; Slomkowski et al., 2001), como por ejemplo una actividad sexual temprana que puede provocar un embarazo precoz (East y Jacobson, 2001), el consumo de drogas o una conducta antisocial (Ardelt y Day, 2002; Bullock y Dishion, 2002). Estas similitudes plantean la cuestión de si los hermanos mayores con "problemas de conducta" son un factor de riesgo para sus hermanos menores.

El trato desigual de las madres o los padres a menudo se asocia con el conflicto entre hermanos y con problemas individuales como la depresión o la conducta antisocial. Estas distinciones de trato entre los hermanos, ya sea real o percibida, están relacionadas con diferentes patrones de desarrollo (Barrett, Singer y Weinstein, 2000). A medida que los adolescentes crecen, van apreciando las razones por las que los padres tratan a sus hermanos de manera diferente, y las relaciones con los padres son tensas por este motivo si consideran el trato diferencial injusto (Kowal y Kramer, 1997).

3.7. GRUPO DE IGUALES

Las relaciones con los iguales tienen un papel fundamental en el desarrollo y bienestar psicológico de los individuos a lo largo de la vida. En la adolescencia, en la medida en que el grado de autonomía aumenta, las relaciones con los compañeros van ganando importancia, intensidad y estabilidad, de tal forma que el grupo de iguales va a pasar a constituir un contexto de socialización preferente y una importante fuente de apoyo (Sachez-Queija y Oliva, 2003).

La necesidad humana y universal de formar vínculos afectivos se recoge en la Teoría del Apego desarrollada por John Bowlby (1980), que relaciona conceptos procedentes de la etología, del psicoanálisis y de la teoría general de los sistemas (Fonagy, 2004; Oliva, 2004a; Girón, Rodríguez y Sánchez, 2003) para explicar el lazo emocional del hijo con la madre. Bowlby (1989) y Ainsworth (1989) señalan la importancia de los vínculos de apego establecidos con los padres durante la infancia para el establecimiento de posteriores relaciones afectivas. Desde esta referencia precursora, Botella (2005), Oliva (2004b), Del Barrio (2002), mantienen que los niños y niñas que establecieron relaciones de apego seguro con unos padres que se mostraron cariñosos y sensibles a sus peticiones estarán más capacitados para establecer relaciones caracterizadas por la intimidad y el afecto con sus iguales.

El aumento progresivo de la influencia de los iguales en la adolescencia temprana y media es un proceso general y universal que se produce en todas las culturas (Bandura, 1977b, 1987). En el desarrollo de la adolescencia, se reorganizan las representaciones de apego a través de una reevaluación de experiencias que conducen al desarrollo de la identidad (Zimmermann y Becker-Stoll, 2002); el grupo de iguales incrementa su importancia proporcionando la posibilidad de que sean activados ciertos mecanismos de evitación, sin los cuales no sería posible mantener una cierta distancia de las figuras parentales para desarrollar una identidad personal más definida (Ammaniti, Van Ijzendoorn, Speranza y Tambelli, 2000), adquirir autonomía y prepararse para vivir como un sujeto adulto (Oliva y Parra, 2001).

El grupo, como agente socializador es un espacio donde se desarrollan habilidades sociales (Garcés de los Fayos y Gómez, 2003) y ofrece puntos de referencia para confrontar dicha identidad al margen del marco familiar y los papeles que este le asigna, lo que le permite aumentar su autonomía e independencia. La autonomía adolescente tiene un importante componente emocional, pues implica contar más con uno mismo y menos con los padres como guía y apoyo, y es en este momento donde aparece la capacidad de influencia de los iguales. En el grupo de amigos las relaciones son cercanas y horizontales, se comparten sentimientos, pensamientos, expectativas de futuro e información sobre sexualidad, formas de ocio, consumo de alcohol y drogas (Elzo, 2000; 2008). Las amistades en la adolescencia ganan en intensidad, importancia y estabilidad.

La pertenencia al grupo proporciona al adolescente apoyo emocional y un importante sentimiento de vinculación (Musitu, Buelga, Lila y Cava, 2001). También le proporciona un espacio en el que asumir responsabilidades, encontrar recursos y en el que aprender a afrontar frustraciones (Musitu y Molpeceres, 1992). El grupo es un espacio en el que ir desarrollando la identidad personal estrechamente entrelazada con la identidad grupal, ya que, proporciona un sentimiento de pertenencia, y la oportunidad de desarrollar papeles y valores como la lealtad y la solidaridad y potencia comportamientos de refuerzo de grupo (territorialidad, lenguaje, peinado, vestido, señales distintivas) y de las relaciones afectivas.

Según va madurando el adolescente, la influencia del grupo de iguales crece ya que van surgiendo otras áreas de influencia como consecuencia de la aparición de nuevas necesidades físicas y emocionales, aunque su influencia se limite a aspectos menos importantes, puesto que la familia continúa influyendo de forma directa en asuntos trascendentes (moral, planificación educativa, etc.) e indirecta en la forma-

ción de los grupos de iguales depurando, de alguna manera, la influencia de otros contextos sociales

Los adolescentes forman grupos con otros por afinidad, por ejemplo, con aquellos que comparten similitudes culturales, étnicas y socioeconómicas o con los que coinciden en los valores, gustos e intereses personales, contribuyendo a mantenerlos y facilitarlos, en lugar de crear nuevas formas de conducta.

La familia crea las bases de la identidad del hijo y le enseña a apreciarse a sí mismo, desarrollando su autoconcepto y autoestima, en especial si las estrategias de socialización se han formado en estilos parentales basados en el apoyo y el afecto que promocionan la alta autoestima y mayor capacidad de autocontrol (Noller y Callan, 1991). Esto les hace ser menos vulnerables a la presión grupal de los iguales, que ha sido considerada una variable de riesgo para ciertas conductas. La influencia paternal es más importante que la influencia de los pares cuando los padres expresan afecto, interés, entendimiento y una buena voluntad de ser provechosos (Mussen, 1979). El adolescente orientado por los pares es más un producto de la indiferencia paternal que del atractivo del grupo de pares (Conger, 1971) ya que la influencia de los pares reemplaza la de los padres cuando:

- Forman parte de un grupo fuerte y homogéneo que tiene actitudes y conductas muy diferentes a las de los padres. No existe una relación satisfactoria padre-hijo.
- Los valores paternos no son transmitidos, son incoherentes, poco realistas, inadaptados o hipócritas.
- El adolescente carece de independencia y de seguridad en sí mismo con las que mitigar o contrarrestar la influencia de los pares.

La presión de grupo es un constructo poco estudiado y de difícil definición. Nosotros proponemos que el concepto se distribuye a lo largo de un continuum cuyos polos son:

- La coerción: expresión directa y abierta de incitación a la realización de una conducta.
- La aceptación social: realización de conductas que faciliten o acerquen a otros por el deseo del individuo de relacionarse.

3.8. OCIO

Sabemos que el concepto tiempo no es único. Cada cultura construye sus propias representaciones que encierran concepciones y usos sociales, legitimando y dando forma a las diversas maneras de percibir el tiempo de los sujetos. El tiempo real es aquel que hemos aprendido a percibir como tiempo vivido a partir de los códigos que nuestra sociedad ha construido para procesar la temporalidad. Los niños interiorizan, en parte, sus respectivos papeles sociales a partir de los diferentes tiempos que cada uno de ellos tiene asignado. Sin embargo, a partir de la adolescencia se puede intuir que el tiempo es una convención social y por tanto reclamar cambios y adoptar estrategias temporales para alcanzar objetivos propios o grupales. Una buena estrategia para comprender cómo se forman los valores y las señas de identidad de una generación es analizar cómo estructura su tiempo libre y qué actividades desarrolla. Para los adolescentes, el tiempo de ocio es un tiempo muy especial y significativo, tanto desde el punto de vista cualitativo como cuantitativo. Para ellos son momentos muy esperados, a los que suele ir asociada una alta intensidad emocional y que, además, ocupan una parte muy significativa de sus vidas.

3.8.1. Concepto de ocio y tiempo libre

La evolución histórica del concepto de ocio se desarrolla desde su consideración de “vicio de no trabajar”, hasta la perspectiva de la “utopía liberadora del trabajo” (Dumazedier, 1988) que supone la desaparición de la primacía de la centralidad del factor trabajo, apareciendo una fuerte relación causal entre el incremento del tiempo libre y el desarrollo económico. El ocio es un producto de la civilización moderna (Parker, 1971; Dumazedier 1974) que nace junto con la idea moderna de trabajo y es tiempo sustraído a él, en donde los sujetos adquieren gran poder de compra y ocupa un lugar significativo en la vida cotidiana.

Podemos asumir que la centralidad (social, económica y cultural) del trabajo está siendo sustituida por la centralidad del ocio, es decir, por el “modelo de transición hacia la sociedad del ocio” (Cuenca, 1999). Los jóvenes españoles valoran el tiempo libre como un aspecto fundamental de sus vidas, en niveles similares a los que valoran el trabajo y a sus amigos (Martínez, Fernández y Salgado, 2004).

El tiempo libre es el tiempo disponible, el ocio ha de tener dimensiones cualitativas que requieren dos atributos:

-
- Que estén construidas a partir de valores explícitos
 - Que se puedan descomponer en variables medibles.

Consecuentemente, podemos distinguir entre el estudio del ocio y del tiempo libre. El uso de la categoría “tiempo libre” (que incluiría semánticamente la categoría “ocio”) tiene una evidente utilidad empírica, pero no debe ser equiparada al ocio.

La ciencia social debe apostar por entender el ocio como un componente esencial para el desarrollo humano. Un desarrollo humano óptimo puede resumirse en el aumento de la complejidad psicológica, que es el resultado de dos elementos: la diferenciación, o el refinamiento de la autonomía, habilidad e individualidad personales, y la integración o la participación armónica con el medio social y cultural. Por ello, la asignación de la categoría “ocio” a actividades ha de partir necesariamente de las interpretaciones que hacen los individuos y los grupos sociales de su propio tiempo.

Actualmente la división entre tiempo ocupado y tiempo libre, entre trabajo y ocio, debe sustituirse, aparte del tiempo necesario de reparación, por una triple división: tiempo de trabajo o estudio, tiempo dedicado a las actividades de ocio estructurado y tiempo para el ocio libre que se elige sin ninguna presión, social o familiar o compromiso, incluyendo la posibilidad de no hacer nada.

La investigación social sobre ocio y tiempo libre acumula varias tipologías, dependiendo del ámbito desde el que se aborde. La construcción de una tipología de ocio supone tener definido el concepto y ser capaz de desagregarlo en dimensiones.

3.8.2. Categorías

Las actividades de ocio pueden agruparse en torno a dos ejes:

- El contexto o espacio físico del que nace la dicotomía **ocio en casa vs ocio fuera de casa**. Las actividades que corresponden al hogar pueden realizarse cualquier día de la semana y casi en cualquier momento disponible, mientras que las otras requieren de oportunidades específicas y de que existan otros tipos de condiciones. Las actividades que se realizan en este contexto se distinguen también por el grado de comunicación o compañía que suponen, en caso de que se realicen en soledad o con otras personas.

- El grado de expansividad o de relación social que expresan las categorías **ocio individual vs ocio relacional**. El ocio relacional requiere la presencia o compañía de otras personas y sitúan al grupo en el centro de su dinámica de diversión.

Estas categorías se han utilizado como criterios metodológicos para la elaboración del nuestro cuestionario y han sido tomados del utilizado para realizar la investigación de los patrones de ocio en los adolescentes de la Comunidad de Madrid (Martínez, Fernández y Salgado, 2004).

Una de las tipologías más populares es la que diferencia **ocio activo y pasivo**. Por lo general, el ocio pasivo supone mayor empleo del tiempo y menor coste económico, llena un vacío temporal y produce gratificaciones inmediatas: diversión, evasión identificación con el grupo de iguales; mientras que el ocio activo emplea menos tiempo, genera mayor coste económico y un superior esfuerzo físico, intelectual y de interacción: produce placer y gratificación por la realización de la actividad y las destrezas y habilidades adquiridas o potenciadas (Martínez, Fernández y Salgado, 2004). La práctica del ocio será funcional o disfuncional, positiva o negativa dependiendo de las contingencias que la rodean, la determinan y condicionan. Los adolescentes, (los jóvenes y los adultos) necesitan de ambos tipos de ocio y no debe presuponerse que las prácticas activas de ocio sean las únicas que desempeñan una función saludable; el ocio pasivo es funcional y positivo porque, entre otros factores, facilita la adaptación social. El ocio funcional es beneficioso para combatir la soledad, para proveer a la persona de estados subjetivos satisfactorios, mejorar el ánimo y adquirir buenas herramientas al enfrentar etapas vitales (García Martín, 2002). Pero no debemos olvidar que acercarnos a cualquier tipo de ocio pasa por un proceso de **aprendizaje** que, unido a los gustos, oportunidades y circunstancias personales conformarán el tipo y la calidad de ocio que el individuo desarrollará durante su vida.

3.8.3. Ocio adolescente

Los adolescentes en las sociedades industrializadas tienen una considerable cantidad de tiempo para dedicar a las actividades de su elección (Csikszentmihalyi y Larson, 1984; Roberts, Henriksen y Foehr, 2004; Shanahan y Flaherty, 2001; Staff, Mortimer y Uggen, 2004). La investigación sistemática sobre las formas en que el ocio influye en el desarrollo adolescente es reciente (Brown y Cantor, 2000; Larson y Verma, 1999; Roberts, Henriksen y Foehr, 2004; Verma y Larson, 2003). En general,

la investigación sobre la influencia del ocio y el tiempo libre intenta capturar las complejas interrelaciones entre los distintos niveles de influencia de los contextos interpersonales en su desarrollo, poniendo su atención en los contextos que restringen o amplían los efectos formativos y en las experiencias relacionales que contribuyen directamente al desarrollo de patrones y expectativas de conducta y ayudan a dar forma a las orientaciones sobre los papeles actuales y futuros.

Las actividades de ocio que son a la vez estructuradas y voluntarias (por ejemplo, los deportes, los hobbies, las actividades artísticas o la participación en asociaciones o clubes) parecen ser las más beneficiosas para el bienestar psicológico de los adolescentes (Larson, 2000) y han mostrado, en términos de desarrollo psicológico, ser el camino más positivo para que los adolescentes pasen su tiempo libre (McHale, Crouter y Tucker, 2001). Las actividades extracurriculares son especialmente beneficiosas entre los adolescentes cuya red de amigos participa en la misma actividad por lo que supone la relación con un grupo de compañeros involucrado en actividades prosociales que giran alrededor de la escuela (Mahoney, 2000). También las actividades extracurriculares pueden fomentar el desarrollo psicosocial por las oportunidades de relación con adultos significativos como los entrenadores o tutores y, aunque esta posibilidad ha recibido escasa atención de los investigadores, estudios recientes muestran que el desarrollo de las relaciones estrechas con adultos no familiares es una parte normativa y de beneficio de la adolescencia en muchas comunidades (Beam, Chen y Greenberger, 2002; Rhodes, Grossman y Resche, 2000).

3.8.4. Ocio nocturno

Las noches de los fines de semana se constituyen en representación paradigmática del ocio juvenil, donde la diversión es la expectativa por excelencia y cualquier otra motivación arranca de ella. El “finde” son las noches y lo que se hace en ese tiempo, (salir). La noche forma parte del espacio-temporal único de los jóvenes. La calle, los bares o cualquier espacio lúdico está invadido por los jóvenes. Este fenómeno es fruto de la búsqueda de un espacio de relación que no se encuentra en otros ámbitos. Ante la inexistencia de lugares propios en los que desarrollar sus momentos de ocio y esparcimiento, el fin de semana es testigo de una conquista territorial por parte de los jóvenes, que hacen suyos lugares que, aun siendo públicos, se conciben como privados, como propios (mis bares, mi parque, mis discotecas, etc.) en un tiempo, la noche, donde **no hay rivalidad por el espacio**. Pero la conquista es efímera, pues acaba al llegar la mañana.

La noche es el **territorio joven** (Pallarés y Cembranos, 2001), es un tiempo y un espacio caracterizados por el no compromiso y una expectativa de excepcionalidad (el deseo de encontrar una persona excepcional, una aventura, la actividad más divertida, un anhelo a veces inexistente) que en ocasiones deriva en rutina e inercia (los comportamientos y las actividades son sorprendentemente homogéneos; todos hacen lo mismo y siempre se hace lo mismo). La búsqueda de diversión, como contraste de las rutinas de la semana, llena el fin de semana (la noche) de un halo casi mágico, que da sentido al resto de la actividad cotidiana de la semana que es **territorio adulto**. Cuanto más tiempo se gaste dentro del territorio joven más se habrá aprovechado el fin de semana (Rodríguez y Megías, 2001). Fin de semana y noche se interpretan como la misma cosa y se difuminan las fronteras temporales que lo distinguen del resto de la semana; no está claro cuándo comienza; a veces se inicia en la noche del jueves y a veces concluye el domingo por la mañana.

La diversión nocturna posibilita (Pallarés y Cembranos, 2001):

- ✘ Configurar el uso del espacio colectivamente, sin tener que competir con otros grupos sociales.
- ✘ Encontrarse con muchas personas en relaciones no verticales y sin el dominio o razón de los adultos.
- ✘ Un espacio para el reconocimiento, la exhibición, la diferenciación, la pertenencia y la integración.
- ✘ La revaloración, culturalmente hablando, de estos espacios, como una superación de la negación del libre acceso al espacio social.
- ✘ La creación de símbolos juveniles que permiten la comprensión y comunicación dentro de estos espacios que consigue mantener alejados a los adultos desconocedores de los códigos y las significaciones compartidas por los jóvenes.
- ✘ Espacios de seducción, para el inicio de emparejamientos y el aprendizaje de la sexualidad.
- ✘ Recrear la seguridad que produce el grupo, la muchedumbre.

-
- ✘ Disfrutar de espacios donde se desarrolla y experimenta la trasgresión y el control, se tantean los límites mediante comportamientos diversos (consumo de sustancias, competitividad, conatos violentos...) y por otra parte se elaboran normas propias y códigos de comportamiento.

En el ocio que tiene lugar durante las noches de los fines de semana el alcohol cumple un papel importante, es el precursor de las relaciones sociales dentro de ese espacio y ese tiempo, es un elemento que facilita la diversión de forma sencilla y conocida, permite superar la timidez y la vergüenza (Elzo y Laespada, 1996). Los riesgos asociados (Ballesteros, Babín, Rodríguez y Megías, 2009) “no son para tanto” y aunque conocidos a corto y a largo plazo, no son motivo de preocupación para los adolescentes, ya que, el consumo está totalmente socializado y por lo tanto, normalizado (aceptado), se relativiza la teórica preocupación a partir de dos argumentos que en el caso de nuestros jóvenes se concretan en los siguientes aspectos:

- ▶ Estar encuadrado en un contexto lúdico, fuera de los espacios de responsabilidad.
- ▶ Afirmar la ausencia de control (autocontrol) de muchos jóvenes (que se consideran peligroso y perjudicial), y afirmar la presencia de control propio, provoca despreocupación e irresponsabilidad.

Especialmente relevante es la asociación permanente con los consumos de drogas, siempre en términos problemáticos y conflictivos y más recientemente con fenómenos como el “botellón”. En la adolescencia la relación con las distintas sustancias se produce, casi exclusivamente, en contextos vinculados al ocio.

3.8.5. Otros elementos del ocio

El dinero se convierte en un elemento importante en la configuración del tiempo libre que puede determinar el tipo de actividades que se realizan, aunque, por lo general, la influencia del dinero en la actividad se encuentra en la intensidad del gasto (consumir más) en la misma actividad.

Las noches de los fines de la semana se constituyen en un ritual en el que la ropa y otros elementos que ayudan a identificar “mi momento”, “mi espacio” y “mi gente”. Arreglarse, vestir de forma diferente al resto de la semana también ayuda a poner un punto de distinción individual y hace más atractivo al individuo a los ojos de los otros.

Las actividades de ocio (regladas y libres) implican la polarización entre lo “ajeno” y lo “propio” (Rodríguez, Megías y Navarro, 2008). Entre semana, las actividades regladas se desarrollan en territorio ajeno (colegio, instituto, hogar familiar...), mientras los fines de semana se pasan en función de esta diferenciación, se otorga gran valor a la posibilidad de organizarse el tiempo de manera autónoma e independiente. Pese a que existe una tendencia a la rutinización de las actividades y recorridos en los fines de semana, lo que afirma la idea de que nos encontramos ante un ocio bastante programado, tales actividades se aceptan como marcos y expresiones de la voluntad personal, frente a las actividades obligadas, como pueden ser las referidas a los estudios o trabajo. Así, otro de los ejes que conforma el sentido de la dualización temporal es el que separa *lo obligado* y *lo elegido*. Igual que con las actividades ocurre con la compañía: en los territorios ajenos se está con gente que no se elige (aunque también puedas encontrar amistades en contextos obligados), en los propios (el fin de semana) solo se está con las personas que uno quiere y elige.

4. CONDUCTAS DE RIESGO

El estudio de las conductas de riesgo en la población adolescente es el estudio de la adolescencia y de su desarrollo. Las conductas de riesgo en la adolescencia son mayoritarias (Toro, 2010) y pueden considerarse normativas ya que constituyen una manifestación propia en la etapa evolutiva. Podemos definir riesgo como una oportunidad de pérdida, y la asunción de riesgo como la práctica de conductas de riesgo que puede tener consecuencias perjudiciales.

Como hemos señalado, la toma o asunción de riesgo se pueden considerar como una parte normativa de la adolescencia, sin embargo, estas conductas son preocupantes para los padres, educadores, la profesión médica, los investigadores y la sociedad en general porque ponen en peligro la salud de los adolescentes y su bienestar (MSC, 2002). Por desgracia, las conductas establecidas en la adolescencia a menudo se vuelven grandes contribuyentes a los problemas de salud y bienestar de los adultos (Park, Mulye, Adams, Brindis e Irwin, 2006). El potencial resultado de la prevalencia del riesgo en las conductas adolescentes, incluye distintos trastornos o problemas de salud, entre otros, el abuso de sustancias y los problemas causados por el consumo, embarazos no deseados, infecciones de transmisión sexual (ITS) incluido el VIH, problemas de obesidad y otros trastornos de la alimentación o la actividad delictiva. Por lo tanto, la comprensión de la asunción de riesgos adolescente se ha convertido en una prioridad de salud pública.

Por el valor emocional y psicosocial añadido, las conductas de riesgo se convierten en objetivo para el adolescente, incluyen los actos que pueden causar, de forma intencionada o imprudente, daños a otros y/o a uno mismo. Los daños no sólo físicos o a la propiedad, sino psicológicos, biológicos y al bienestar individual y social. Por ejemplo, los efectos negativos que ha de soportar el adolescente por su conducta pueden ser el resultado de las penas legalmente impuestas por la comisión de un delito. También sufren consecuencias sus familias y sus víctimas, sin olvidar los costes sociales en términos de pérdida de productividad, costes legales, los tratamientos de rehabilitación, el cumplimiento de medidas y/o encarcelamiento. Es decir, la conducta de riesgo de la adolescencia y su impacto social y económico ponen de relieve la necesidad de seguir investigando las causas y los procesos que la rodean.

El atractivo del riesgo aumenta de los 11 a los 18 años y en los chicos, con más tendencia que las chicas, a buscar emociones (Gullone, Moore, Moss y Boyd, 2000). Para muchos adolescentes, la ejecución de conductas de riesgo les proporciona estatus y respeto (conducir a gran velocidad), fortaleciendo los lazos de amistad y pro-

duciendo una pérdida de las inhibiciones. Gardner (1993) plantea que el hecho de que los jóvenes asuman más riesgos no sería fruto de un razonamiento inadecuado, sino una elección racional, ya que el futuro de los adolescentes es más incierto que para los adultos, y demorar las ganancias venideras tendría menos sentido. Este análisis nos ayuda a comprender las diferencias individuales porque implicaría en conductas de riesgo a aquellos adolescentes con unas expectativas de futuro más inciertas. Frente a la concepción de la asunción de riesgos en la adolescencia como un problema, está la idea del riesgo como una oportunidad para el desarrollo y el crecimiento personal (Lightfoot, 1997). Para Jessor (1998), las conductas problemáticas del adolescente funcionarían como indicadores de la transición a un estado más maduro. Estudios longitudinales como los de Baumrind (1987) o Shedler y Block (1990) encuentran que conductas de riesgo, como el consumo moderado de drogas durante la adolescencia, están relacionadas con un mejor ajuste psicológico en la adultez temprana. Otras aportaciones relacionan las conductas de riesgo con un rasgo de la personalidad, como, por ejemplo, la búsqueda de sensaciones entendida como una dimensión de la personalidad que se caracteriza por la necesidad de sensaciones y experiencias novedosas y el deseo de asumir algunos riesgos físicos y sociales (Bradley y Wildman, 2002; Greene, Krmar, Walters, Rubin y Hale 2000; Jessor, 1998; Zuckerman, 1990).

4.1. RIESGO: CONCEPTO, GESTIÓN, PERCEPCIÓN Y TÉRMINOS RELACIONADOS

El concepto de riesgo ha estado asociado siempre a las sociedades humanas. Es un concepto complejo que representa algo que aún no ha sucedido donde interviene el azar, ya que si hay certeza no hay riesgo. Está relacionado con el sentir individual y colectivo aunque se le intenta dar un sentido de objetividad (Elms, 1992) y siempre ha estado asociado a una decisión donde sus resultados se prevén inciertos. La terminología asociada a la definición de riesgo no sólo ha variado con el tiempo, también es distinta según la perspectiva disciplinar desde la que se aborde. Desde las ciencias sociales se propone una noción de riesgo constructivista que se obtiene de la percepción individual, las representaciones sociales y la interacción entre diferentes actores sociales y el medio.

El término riesgo se refiere a la mayor probabilidad de un resultado negativo en una determinada población (Kraemer, Kazdin, Offord, Kessler, Jensen y Kupfer, 1997), por lo tanto, el riesgo (o grado de riesgo) es un concepto cuantitativo que se refleja ya sea como una razón de posibilidades cuando se miden los resultados categóricamente, o como alguna variante de un peso de regresión cuando los resultados

son continuos o cuantitativos. Por ejemplo, la probabilidad de desarrollar un trastorno del estado de ánimo (trastorno depresivo mayor o trastorno distímico) o un trastorno del comportamiento perturbador (trastorno de oposición desafiante o trastornos de conducta) se puede calcular en función de las características individuales (por ejemplo, edad, sexo), los factores familiares (por ejemplo, la crianza dura, psicopatología de los padres), y las características del vecindario (por ejemplo, la violencia, la vivienda inadecuada).

Un concepto estrechamente relacionado con el riesgo es el de **vulnerabilidad**, que ha contribuido a dar claridad al concepto de riesgo (Blum, McNeely, y Nonnemaker, 2002). La vulnerabilidad se refiere a la pregunta de por qué algunos individuos que están expuestos al riesgo son más propensos a desarrollar un resultado negativo. El marco conceptual de la vulnerabilidad surgió de la experiencia humana en situaciones extremas que hacían difícil el desarrollo y su planificación para ciertos grupos sociales. Cardona (2001) propone los siguientes factores como originarios de la vulnerabilidad:

- Fragilidad física o exposición: Condición de susceptibilidad que tiene el individuo o grupo humano de ser afectado.
- Fragilidad social: Predisposición que surge como resultado del nivel de marginalidad y segregación social del individuo o grupo humano y sus condiciones de desventaja y debilidad relativa por factores socioeconómicos.
- Falta de resiliencia: Incapacidad de respuesta para absorber el impacto.

En el área que nos ocupa se observa que no todos los adolescentes que viven un divorcio de sus padres experimentan los mismos resultados (Wolchik et al., 2000). Las diferencias individuales en la vulnerabilidad al divorcio de los padres se relacionan con las características del niño (por ejemplo, la edad y el sexo) y el nivel de conflicto y la hostilidad entre los padres, incluso después de que la separación y el divorcio se han producido. Así, los factores de vulnerabilidad o marcadores abarcan los factores que agravan los efectos negativos de la condición de riesgo.

La vulnerabilidad se puede definir como un factor de riesgo interno de un sujeto o sistema expuesto a una amenaza, correspondiente a su predisposición a sufrir un daño. En otras palabras, la vulnerabilidad es la predisposición o susceptibilidad que

tiene un individuo o un grupo a ser afectada o a sufrir daños en caso de que un riesgo desestabilizador se manifieste.

No se puede ser vulnerable si no se está amenazado; y no existe una condición de amenaza para un individuo o un sistema si no se está expuesto y se es vulnerable a la acción potencial que representa dicha amenaza. El concepto de amenaza se refiere a un peligro latente o factor de riesgo externo de un sistema o de un sujeto expuesto, que se puede expresar como la probabilidad de exceder un nivel de consecución de un suceso con una cierta intensidad, en un sitio específico y durante un tiempo de exposición determinado.

En el uso del término podemos distinguir los siguientes conceptos generales: Factores de riesgo, Menores en riesgo y Conducta de riesgo.

a. Factores de riesgo

Una importante contribución de la investigación en prevención durante la década de 1980 fue la identificación de factores de riesgo (Fraser, 1997), que más adelante se asoció a los problemas psicosociales (Jessor, 1993). Los factores de riesgo son influencias, que ocurren en cualquier nivel del sistema (individuo, familia, comunidad, sociedad), que amenazan resultados positivos de adaptación. Por el contrario, los de protección facilitan los resultados positivos al funcionar como amortiguadores entre los individuos y los factores de riesgo que inciden en su bienestar.

Un factor de riesgo es un agente o una característica de la persona o el medio ambiente que se relaciona a la mayor probabilidad de un resultado negativo. Por ejemplo, Rolf y Johnson (1990) definen los factores de riesgo como aquellas variables que han demostrado (o así se presume) que los efectos pueden aumentar directamente la probabilidad de un resultado desadaptado.

El grado de riesgo asociado a un factor se puede calcular en varios niveles, incluido el grado de riesgo para un individuo, una familia, una clase, una escuela, o una comunidad. Los factores de riesgo y de protección pueden ser biológicos, psicológicos, sociales, espirituales, ambientales, o de cualquier combinación de estos (Ashford, Le-Croy y Lortie, 2000). Cuando los resultados del cálculo de un factor son dicotómicos, puede ser usado para dividir a la población en dos grupos, por ejemplo, de alto riesgo y bajo riesgo (Kraemer et al., 1997) y las medidas cuantitativas obtenidas de la medición de un riesgo posicionan a los individuos en un continuo de mayor a menor.

Además de distinguir los niveles de riesgo, la presencia de o la exposición al factor de riesgo debe preceder a la evidencia de la evolución de los resultados (Kraemer et al. 1997). Si un factor no es más que relacionado con un resultado, en un solo punto en el tiempo, se identifica como un correlato. Una correlación, que se ha demostrado que preceden a los resultados, es un factor de riesgo.

Si la manipulación del factor de riesgo cambia el resultado, estamos hablando de un **factor de riesgo causal**, característica importante de la investigación de riesgos cuando está dirigida a diseñar una intervención preventiva que debe determinar su posible papel causal.

Cabe señalar que los factores de riesgo y de protección no son categorías dicotómicas. Un factor se puede considerar de riesgo en función de su naturaleza y por el nivel de exposición al que somete. En algunos constructos, un extremo puede ser un factor de riesgo; y el otro extremo, saludable, como ocurre con la autoestima. En otros, los niveles bajos de un factor de protección en individuos en riesgo puede amplificar el riesgo, sin embargo, ejercer una función protectora si está en niveles altos, por ejemplo, un alto coeficiente intelectual, tiene una función protectora de la cara a afrontar la adversidad socioeconómica; pero un bajo coeficiente intelectual también aumenta la potencia de los efectos de la pobreza (Sameroff, 2000). Los altos niveles de un factor de protección pueden ser bajos, neutros o benignos en relación con la fuente de riesgo; por ejemplo, afectividad negativa y la afectividad positiva son factores de riesgo y protección de los problemas emocionales (Compas, Connor-Smith y Jaser, 2004), y son rasgos ortogonales, es decir, una baja afectividad negativa no denota la existencia de una afectividad positiva, por lo tanto, una baja afectividad negativa indica la ausencia de este factor de vulnerabilidad, pero no sirve como un factor de protección.

Algunos factores de riesgo y de protección son **estables** mientras que otros son **dinámicos** y cambian con el desarrollo. Por ejemplo, algunas características de la personalidad que aparecen en la infancia, y se mantienen estables durante toda la infancia y la adolescencia pudiendo funcionar como factores de riesgo o de protección en la adolescencia. Del mismo modo, algunas características del ambiente pueden ser fuentes estables de riesgo o protección en toda la infancia y la adolescencia (por ejemplo, la pobreza crónica o un apoyo social estructurado). Otros factores de desarrollo que pueden surgir durante la adolescencia pueden ser fuentes de riesgo o de protección. Por ejemplo, algunos aspectos del cambio cognitivo y el desarrollo del cerebro durante la adolescencia temprana (Spear, 2000a, 2000b). Del mismo modo, parece que los efectos de ciertos tipos de eventos estresantes son relativa-

mente benignos en la infancia pero es mucho más probable que estén asociados con resultados negativos durante la adolescencia (Hankin y Abramson, 2001).

Para hacer frente a parte de la confusión entre el riesgo y los factores de protección, Sameroff (2000) utilizará el concepto **factores de promoción** para referirse a las características de los individuos y entornos que se asocian con resultados positivos, independientemente del riesgo; es decir, los factores de promoción se asocian con resultados positivos en grupos de alto y bajo riesgo (Gutman, Sameroff y Eccles, 2002; Sameroff, 2000).

Es de esperar que los factores de protección no tengan efecto en poblaciones de bajo riesgo y que su efecto se potencie en presencia del alto riesgo (Gutman et al. 2002; Rutter, 1987a, 1987b). Ambos tipos de factores se caracterizan por su capacidad de **penetración, durabilidad, y efecto acumulativo**. Los factores de riesgo y de protección tienden a ser **permanentes** (Masten et al. 1999;). Una persona frente a la adversidad en un área es probable que se enfrente la adversidad en otras áreas también. Las desventajas y ventajas también tienden a ser duraderas (Rutter, 1993). La exposición a múltiples factores de riesgo supone una amenaza mucho mayor para conseguir resultados positivos de adaptación que la exposición a uno solo de estos factores. Además, la presencia de múltiples factores estresantes exacerbaban el impacto de un solo factor (Rutter, 1979), puesto que los vínculos entre diferentes variables de riesgo ocurren a menudo, formando cadenas de riesgo (Smokowski 1998).

La salud mental y física y el desarrollo de los adolescentes peligran cuando aumenta el número de factores de riesgo (Friedman y Chase-Lansdale, 2002). Por ejemplo, la pobreza y las dificultades económicas suelen asociarse a múltiples riesgos, que son una importante fuente de estrés en las vidas de muchos adolescentes, y una fuente estable de riesgo durante la infancia y la adolescencia. La pobreza es un marcador significativo de resultados negativos en la salud mental y física de los adolescentes (McLoyd, 1998) relacionado con efectos en el desarrollo cognitivo y el rendimiento académico (Friedman y Chase-Lansdale, 2002; McLoyd, 1998). La pobreza también está relacionada con el desarrollo socioemocional durante la adolescencia; sus efectos parecen ser más fuertes en la externalización de problemas como la delincuencia y el comportamiento antisocial, pero hay efectos medibles sobre la ansiedad y la depresión (McLoyd, 1998). La pobreza y las dificultades económicas también están relacionadas con mayor riesgo para la salud física (Chen, Matthews, y Boyce, 2002) a través de la activación prolongada de emociones negativas y la activación fisiológica asociada (Gallo y Matthews, 2003). Por su carácter persistente, la pobreza tiene

un efecto muy perjudicial sobre el desarrollo (McLoyd, 1998) y es un ejemplo de un factor de riesgo estable con efectos persistentes y cada vez más pronunciados, cuanto mayor sea la duración de la exposición a este factor.

Del mismo modo, los padres con psicopatología son otro factor de riesgo importante durante la infancia y la adolescencia, y se relacionan con los posibles riesgos los conflictos y las discordias familiares frecuentes (Friedman y Chase-Lansdale, 2002). Los resultados de la investigación en la resiliencia nos muestran que un determinado factor de riesgo o de protección puede tener un "**efecto dominó**", que conduce a más riesgo o protección.

b. Gestión del riesgo

La exploración de la literatura sobre la gestión del riesgo y la incertidumbre en la intervención social con niñez y juventud en situación de dificultad revela que, si bien el concepto de riesgo fue vinculado a la probabilidad de ocurrencia de eventos y sus consecuencias en términos de ganancias y pérdidas, se observa que dicho concepto ha evolucionado y hoy en día está utilizado habitualmente para referirse a un desenlace negativo o incierto. Se observa el avance político-administrativo de la tendencia del **risk-avoidance** (evitación del riesgo), es decir, aquella que busca anticipar y controlar la ocurrencia del riesgo, sobre la **risk-taking** (asunción de riesgos) aquella que apunta a construir capacidades en los sujetos sociales otorgándoles responsabilidades aunque esta estrategia conlleva un porcentaje de riesgo (Case, 2007; Stalker, 2003).

Sea cual sea la estrategia de gestión adoptada, lo desafiante de la integración social de la niñez y juventud vulneradas en sus derechos pasa por la reinserción escolar, con la dificultad añadida de la reeducación de las condiciones psicológicas de estos niños y jóvenes; es decir, la impulsividad, las dificultades para evaluar riesgos, la capacidad de autocontrol disminuida, y la resolución de tensiones mediante la agresión y las relaciones con el entorno, como, por ejemplo, el grupo de pares, los estilos de supervisión parental, las condiciones socioeconómicas, las perspectivas y oportunidades laborales, los lazos sociales, el grado de criminalización de la condición étnica o de la marginalidad social (Donovan, Oñate, Bravo y Rivera, 2008).

c. Percepción del riesgo

A pesar de los esfuerzos de distintas disciplinas para estimar el riesgo, desde cualquier concepción, es necesario tener un referente para estimar sus efectos, es decir,

si son graves o aceptables para quien los tiene que afrontar (Douglas, 1985) (por ejemplo, la conducción de un vehículo es una actividad crítica que se convierte en una actividad de riesgo cuando se toma alcohol. La tasa de alcoholemia, que no permite la conducción con niveles superiores a 0.5 gramos de alcohol por litro en sangre o 0.25 miligramos por litro en aire expirado, acota la cantidad de riesgo que la sociedad asume en relación a esta actividad, tomando una cantidad de riesgo aceptable).

La percepción del riesgo ha sido un campo de estudio de especial interés en la psicología en los últimos 30 años. Uno de los temas centrales ha sido el concepto de “probabilidad psicológica” o subjetiva. Esta probabilidad ha sido estudiada por la escuela Bayesiana que la define como el **grado de confianza** o de creencia que tiene la persona en la consecución de un suceso. Esta visión se refiere más a una actitud o comportamiento que a un concepto empírico y es el resultado del conocimiento individual acerca del mundo. Así la probabilidad subjetiva de un suceso puede variar legítimamente entre los individuos como una función de su propio conocimiento de dicho suceso (Pidgeon 1992).

En general y como resultado de la aversión natural al riesgo, las personas tienden más a subestimar el riesgo que a sobredimensionarlo. Afirmaciones y creencias de que las consecuencias del riesgo son para los demás son muy comunes, sin discernir que en la realización de una conducta de riesgo se “es parte de los demás”.

Aunque se han realizado estudios sobre la subestimación del riesgo, no existe una teoría concluyente acerca de cómo los individuos o los grupos realizan una lectura del riesgo. En general, existe una aversión instintiva que tiende a negar o subestimar el riesgo cuando la persona se ve involucra en una conducta. El riesgo se percibe para los demás y se minimiza para uno mismo; esta situación provoca la necesidad de realizar esfuerzos más notables que hagan tomar conciencia de los peligros y se dirijan a interiorizar una disposición preventiva. Hacer evidente el riesgo y lograr un cambio de actitud es una tarea difícil ya que las campañas de prevención suelen ir dirigidas hacia la amenaza, no hacia la vulnerabilidad; así, el riesgo puede entenderse como algo contra lo cual no es posible hacer nada.

Jessor (1991) define la conducta de riesgo como cualquier conducta que puede comprometer aquellos aspectos psicosociales del desarrollo exitoso del adolescente. Nosotros vamos a definir la conducta de riesgo ampliando el concepto. Su definición está realizada en positivo, pero no podemos olvidar el concepto de daño que se provoca el adolescente que realiza la conducta a sí mismo y/o a terceros. Este

daño compromete su desarrollo, su salud y su vida, así las conductas problema son también conductas de riesgo.

Donovan y Jessor (1985) encontraron, a través de sus investigaciones empíricas, que los comportamientos considerados “problema”, como el consumo de drogas, los enfrentamientos violentos, los actos delictivos y la conducta sexual de riesgo se interrelacionan a través de un único factor subyacente constituyendo un síndrome generalizado en diferentes grupos de adolescentes. Esta estructura de conductas constituye un modo de estar en el mundo o un “estilo de vida” o “patrón organizado de conductas interrelacionadas”. En este sentido, los estudios de Caffray y Schneider (2000) indican que los adolescentes con mayor experiencia en comportamientos de riesgo están más inclinados a sufrir más influencias para la ejecución de conductas problema, y a desarrollar estrategias cognitivas para minimizar el pensamiento acerca de las consecuencias negativas conocidas de estas conductas. Sus resultados nos indican que la experiencia previa en una conducta anterior facilita actitudes más favorables a la realización de conductas de riesgo; es decir, los adolescentes que desarrollan algún tipo de comportamiento problemático tienen mayor probabilidad de presentar una serie de ellos.

4.2. CONDUCTA ANTISOCIAL

La **conducta antisocial** abarca una serie de actos que violan las normas sociales y los derechos de los demás. (Peña y Graña, 2006). En general, todos los tipos de conductas antisociales tienden a coexistir y están intercorrelacionadas (Farrington, 2009). La conducta disocial, la agresividad y la delincuencia son los tipos más importantes de conductas antisociales en la adolescencia, y existe una amplia bibliografía que examina estos temas (Anderson y Huesmann, 2003; Connor, 2002; Farrington y Wellsh, 2007; Hill y Maughan, 2001; Rutter, Giller, y Hagell, 1998). También existe interés sobre los factores protectores y de promoción (Loeber, Farmington, Stouthamer-Loeber y White, 2008).

4.2.1. Definición y características

La conducta delictiva, junto con la conducta violenta y la conducta antisocial, forman parte de una variable superior denominada “conductas antisociales” (West y Farrington, 1977) y esta a su vez, es parte de un síndrome de conductas de riesgo. Sus variables pueden presentarse en la infancia y en la adolescencia y tienden a persistir en la edad adulta. Existe una perdurabilidad significativa en el tiempo, ya que el niño antisocial tiende a convertirse en adolescente antisocial y luego en adul-

to antisocial; al igual que el adulto antisocial tiende a producir otro niño antisocial (Farrington, 2009). Por lo general, los investigadores han encontrado una estabilidad relativa en este tipo de conductas (Farrington, 1990) y existe un gran interés en los diferentes tipos de trayectorias, por ejemplo, la distinción entre la conducta antisocial limitada a la adolescencia y la que es persistente en el curso de la vida (Moffitt, 1993a; Nagin, Farrington y Moffitt, 1995).

Desde esta perspectiva, sabemos que los adolescentes varones son más antisociales que las mujeres (incluyendo la conducta disocial, la violencia y la delincuencia). Los adolescentes con conductas antisociales más graves en una edad temprana tienden a mantener o agravar esta conducta a una edad más tardía, y un inicio precoz de la conducta antisocial predice una carrera larga de conductas antisociales (Farrington, 2009). Sin embargo, es necesario investigar sobre una gama más amplia de características de la conducta antisocial, no sólo la prevalencia y el inicio, sino también la frecuencia, la gravedad, la duración, la escalada y el abandono, la remisión, la motivación, y las influencias de la situación.

4.2.2. Factores de riesgo de la conducta antisocial

Los factores de riesgo clave para la conducta antisocial de los adolescentes son la impulsividad, un cociente intelectual bajo y un bajo rendimiento escolar, una inadecuada o escasa supervisión de los padres, el abuso físico infantil, un estilo educativo punitivo o errático, una actitud fría de apego de los padres hacia los hijos, una situación de conflicto entre los padres, familias disruptivas, padres con conductas antisociales, familias numerosas, bajo nivel de ingresos familiares, compañeros y amigos con conductas antisociales, acudir a una escuela con altas tasas de delincuencia, y vivir en un barrios de alta criminalidad (Farrington 2009). Sin embargo, los mecanismos causales que unen estos factores de riesgo con resultado de conducta antisocial están menos establecidos. Considera Farrington (2009) que se debe ampliar el desarrollo de teorías que explican todos los resultados (Farrington 2005), pero la comorbilidad y la versatilidad de la conducta antisocial plantean un reto significativo a su comprensión. A menudo, múltiples factores de riesgo dan lugar a múltiples problemas de conducta (Loeber et al. 2003) y un número creciente de factores de riesgo parece conducir a un aumento de la probabilidad de resultados antisociales. Las teorías que explican la relación entre los factores de riesgo y los resultados antisociales han de basarse en el conocimiento sobre los efectos **aditivos, independientes, interactivos y secuenciales** de los factores de riesgo. A menudo, los programas de intervención multimodales son los más exitosos, lo que aumenta las dificultades para identificar el ingrediente más activo. El éxito de estos programas ha de estar

seguido por investigaciones concretas dirigidas a distintos factores de riesgo, que podrían ser muy útiles para establecer qué factores de riesgo tienen efectos causales.

Muchos factores de riesgo de la conducta antisocial son sólidos y altamente reproducibles. Por ejemplo, una comparación sistemática de dos encuestas longitudinales en Londres y Pittsburgh [Farrington y Loeber, 1999] mostró numerosos predictores de la conducta antisocial replicables: la impulsividad, los problemas de atención, el bajo rendimiento escolar, la deficiente supervisión de los padres, los conflictos entre los padres, padres antisociales, madres muy jóvenes, familias numerosas, bajos ingresos familiares y familias rotas. Vazsonyi, Pickering, Junger y Hessing (2001) encontraron que los patrones de asociación entre las medidas de autocontrol (por ejemplo, la impulsividad, la asunción de riesgos o enfadarse) y medidas de conducta antisocial (por ejemplo, robo, asalto, vandalismo, consumo de drogas) fueron muy similares a través de cuatro países (Hungría, Países Bajos, Suiza y Estados Unidos). Menos establecidos están los mecanismos causales que unen los factores de riesgo y la delincuencia.

4.2.3. Predicción de la conducta antisocial

Existe mucho interés en la predicción temprana de la conducta antisocial y los factores de riesgo podrían conformar la base de los dispositivos de evaluación (p. ej., Augimeri, Koegl, Webster y Levene, 2001). Por lo general, la predicción de futuros delincuentes (p. ej., el porcentaje de niños de alto riesgo que se convierten en delincuentes reincidentes) es pobre, pero la predicción retrospectiva (p.ej., el porcentaje de delincuentes reincidentes que fueron niños de alto riesgo) es buena. El efecto **acumulativo, interactivo y secuencial** de los factores de riesgo provoca que la probabilidad de convertirse en un delincuente reincidente aumente con el número de factores de riesgo (Farrington, 2002), casi con independencia del tipo de los factores de riesgo particulares incluidos. También hay intentos para estudiar el desarrollo individual en zonas deprimidas, un barrio o diferentes ámbitos y contextos de la comunidad (Wikström y Loeber, 2000), ya que el hecho de que muchos niños en situación de vulnerabilidad tengan una vida exitosa inspira la búsqueda de factores de protección y las características de resiliencia que pueden informar a las técnicas de prevención.

4.3. VIOLENCIA Y AGRESIVIDAD

Nuestra constitución biológica nos hace agresivos, pero es la cultura la que nos hace pacíficos o violentos (Sanmartín, 2006). La agresividad se despliega ante determinados estímulos y cesa en presencia de inhibidores específicos. La agresividad es un instinto y, por consiguiente, un rasgo seleccionado por la naturaleza, e incrementa la eficacia biológica de su portador; es un impulso genéticamente programado que el ser humano comparte con los animales: atacar o huir si están amenazados intereses vitales, y cesa con la amenaza. El paradigma de la agresividad como adaptación la presenta como un comportamiento social que puede cumplir importantes funciones sociales para el individuo: supervivencia, dominio-jerarquía, adaptación-aceptación. Para un adolescente, autoafirmar su identidad, obtener estatus social, o definir el orden o la jerarquía social son objetivos que se pueden alcanzar a través de una conducta agresiva (Hawley, Little y Rodkin, 2007). La violencia es agresividad alterada por la acción de factores socioculturales, que convierten la conducta agresiva en cruel o destructiva; ausente en la mayoría de los mamíferos, no está programada filogenéticamente y no tiene ninguna finalidad (Sanmartín, 2006). Rojas Marcos (1995) señala que la violencia no tiene una función vital o de supervivencia, no busca la exploración ni la autodefensa, no persigue el avance de una causa o ideología, ni posee utilidad alguna para el proceso evolutivo natural de selección o adaptación del ser humano. Este tipo de violencia, de agresividad descontrolada o hipertrofiada (Archer, 1994), requiere un análisis profundo de nuestro sistema social, que permita revelar sus causas.

Las transformaciones sociales han conllevado una modificación del concepto de salud y un interés por la calidad de vida. El concepto de causa ha dado paso a la consideración de factores de riesgo como motivo de enfermedad. Este enfoque de carácter preventivo permite analizar la violencia como un problema epidemiológico cuyo agente agresor es el ser humano. La OMS (OMS, 2002a) califica la violencia como un tema de salud pública con la intención de prevenir y ampliar la seguridad de todas las poblaciones. Este enfoque requiere una colaboración interdisciplinar y se basa en datos científicos procedentes de la sociología, la psicología, la criminología, la pedagogía y la economía. La importancia que concede a la prevención propone que su punto de partida es la sólida convicción de que el comportamiento violento y sus consecuencias pueden prevenirse. En el World Report on Violence and Health, 2002, la define como “El uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones”.

Tanto las conductas agresivas como violentas, son comportamientos lesivos hacia los demás. La diferenciación se hace respecto a la intencionalidad de esa conducta. Mientras que algunos autores distinguen entre la agresividad sin intención y la violencia con un propósito, otros hablan de la agresividad de una manera más general atribuyéndole intencionalidad.

4.3.1. Definición de conducta violenta

La conducta violenta puede verse como un grupo heterogéneo de conductas que se definen como actos destinados a perjudicar a otras personas (Dodge, Coie y Lynam, 2006) y requiere un marco multifactorial para abordar el problema de su medición. Es evidente que determinadas actitudes y creencias sobre la violencia y sobre los diversos papeles y relaciones sociales en cuyo contexto se produce (hombre, mujer, hijo, autoridad, o personas que se perciben como diferentes o en situación de debilidad) ejercen una decisiva influencia en los comportamientos violentos (Díaz-Aguado 2002). La cultura tiene un efecto significativo sobre la aceptación de los actos violentos (Peña, Andreu, Graña, Pahlavan y Ramirez, 2008) y las creencias propias sobre la aceptación de la conducta violenta son un factor relevante en su aparición (Bandura, 1973). Las actitudes sociales y morales pueden facilitar o dificultar su expresión, por lo que la aceptación del acto violento dependerá del escenario, de las expectativas sociales (Fujihara, Kohyama, Andreu y Ramírez, 1999 Ramírez, 1991) y de la percepción personal sobre la permisibilidad del entorno (Ramírez, 1991, 1993, Ramírez y Andreu, 2003).

La conducta agresiva es universal y el proceso evolutivo del desarrollo de la corteza cerebral prefrontal, que facilita el control de los impulsos y el proceso de socialización, han provocado su continua reducción a través de dos procesos: la vinculación (vínculos afectivos seguros) y la mentalización (sinónimo de empatía o capacidad para ponerse en lugar del otro) (Fonagy, 2003).

La investigación de las diferencias individuales en la conducta ha mostrado cómo los comportamientos violentos se producen, a menudo, en el contexto de otras conductas antisociales. A su vez, el diagnóstico psiquiátrico de trastorno de conducta se ha desarrollado para hacer frente a la concurrencia de la agresión física con otras conductas antisociales. Esta comorbilidad sugiere que una comprensión de la etiología y desarrollo de la violencia se podría mejorar mediante su inclusión en una clase más amplia de conductas antisociales (Menard y Elliott, 1994).

4.3.2. Violencia juvenil

Se considera violencia juvenil a toda aquella hacia otra persona o cualquier elemento de su entorno, que provenga de la población infantil o adolescente, y la violencia autoinfligida que ejerce la persona menor de edad contra sí misma, incluyendo las autolesiones y el suicidio. La violencia juvenil es una de las formas de violencia más visibles en la sociedad. En casi todos los países, los adolescentes y los adultos jóvenes son las principales víctimas y los principales perpetradores de esa violencia (Reza, Krug y Mercy, 2001). Los homicidios y las agresiones no mortales que involucran a jóvenes aumentan enormemente la carga mundial de muertes prematuras, lesiones y discapacidad (World Report on Violence and Health, 2002). Una forma de expresión de la violencia juvenil se realiza a través de las bandas juveniles o el pandillismo. SKIN, ultras, bandas latinas: Latin King, Ñetas o DDP, también denominadas tribus urbanas, crecen en grandes ciudades y están presentes a través de los medios de comunicación por sus acciones violentas. Denominaciones como punks, rockers, mods, skinheads, hippies, squatters, hip-hop, pijos o maquineros etiquetan a estas subculturas juveniles. La violencia juvenil daña profundamente a las víctimas, a sus familias, amigos y comunidades. Sus efectos se ven en los casos de muerte, enfermedad y discapacidad, y en la calidad de vida de los jóvenes.

4.3.3. Violencia en grupo

En los últimos años el tema de la violencia entre iguales ha cobrado gran relevancia en el marco de la creciente preocupación por la violencia escolar y por la manera de abordarla (Berger, Karimpour y Rodkin 2008; Espelage y Swearer, 2004; Juvonen y Graham, 2001; Rodkin y Hodges, 2003).

Los modelos tradicionales que se han utilizado para abordarla se han focalizado en los agresores y/o las víctimas de la violencia. Se han buscado perfiles diferenciados de agresores y víctimas, estableciendo los factores causantes de dichos perfiles, como las características individuales, las variables familiares o las experiencias previas (Boxer, Goldstein, Musher-Eizenman, Dubow y Heretick, 2005; Crick y Dodge, 1994; Olweus, 1993). Con la adopción del modelo ecológico (Bronfenbrenner, 1979) para explicar el desarrollo infantil y juvenil, la comprensión de la violencia entre iguales ha experimentado un necesario e importante cambio: Las variables individuales se han mantenido como factores protectores o de riesgo y el foco de atención se ha situado en niveles de mayor complejidad, como la organización jerárquica de la cultura de iguales (Boulton, 1999; Bukowski y Sippola, 2005).

Los investigadores han adoptado distintos modelos para comprender los procesos grupales que favorecen el desarrollo de las relaciones interpersonales basadas en la violencia y el abuso (Cairns, R., Cairns, B., Neckerman, Ferguson y Gariépy, 1989; Haselager, Cillessen, Van Lieshout, Riksen-Walraven y Hartup, 2002). Desde una perspectiva ecológica, se han planteado hipótesis que señalan que las influencias sobre la conducta individual pueden encontrarse tanto a nivel grupal como también a nivel macro, en los ambientes psicosociales en los cuales los adolescentes se desenvuelven. Específicamente en el grupo de pares, diversos estudios han mostrado la naturaleza social de la violencia (Allen, Porter, Mc Farland, Marsh y Mc Elhane, 2005; Bukowski y Sippola, 2005; Espelage, Holt y Henkel, 2003; García y Madrida, 2005; O'Connell, Pepler y Craig, 1999; Rodkin y Berger, 2008; Salmivalli y Voeten, 2004). Como ha documentado ampliamente la Psicología del Desarrollo, la influencia del grupo de pares es central durante el paso de la infancia a la adolescencia, principalmente por los procesos de identidad y definición personal en el marco del contexto social. Los individuos intentan adquirir y demostrar las características y conductas que son definidas por el grupo como valoradas y aceptables, con el objetivo de ser aceptados por el grupo y de adquirir una posición social dentro de él (Bierman, 2004). En este contexto evolutivo, se debe considerar la noción de "normas grupales" que constituyen las conductas y actitudes prevalentes de un determinado grupo, es decir, el grado en el cuál los miembros de un determinado grupo participan y/o demuestran una determinada actitud o conducta (Chang, 2004). Este proceso también ha sido definido como "contagio de pares" (Almeida, Lisboa y Caurcel, 2007), dentro del cual son centrales las relaciones íntimas en el marco del grupo. En este sentido, Ojanen, Grönroos y Salmivalli (2005) plantean que las conductas sociales constituyen los medios para alcanzar metas sociales, que son durante la adolescencia temprana la adquisición de una posición social y el establecimiento de relaciones íntimas con los iguales. Así, el grupo establecería qué conductas sociales son deseables, validadas y pertinentes para alcanzar dichas metas. Si la violencia es un comportamiento valorado dentro de determinados grupos (Hawley y Vaughn, 2003), los adolescentes pueden presentar dichas conductas para cumplir con los mandatos sociales que definen la filiación al grupo. La aceptación social de una conducta es reforzada por la prevalencia de dicha conducta en el grupo de pares y es inhibida si la mayoría de los miembros no participa de la misma, Chang (2004).

Otros autores han explicado la influencia del grupo desde la noción de **centralidad normativa** (Nangle, Erdley, Zef, Stanchfield y Gold, 2004). Esta perspectiva se basa en trabajos sobre homofilia (Haselager, Hartup, VanLieshout y Riksen-Walraven, 1998; Kupersmidt, DeRossier y Patterson, 1995) que plantean que los adolescentes

tienden a afiliarse con iguales que presentan características socio-conductuales similares, estableciendo además un círculo de socialización recíproca. La centralidad normativa plantea que las similitudes entre miembros de un grupo varían según las características que determinan la pertenencia a dicho grupo, y que están asociadas a mayor estatus social dentro de él. Así, las características más salientes (normativas) dentro del grupo serían adoptadas en mayor medida por sus miembros. Por ejemplo, Haselager y colaboradores (1998) encontraron una mayor concordancia en agresividad entre adolescentes y sus amigos en comparación a otros atributos, planteando que posiblemente el comportamiento antisocial (rebelde) tiene mayor influencia al definir quién se asocia con quién dentro de la cultura del grupo y el respectivo estatus social. Como plantean Nesdale y Scarlett (2004), la identificación con un grupo particular que es atractivo y percibido como positivamente diferente (por ejemplo, de alto estatus social) favorecerá la aceptación de sus normas y consecuentes conductas, incluso si dichas normas no son legítimas y consistentes. Los mismos autores alertan sobre la posibilidad de que dichas conductas se normalicen. Rodkin, Pearl, Farmer y Van Acker (2003) destacan que las relaciones interpersonales negativas se constituyen crecientemente en elementos normales, eventualmente desagradables, de la vida social, en el transcurso de los años de paso entre la infancia y adolescencia.

En todo lo anterior subyace la idea de la función social de la violencia. Diversos estudios consideran que la violencia cumple funciones de adaptación (Rodkin y Wilson, 2007). Estudios sobre bullying (o acoso en contextos escolares) muestran que las conductas violentas tienen beneficios asociados como la obtención de reconocimiento y visibilidad social o el establecimiento de jerarquías sociales (Card y Little, 2007; Cillessen y Mayeux, 2004; García y Madriaza, 2005; Pellegrini, 1998). Esto no significa que la violencia conlleve beneficios sociales reales, sino se refiere a la percepción subjetiva de que los adolescentes pueden tener en la violencia un medio para alcanzar dichos logros, los cuales constituyen temas particularmente centrales durante esta etapa del ciclo vital. En esta línea, existen algunos estudios de tipo longitudinal que han seguido la asociación entre la violencia y el estatus social a lo largo de la infancia tardía y la adolescencia, mostrando que dentro de la cultura de pares la popularidad puede constituir un predictor de la violencia (Cillessen y Borch, 2006; Cillessen y Mayeux, 2004; Haselager, Cillessen, Van Lieshout, Riksen-Wlraven, y Hartupl, 2002; Rose, Swenson y Waller, 2004). En un interesante estudio realizado por Allen y sus colaboradores (2005) se mostró cómo la popularidad puede constituir un factor de riesgo en la medida en que los adolescentes populares son aquellos a quienes el grupo de pares les solicita o exige cumplir con las normas grupales ya sean positivas o negativas que son sancionadas por el grupo como deseables. Si

los comportamientos violentos, las actitudes rebeldes y la posición de popularidad son valoradas en el grupo, los iguales exigirán a los adolescentes populares dichas características.

Un aspecto importante que destacar en relación a esta función social es que la violencia se refiere a la manera en que esta conducta puede ser utilizada para fines considerados relevantes; en otras palabras, el fin puede llevar a una justificación de los medios.

4.3.4. Violencia ascendente

La realidad nos muestra, una forma de violencia doméstica que ha ido diferenciándose de otros tipos y tomando una relevancia cada vez mayor por sus características y por su frecuencia. Se trata de los hijos que agreden a sus padres, física o psicológicamente y se conoce como **violencia ascendente**.

Cottrell y Monk (2004) entienden por **maltrato parental**, aquellas acciones realizadas por los adolescentes que intentan causar daño financiero, psicológico o físico a sus padres y/o padrastros. Howard y Rottem (2008) definen **violencia adolescente hacia los padres** como un abuso de poder cometido por adolescentes contra sus padres o parientes cuando éste atenta física o psicológicamente para dominar, coaccionar y controlar a otros miembros de su familia. Este tipo de violencia toma varias formas: física, destrucción de la propiedad, amenazas e intimidación psicológica, abuso emocional, social, económico y abuso sexual.

El maltrato de hijos a padres tiene como objetivo último conseguir algo de ellos, cosas materiales, una laxitud en las normas, desahogarse por algo que les haya pasado fuera de casa, sentir sensación de poder, de que ellos mandan en sus padres o que siempre son los que ganan. Si los jóvenes obtienen beneficios de estos comportamientos, muchos de ellos no renunciarán ni se cuestionarán su modo de actuar, existiendo casos de muy difícil intervención desde el exterior de la familia si no existe una medida judicial.

Las causas o factores que influyen sobre la violencia filo-parenteral son múltiples (Ibabe, Jaureguizar y Díaz, 2007) temperamento agresivo, trastorno psicológico, modelos de comportamiento violentos, menores que abusan de alcohol y otras sustancias, así como en aquellos cuyo ajuste escolar no es el idóneo, tanto a nivel de rendimiento académico como de socialización en el centro de estudios (Gonzalez-Álvarez, Gesteira, Fernández-Arias y García-Vera, 2010).

Paterson, Luntz, Perlesz y Cotton (2002), señalan que las explicaciones para la violencia filio-parental incluyen la exposición a la violencia de género, conflictos y alteraciones familiares, estilos educativos inefectivos y poco afectivos (particularmente de las madres), ser testigo de conductas violentas, traumas por abuso y/o abandono, patrones intergeneracionales y estilos educativos basados en la sobreprotección y en la excesiva permisividad (Howard y Rottem, 2008).

En España, la Fiscalía General de Estado (Fiscalía General del Estado, 2010) muestra su preocupación por el aumento de las denuncias de este tipo de agresiones y la falta de solución e implicación de los servicios sociales. Aquellos que se enfrentan al problema carecen de ayudas efectivas, no existen recursos específicos y por lo general se adoptan otras medidas que facilitan y/o evitan la reiteración de estas conductas.

La Violencia doméstica hacia los ascendientes y hermanos ha seguido incrementando el número de expedientes incoados por delitos de esta naturaleza, continuando con la tendencia observada en Memorias anteriores. Se ponen de manifiesto elementos comunes que caracterizan problemas de la violencia ejercida por los hijos menores sobre sus progenitores:

- Cuando la denuncia se interpone por los padres es porque usualmente se ha llegado a una situación límite y la convivencia se torna de todo punto imposible, acudiéndose entonces a la vía judicial. La Fiscalía se lamenta de que desemboquen a veces directamente en esta situación sin un previo y deseable trabajo por parte de las instituciones administrativas de protección, ya que, la vía judicial no es muchas veces la solución al problema, toda vez que, junto a comportamientos delictivos se denuncian conductas que ponen de manifiesto una grave situación familiar.
- Alcanza a todas las clases sociales, siendo producto muchas veces de una educación en exceso permisiva, detectándose casos en que los menores pueden, a su vez, ser maltratados en tal entorno familiar.
- Es un fenómeno complejo y con múltiples aristas, acudiendo los padres, en su desconcierto, a las Fiscalías no a denunciar, sino para consultar al Fiscal lo que puede hacer con su hijo.
- El componente sentimental, de las relaciones paterno filiales, hace que la actitud de los padres esté sujeta a los cambios que, a la urgencia por recibir

una solución inmediata el día en que se denuncia o detiene al menor, le siga un cambio radical de actitud llegado el día del juicio, «dulcificando» los padres el relato de hechos o acogiendo directamente a su derecho a no declarar, provocando sentencias absolutorias si su testimonio era la única prueba de cargo del Fiscal

- Se ha experimentado un cambio del perfil del menor protegido. Ahora se detectan muchos casos de menores con problemas de conducta, denunciándose la falta de plazas y de recursos para atender a aquellos que presentan enfermedades psíquicas o trastornos de conducta, adicciones a drogas o con necesidades educativas especiales. El tipo de menores que tradicionalmente venían siendo atendidos en los centros de protección, que en su mayoría eran menores inmersos en una situación carencial y de falta de recursos, ha pasado tener un perfil con una problemática más compleja tanto a nivel psicosocial como conductual, lo que ha dificultado enormemente la intervención con éstos y con el resto de menores al producirse una dinámica en la convivencia muy perjudicial para todos.

4.3.5. Clasificación de la conducta violenta

La conducta violenta y la conducta agresiva son categorías tratadas desde distintas disciplinas y no existe consenso respecto a su definición entre los distintos autores (incluso dentro de la misma disciplina). Al aproximarnos a la definición y clasificación de los conceptos **conducta agresiva** y **violenta**, los límites (conceptuales) no están claros. Ambos se distribuyen a lo largo de un continuum cuyos polos estarían representados por la conducta agresiva más leve (por ejemplo, expandir un rumor) en un extremo y la conducta violenta más grave en otro (por ejemplo, lesiones graves o asesinato). En la literatura psicológica no encontramos clasificaciones sobre los diversos tipos de conducta violenta, pero sí, múltiples y diversas de la agresiva. Nuestra decisión ha sido adoptar las clasificaciones sobre la conducta agresiva, ya que se adaptan con facilidad al sentido de violencia y conservar la nomenclatura de las clasificaciones atendiendo a los autores que las desarrollan.

Clasificar estas conductas es una tarea compleja ya que pueden subdividirse en distintas dimensiones que reflejan las formas y funciones de la agresión. Distintos autores ofrecen diversos conceptos y tipologías.

La primera clasificación que encontramos de la conducta agresiva (Andreu, Ramirez y Raine, 2006) es la de Arnold Buss, que en 1961 distinguió tres dimensiones de la

agresión: la dimensión física-verbal, la dimensión activa-pasiva y la dimensión directa-indirecta. Los diferentes tipos de agresión que en la actualidad ostentan una mayor evidencia teórica y empírica son (Ramírez y Andreu, 2003):

- **Agresión física vs verbal:** Según su naturaleza física podemos diferenciar la agresión entre acciones físicas y afirmaciones verbales (Berkowitz, 1996). La agresión física o corporal define acciones tales como golpes o patadas. La agresión verbal define afirmaciones verbales tales como insultos, discusiones e incluso amenazas (Ramírez y Fernández-Rañada, 1997). Muchos estudios muestran diferencias sexuales respecto al tipo de agresión utilizado (Andreu, Fujihara y Ramírez, 1998; Archer, Holloway y McLouglin, 1995; Archer, 1998; Björkvist, 1994; Campbell y Muncer, 1994). Arnold Buss, que en 1961 inaugura las publicaciones sobre este tema, muestra la existencia de una alta correlación positiva entre agresión física e ira, en los varones y una correlación negativa entre agresión física y verbal en las mujeres. También aparecen diferencias entre los estilos físico y verbal en relación al estado del desarrollo psicoevolutivo de los sujetos. Durante la infancia, la agresión física es la predominante hasta que se desarrollan las habilidades cognitivas y verbales, entonces la agresión verbal será más utilizada como medio de resolución de conflictos. En torno a los 11 años, se aplican otros tipos de agresión más sofisticados cuando entra en juego el desarrollo de la inteligencia social (Björkvist y Niemela, 1992; Lagerspetz, Björkvist y Peltonen, 1988).
- **Agresión activa vs pasiva:** Está en relación con la implicación del agresor en la producción del daño de forma activa o por una conducta negligente.
- **Agresión directa vs indirecta.** La agresión directa se realiza a través de cualquier acto que persiga hacer daño directamente (Baron y Richardson, 1994), su frecuencia suele disminuir con la edad y existen distinciones según el sexo (Björkvist, 1994; Campbell, Muncer y Coyle, 1992; Campbell, Muncer y Gorman, 1993; Lagerspetz et al. 1988) La agresión indirecta persigue el dominio del oponente a través de conductos que evitan la confrontación cara a cara (Richardson y Green, 2003).
- **Agresión hostil vs instrumental:** También denominada agresión **reactiva vs proactiva**) (Crick y Dodge, 1996; Dodge et al. 2006; Poulin y Boivin, 1999). Se distinguen según sea la intención o motivación del agresor de provocar daño o dolor (Bandura, 1973) o no. La agresión instrumental sirve de “ins-

trumento” para alcanzar algún beneficio o incentivo no agresivo mediante caminos que aseguran refuerzos ambientales.

- Se distinguen dos clases de agresión instrumental:

- 1.- Su objetivo consiste en obtener recompensas personales.

- 2.- Su finalidad es el respaldo social; por ejemplo, un hijo debe vengarse de quien ha difamado a su padre, por lo que la respuesta agresiva es un acto socialmente justificado (Fraczek, Torchalska y Ramírez, 1985; Ramírez, 1991, 1993).

La **agresión hostil**. Tiene como objetivo dañar (Sears, Maccoby y Levin, 1957) y está motivada por la irritación, se desencadena como consecuencia de enfados o irritaciones o para reducir estados molestos ligados a situaciones de alta excitación (Olweus, 1986). A este tipo de agresión también se la conoce como **agresión expresiva** o como **agresión emocional impulsiva** (Berkowitz, 1986, 1989, 1996).

- **Agresión franca vs encubierta** (Loeber y Schmaling, 1985). Fue la primera dimensión bipolar que está en relación a la forma en que se presenta e identifica el acto agresivo. Agresión franca cuando la conducta es agresiva directa. Agresión encubierta cuando la conducta parece ser normativa, pero con gran carga de agresividad indirecta.
- La **intimidación o bullying**. Es un tipo de agresión que por lo general ha sido estudiado en los colegios (Farrington, 1993). Su definición incluye agresión física y verbal con la intención de causar temor y angustia a una víctima, normalmente a través de un desequilibrio de poder en el que un menor más poderoso oprime a de forma reiterada a otros durante un período de tiempo prolongado. Muchos actos agresivos cometidos por adolescentes no tienen testigos (adultos).

4.3.6. La agresividad desde la perspectiva del desarrollo

Desde la Psicología del Desarrollo, sabemos que la incidencia de agresión física aumenta hasta los 2 años de edad, y luego, disminuye entre los 2 y los 4 años, período en el que aumenta la agresión verbal (Dodge, Coie y Lynam, 2006), y continúa disminuyendo en los años de escuela primaria; como el lenguaje y el pensamiento abs-

tracto mejoran, los niños utilizan cada vez más las palabras para resolver los conflictos. La observación de una disminución de los niveles con la edad coincide con la perspectiva evolutiva de la agresión (Andreu, Fujihara y Ramírez, 1998; Archer, 1994; Graña, Andreu, Lynne y Arango, 2003; Ramírez y Andreu, 2006). Para Fonagy (2003) la razón de carácter psicosocial por la que se reduce el uso de la agresión física durante la infancia es que la empatía y la vinculación están asociadas, por lo que el niño experimenta diversos estados de ánimo, aprende que es comprendido por otros. Si la conducta agresiva se mantiene en la adolescencia, se afirma el fracaso del proceso normal del desarrollo.

Las diferencias de género en la agresión no son muy grandes en la infancia (Loeber y Hay, 1996), pero aumentan a partir la escuela primaria. Los niños utilizan más agresión física y verbal, tanto hostil como instrumental. Las niñas agresión como la propagación de rumores, hacer el vacío, excluir a otros de las actividades del grupo (Björkvist, Lagerspetz, y Kaukiainen, 1992; Crick y Grotpeter, 1995). Las diferencias de género tienden a aumentar en la adolescencia (Farrington 2009), disminuyendo las manifestaciones de agresión física femenina y aumentando la agresión física masculina.

Olweus (1979) sostuvo que la agresión era un rasgo de personalidad estable; sin embargo, las últimas teorías sobre la agresión ponen el énfasis en los procesos cognitivos o de procesamiento de la información social (Dodge, Coie y Lynam, 2006). Por ejemplo, Huesmann y Eron (1989) presentan un modelo de guión cognitivo, en el que el comportamiento agresivo depende de los almacenes de repertorios de comportamiento (guiones cognitivos) que han sido aprendidos durante el desarrollo temprano. En respuesta a señales ambientales, las posibles secuencias de comandos se recuperan y se evalúan. La elección de secuencias de comandos agresivos, que prescriben comportamiento agresivo, depende de la historia pasada del individuo, de premios y castigos, y de la medida en que el individuo (sobre todo adolescente) está influido por la satisfacción inmediata en lugar de por las recompensas a largo plazo. Según esta teoría, el rasgo persistente de la violencia es una colección de bien aprendida de guiones agresivos que son resistentes al cambio.

4.4. DELINCUENCIA

La búsqueda de las causas de la delincuencia ha cubierto varios siglos y numerosos puntos de vista. Es necesario entender cómo la delincuencia se desarrolla, se mantiene o se interrumpe, ya sea por un corto período de tiempo o de manera más permanentemente (Loeber, Stouthamer-Loeber, Kammen y Farrington, 1991;

Elliott, 1994; Smith y Brame, 1994). La investigación sigue documentando la existencia de individuos con conductas antisociales persistentes (Moffitt, 2009), al menos durante las tres primeras décadas de la vida y de individuos que limitan esta conducta a la adolescencia, que es más común durante la adolescencia media y tardía aunque algunos continúen en la edad adulta.

Ha habido varios intentos de presentar múltiples descripciones teóricas de la delincuencia y/o de la causalidad de la delincuencia. A menudo, estos esfuerzos son descritos como "integradores" (Aultman y Wellford, 1979; Elliott, Ageton y Canter, 1979; Empey, 1982; Colvin y Pauly, 1983; Pearson y Weiner, 1985; Buikhuisen y Mednick, 1988), aunque deberían usarse otros adjetivos como "mixtos", "sintéticos" o "convergentes" (Shoemaker, 2010). Sea cual sea el nombre elegido, lo importante es el esfuerzo por combinar diferentes perspectivas teóricas en una explicación de la conducta infractora (Kaplan y Robbins y Martin, 1983; Kaplan, Martin y Johnson, 1986, Kaplan, 1985; Wilson y Herrnstein, 1985; Gottfredson y Hirschi, 1990), estableciendo factores asociados a la delincuencia. Por lo tanto, un fenómeno delictivo puede aparecer asociado con factores señalados por diversas teorías (Cid y Larrauri, 2001). Los modelos integradores ofrecen ventajas sobre las teorías unitarias que se han mostrado insuficientes y permiten abordar el problema de la delincuencia en su conjunto.

4.4.1. Modelo de Shoemaker

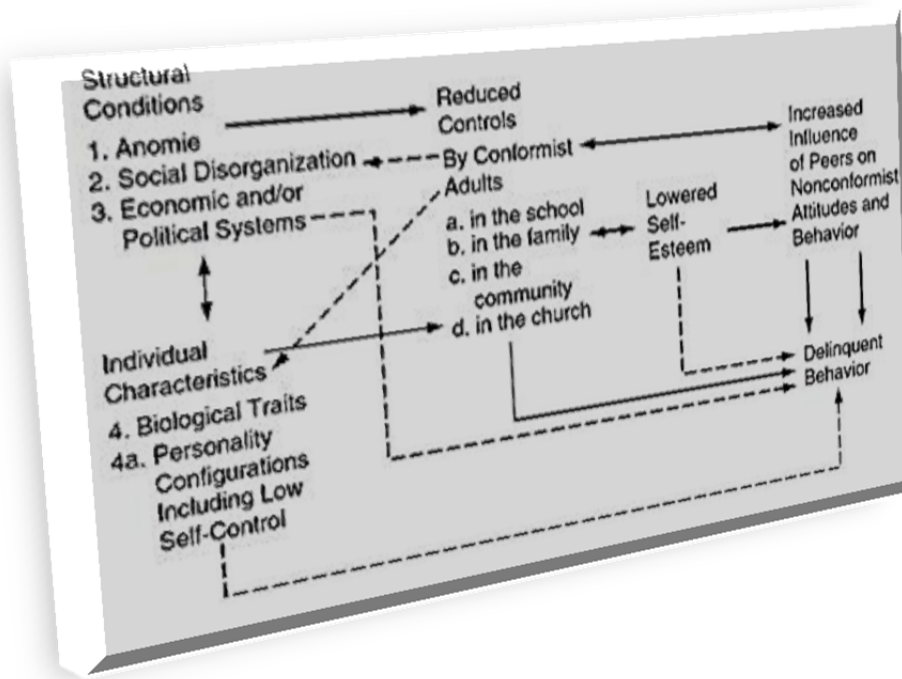
El modelo que propone Shoemaker de delincuencia es una aproximación a las causas o motivaciones de la delincuencia juvenil, que son múltiples y de distinta importancia (Shoemaker, 2010) y es similar a otros intentos de integración, especialmente los de Johnson (1979), Empey (1982), Elliott, Huizinga y Ageton (1985) y Hawkins y Lishner (1987). Este modelo integrado hace referencia a las formas menos graves de criminalidad y a los actos que son ilegales solo para menores de edad, aunque el modelo también está indicado para delitos más graves, como crímenes violentos, no es su principal objeto de la atención.

La teoría integrada de la delincuencia incorpora constructos generales que se aplican en tres niveles conceptuales formados por distintos factores a los que corresponden teorías particulares: Estructurales, individuales y psicosociales.

En la figura 1, las flechas continuas representan la hipótesis de una fuerte conexión entre dos factores; las líneas punteadas representan una asociación más débil. Las flechas dobles indican una influencia mutua entre dos variables.

- Factores estructurales: Se refieren a las condiciones de la sociedad, como, por ejemplo, las variables socioeconómicas. Reflejan las aportaciones de macroteorías de la delincuencia, incluyendo la teoría de la tensión de Merton (1937) y la teoría de la desorganización social de Shaw y McKay (1949). Los factores estructurales como la anomia o desorganización social contribuyen a la delincuencia de forma indirecta, aunque importante.

Figura 1: Modelo de Shoemaker. Teoría integrada de la delincuencia.



Fuente: Shoemaker 2010

- Factores individuales, biológicos y psicológicos: Las características biológicas y los rasgos de personalidad incluyen numerosos conceptos teóricos. Entre los factores biológicos, aunque no hay una posición teórica particular que justifique el avance de unas sobre otras, ciertos rasgos son más susceptibles de examen.
- Los factores psicosociales de control se refieren al vínculo social, a la autoestima que se asocia, en parte, con la teoría de la contención de Reckless (1967), a la influencia de los iguales que se explica a través de la teoría de asociación diferencial de Sutherland, y la teoría de la deriva de Matza, que depende del papel de la influencia de los iguales y del modelado.

En las formas más graves de la conducta delincente, las características individuales pesarían más en el modelo (p. ej. Buikhuisen, 1988; Peters, McMahon y Quinsey, 1992). Como se muestra en el gráfico, tanto las variables estructurales como las individuales influyen indirectamente en la delincuencia (aunque puede existir una conexión directa entre la delincuencia y los factores sociales y/o características personales), a través de los controles sociales, en relación con la autoestima y las relaciones con los iguales. Rasgos de personalidad como la impulsividad, la falta de control o la hiperactividad distinguen la conducta infractora de la normativa (Tremblay, 1992; Caspi, Moffitt, Silva, Stouthamer-Loeber, Krueger y Schmutte, 1994). La impulsividad se distingue por su importancia entre los distintos rasgos y es un componente principal del bajo autocontrol. En el Pittsburgh Youth Study realizado por Pardini, Obradovic y Loeber (2006), una combinación de hiperactividad, impulsividad y falta de atención, pronosticó la delincuencia entre los chicos de cuarto grado (10 – 12 años), mientras que la insensibilidad interpersonal, predijo la delincuencia entre los de séptimo.

El concepto de autocontrol se ha ofrecido como una variante de las explicaciones de control (Cochran, Wood y Arneklev, 1994). En el modelo, la línea que conecta el autocontrol con la conducta delincente es directa y débil. La fuerza del impacto del autocontrol sobre la delincuencia es discutible, aunque hay pruebas suficientes en la literatura para concluir que un bajo autocontrol está relacionado con la conducta delincente, a pesar de que las habilidades parentales y otras muchas otras situaciones contextuales también introducen influencias.

En general, el autoconcepto tiene un efecto en la conducta delincente o no delincente y los cambios en el concepto de sí mismo pueden conducir, directa o indirectamente, a los cambios en la conducta. Aunque Reckless comenzó a investigar la relación entre el autoconcepto y la delincuencia a mediados de la década de 1950 (Reckless, Dinitz y Murray, 1956). La teoría de la contención no se publicó de forma sistemática hasta la década de 1960. De acuerdo con Reckless, la teoría de la contención es esencialmente una teoría de alcance medio¹ diseñada para explicar las formas de comportamiento delictivo y criminal que no están justificados por trastornos de la personalidad, los cometidos por la delincuencia organizada o por bandas delictivas. La teoría propone que la contención de la delincuencia puede ser producida por una variedad de fuerzas y factores, tanto internos como externos. Si

¹ Ante las impresionantes filosofías de la historia, la sociología debía - a juicio de Merton - promover el desarrollo de teorías de alcance medio de teorías intermedias entre las pequeñas hipótesis que apenas dan cuenta de un limitado objeto de estudio, y las amplias y desmesuradas especulaciones que intentan explicar y encajar todas las posibles manifestaciones de la vida social. La sociología avanzaría mediante teorías especiales adecuadas a un rango limitado de datos que dieran mayor seguridad a las generaciones como la teoría del conflicto social, de los grupos de referencia (las agrupaciones que orientan la conducta y las valoraciones de un individuo que pertenece a otro grupo) de la anomía, del conjunto de papeles o de la estratificación social.

tal comportamiento no se produce, se debe a frenos o límites sociales y personales. De estos dos tipos generales de contención que propone Reckless, interior y exterior, considera que la contención interna es más importante para el control de la delincuencia, especialmente el autoconcepto. El sistema de retención interior en comportamientos delictivos se asocia con el concepto de sí mismo. La teoría sostiene que un bajo o negativo autoconcepto contribuye a la delincuencia. Reckless también menciona otros tipos internos de contención: la orientación hacia recompensas a largo plazo y hacia objetivos socialmente aprobados, una alta tolerancia a la frustración, los altos niveles de compromiso normativos, y la tolerancia.

Una propuesta más extendida es que el autoconcepto se relaciona indirectamente con la delincuencia. Esta visión sostiene que un autoconcepto negativo crea una disposición o tendencia hacia la conducta "desviada", que, a su vez, contribuye directamente a la participación en la actividad delictiva (Kaplan, Martin y Johnson, 1986). Por otra parte, la acción delictiva o la participación en grupos que cometen actos delictivos aumentan la autoestima (Kaplan, 1978). Se debe recordar que la autoestima no es un concepto estático, sino que aumenta y disminuye en relación con las experiencias de la vida, especialmente durante el período de la adolescencia; y estos cambios pueden ser diferentes para hombres y mujeres (Baldwin y Hoffman, 2002) El uso de un yo social en relación con la delincuencia se refiere a una concepción negativa o positiva de uno mismo, y con frecuencia utiliza el concepto de autoestima para transmitir la misma idea. Sin embargo, la teoría del etiquetado sugiere que no solo la autoestima es importante, sino también el autoconcepto, la identificación de uno mismo como un delincuente. La identidad como un delincuente podría ser interpretada de manera positiva, por lo que una mayor autoestima no es el resultado de la actividad delictiva.

En 1990, Gottfredson y Hirschi presentaron una nueva conceptualización de la criminalidad, la "teoría general del delito". Según esta teoría la conducta delincuente se puede atribuir a una condición subyacente de bajo autocontrol. Los actos generales de la desviación también son el resultado de un autocontrol bajo. El autocontrol es muy similar al constructo de impulsividad al que se ha vinculado la delincuencia en otros estudios, como ya hemos señalado. Sin embargo, Gottfredson y Hirschi reclamaron que el autocontrol no es una cualidad innata, sino que se aprende. Desde este punto de vista, el aprendizaje y la conducta delincuente han de explicarse como un proceso social, aprendido, sobre todo, en el entorno familiar. Por ejemplo, la ausencia de supervisión y disciplina parental, o pertenecer a una familia rota contribuyen a obtener un bajo autocontrol y, por lo tanto, a la delincuencia. Por otra parte, estos autores sugieren que el autocontrol se adquiere a una edad temprana,

compartiendo con la teoría psicoanalítica la concepción de que la personalidad se desarrolla en los años anteriores a la edad adulta. También contiene algunos elementos de la teoría del proceso social y características de la teoría del rasgo o explicaciones individualistas de la delincuencia. Desde la introducción de esta teoría, se han realizado muchos estudios para examinar la relación entre el autocontrol y la criminalidad, que por lo general se han convertido en el apoyo de los principios básicos de la teoría (Grasmick, Tittle, Bursik y Arneklev, 1993; Wood, Pfefferbaum y Arneklev, 1993; Evans, Cullen, Burton, Dunaway y Benson, 1997; Gibbs, Giever y Martin, 1998). Nuevas investigaciones puede que concluyan que bajos niveles de autocontrol contribuyen de forma importante a la realización cualquier forma de conducta delictiva; sin embargo, esta conclusión no está actualmente justificada, dado el estado actual de la investigación sobre la teoría general de la delincuencia.

En una revisión sobre la literatura de esta teoría, Michael Gottfredson (2006) concluye que la literatura empírica ofrece un amplio consenso sobre la influencia del autocontrol como una causa de la conducta delincuente y de los problemas de conducta en general (véase también, Vazsonyi, Pickering, Junger y Hessing, 2001; Vazsonyi, Clifford Wittekind Belliston, Van Loh 2004 y Tangney, Baumeister y Boone, 2004). Algunas investigaciones indican que un bajo autocontrol puede mediar, o explicar, tanto la relación entre el bajo rendimiento académico como la conducta delincuente. En este sentido, un rendimiento académico pobre se caracteriza por un autocontrol bajo, al igual que la conducta delincuente, respondiendo más a esta característica que a la falta de vínculos sociales con los maestros, con la escuela o con establecimientos de protección en general (Felson y Staff, 2006).

La conexión entre los vínculos sociales y la delincuencia se produce a través de la autoestima y de las relaciones con los iguales. Pero existen evidencias para justificar una relación directa entre la delincuencia, especialmente las formas menos graves y vínculos sociales debilitados que también aparecen indicados en el modelo. El modelo de Shoemaker propone interpretar de forma integrada la lista social que básicamente se refiere a instituciones sociales. Esta lista se enumera en orden decreciente de importancia relativa a la delincuencia, a la autoestima y a la relación con los iguales. Además, la lista puede ser aditiva, de manera que dos o más de estos componentes aumentarían su fuerza hacia una autoimagen negativa, hacia las relaciones con compañeros no normativas y/o a la delincuencia. Así, los primeros lazos sociales que se establecen son con los adultos, a veces con instituciones. Si los lazos están debilitados, se produce una disminución de la autoestima y aumenta la probabilidad de influencia negativa de los coetáneos.

4.4.2. El estudio de la delincuencia desde la criminología del desarrollo

Las personas experimentan a lo largo de su vida experiencias y/o procesos biológicos por el paso del tiempo. Conductas que estaban más o menos fijadas en un determinado momento de la vida de las personas pueden verse alteradas dramáticamente en momentos posteriores; a la vez, factores causales que eran irrelevantes en un cierto momento pueden pasar a ser influyentes más adelante. En este sentido, la criminología del desarrollo trata de propuestas dinámicas que estudien las trayectorias y los cambios que tienen lugar en los individuos, los problemas de cada etapa de desarrollo para determinar qué dificultades influyeron en el individuo para que su conducta se tornara antisocial. La criminología del desarrollo se refiere a tres cuestiones principales: el desarrollo de la delincuencia y del comportamiento antisocial, los factores de riesgo en diferentes edades, y los efectos de eventos de la vida en el curso del desarrollo (Loeber y LeBlanc, 1990; LeBlanc y Loeber, 1998; Farrington, 2006). En el estudio del desarrollo, se hacen esfuerzos para investigar la prevalencia de delinquir a diferentes edades, la frecuencia de los delitos cometidos, las edades de inicio y el abandono de la conducta, y la especialización y la progresión de la comisión de delitos a lo largo del tiempo (para revisiones de la investigación de la carrera criminal, ver Piquero, Farrington y Blumstein. 2003, 2007). También se estudian los factores de riesgo en diferentes edades, incluyendo las características biológicas, las individuales, las familiares, los compañeros, la escuela, el barrio y los factores situacionales. Sampson y Laub sugieren que un componente importante de la teoría del ciclo vital es la inclusión de los vínculos sociales y el impacto que estos tienen en el comportamiento individual. También sugieren que la perspectiva original ciclo vital debe modificarse para incluir el impacto de la toma de decisiones humanas, o "la acción humana" y la influencia de las actividades de la vida cotidiana, tales como el trabajo estable y normativo, de la comunidad y de las relaciones con la familia (Sampson y Laub, 2005; Laub, Sampson y Gary, 2006) La inclusión de estas variables (actividades normativas de la vida diaria) ofrece una interesante perspectiva para avanzar en el conocimiento de la prevención de las conductas delictivas.

Algunos autores han sugerido que un modelo para explicar la delincuencia adolescente no se puede aplicar a las mujeres, Simons et al. (2002)-sostienen que el movimiento que aleja de la delincuencia se ve afectado por diferentes factores para hombres y mujeres. Entre las mujeres, tener una pareja romántica **ajustada**, satisfacción en el trabajo y amigos prosociales son elementos fundamentales para desistir de la conducta delincuente en la edad adulta temprana. Para los hombres, sin embargo, el patrón de desistimiento más significativo está asociado solo con tener

compañeros ajustados. Por lo tanto, es más fácil para las mujeres que para los hombres porque tienen más recursos sociales para poder abandonar la conducta delincente y desplazarse a la normativa o prosocial.

4.4.3. Delincuencia juvenil

La investigación sobre la delincuencia juvenil padece la ausencia de una definición clara y universalmente aceptada del concepto (Otero, Romero, Luengo, 1994). Por regla general, se ha recurrido a dos formas opuestas de identificar a los delincuentes:

1. Se identifica al delincuente a partir del sistema legal. El sistema de control formal, a través de los mecanismos establecidos, **etiqueta** al delincuente declarándole culpable de la comisión de un delito. Los datos que proporcionan las estadísticas oficiales no reflejan la incidencia real de la delincuencia, solo de aquellas conductas delictivas que son detectadas y procesadas por los sistemas policial y judicial, por lo que son poco representativos.
2. Se identifica al delincuente como el ejecutor de una conducta ilegal, antinormativa o dañina a la que no se le ha asignado la etiqueta sociolegal de delincuente. Esta **conducta delictiva** tiene una realidad propia, independientemente de que sea detectada por los mecanismos de la justicia oficial. En esta modalidad son los propios individuos los que proporcionan la información sobre sus actividades y el instrumento de evaluación a través de autoinformes que facilitan el análisis de la delincuencia como un continuo comportamental, y representan una visión más real de las conductas, y un examen más preciso de los mecanismos y factores de riesgo relacionados con la conducta delictiva (Otero, Romero, Luengo, 1994). La bondad del autoinforme como técnica de medida de la actividad delictiva es hoy reconocida entre los estudiosos del área (Elliott, Huizinga y Menard, 1989; Hindelang, Hirschi y Weis, 1981; Junger-tas, Terlow y Klein, 1994).

4.4.4. Delincuencia juvenil en España

En España son los Juzgados de Menores los que tienen la función de conocer las acciones u omisiones de los menores que no hayan cumplido los 18 años y que el Código Penal u otras leyes codifiquen como delitos o faltas, ejerciendo una función correctora con un carácter educativo y tutelar (Lázaro, 2001). La figura **delincuente juvenil** es una construcción sociocultural por lo que su definición y su tratamiento

dependen de factores nacionales que por regla general reflejan una mezcla de conceptos psicológicos, culturales y legales (Peña y Graña, 2006). Un delincuente juvenil es aquel que no tiene la mayoría de edad penal y que comete un hecho delictivo. Por este motivo la sociedad responde con medidas de reforma que mejoren su capacidad de discernimiento ante los modos de actuar legales e ilegales. En España, la Ley Orgánica 5/2000 reguladora de la responsabilidad penal del menor propone una actuación judicial más acorde con los aspectos psicológicos del desarrollo madurativo del joven. En el artículo 1 de esta ley se declara que:

Artículo 1.1.

“Esta Ley se aplicará para exigir la responsabilidad de las personas mayores de catorce años y menores de dieciocho por la comisión de hechos tipificados como delitos o faltas en el Código Penal o las leyes penales especiales”.

En la misma ley se señalan las medidas susceptibles de ser impuestas por el Juez de Menores y por tanto aplicables por las comunidades autónomas; son:

- a. Internamiento en régimen cerrado.
- b. Internamiento en régimen semiabierto.
- c. Internamiento en régimen abierto.
- d. Internamiento terapéutico.
- e. Tratamiento ambulatorio.
- f. Asistencia a un centro de día.
- g. Permanencia de fin de semana.
- h. Libertad vigilada.
- i. Convivencia con otra persona, familia o grupo educativo.
- j. Prestaciones en beneficio de la comunidad.
- k. Realización de tareas socioeducativas.
- l. Amonestación.
- m. Inhabilitación absoluta.

La Ley Orgánica 8/2006, de 4 de diciembre, modifica la Ley Orgánica 5/2000, de 12 de enero, reguladora de la responsabilidad penal de los menores. Esta ley incorpora:

- n. Prohibición de aproximarse o comunicarse con la víctima o con aquellos de sus familiares u otras personas que determine el juez.

- o. Privación del permiso de conducir ciclomotores y vehículos a motor, o del derecho a obtenerlo, o de las licencias administrativas para caza o para uso de cualquier tipo de armas.

Durante el año 2008 se han notificado en España 23.560 medidas previstas en el artículo 7 de la Ley Orgánica 5/2000 Reguladora de la Responsabilidad penal de los Menores, lo que supone 797 medidas notificadas por cada 100.000 menores entre 14 y 21 años. La distribución por sexo corresponde a 19.671 hombres y 3.889 mujeres (ratio hombre/mujer: 5/1).

4.5. CONSUMO DE DROGAS

Los problemas de salud relacionados con el consumo de drogas constituyen un motivo de consulta frecuente en la práctica clínica cotidiana de los profesionales que lo atienden y su magnitud supone un grave problema para la salud pública en todo el mundo. Aunque existe una percepción social, casi generalizada que concede mayores repercusiones negativas para la salud al consumo de drogas ilegales, lo cierto es que los datos muestran que el consumo de drogas legales ocupa los primeros lugares en cuanto a problemática para la salud derivada de su consumo (Pereiro, 2006).

Según la OMS, para el año 2002, en España, el tabaco explicaría el 16,8% de la mortalidad, el alcohol el 3% y las drogas ilegales el 0,6%. Estos datos son coincidentes con los observados a nivel mundial (OMS, 2005b).

En España, los sistemas de información facilitan datos sobre multitud de aspectos relacionados con las drogas y las drogodependencias: prevalencias de consumo y perfil de los consumidores; actitudes y percepciones de diversos sectores sociales; número y características de las personas en tratamiento o atendidas en servicios de urgencia; morbilidad y mortalidad relacionadas con los consumos de drogas; actuaciones en prevención, asistencia y reinserción social, así como aquellas otras relacionadas con la intervención judicial y policial en el ámbito del control de la oferta. La Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas realiza dos tipos de estudios periódicos: EDADES (Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España referida a consumo en población adulta de 15 a 64 años) y ESTUDES (Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias)².

² Los informes sobre las encuestas EDADES y ESTUDES pueden consultarse en la Web de Plan Nacional sobre Drogas (<http://www.pnsd.msc.es/>).

Los elementos más destacados en relación al consumo en EDADES 2009 han sido:

- ✓ El alcohol es la sustancia psicoactiva más consumida (79%) y el cannabis es la droga ilegal más consumida (11%).
- ✓ Policonsumo: la mitad de los consumidores de sustancias psicoactivas realizan consumo de 2 o más sustancias. En el 90% esta presente el alcohol.
- ✓ Se mantienen estables el consumo de **alcohol, tabaco, y cannabis**.
- ✓ Aumentan los **consumos intensivos de alcohol**: borracheras y atracones (*binge drinking*).
- ✓ El consumo de **hipnosedantes** es claramente mayor en mujeres.
- ✓ Disminuye el consumo de **cocaína**.
- ✓ El consumo de **heroína**, éxtasis, anfetaminas, alucinógenos e inhalables volátiles sin cambios significativos y en niveles bajos.

Los elementos más destacados en relación al consumo en ESTUDE 2010 han sido:

- ✓ El alcohol, el tabaco y el cannabis siguen siendo en 2010 las drogas más consumidas por los estudiantes españoles. Le siguen, por este orden, hipnosedantes, cocaína, alucinógenos, éxtasis, anfetaminas y heroína, que se sitúa en último lugar.
- ✓ El 73,6% de los estudiantes dicen haber consumido alcohol en el último año, el 32,4% tabaco, el 26,4% cannabis, el 2,6% cocaína, el 2,1% alucinógenos, el 1,7% éxtasis, el 1,6% anfetaminas y el 0,6% heroína.
- ✓ Cuando se compara con la encuesta anterior, en 2010 se observa una **reducción del consumo de la mayoría de las sustancias**. Esta disminución es más acusada en el caso del tabaco, del cannabis y de la cocaína.
- ✓ Aunque la evolución del consumo de alcohol muestra una tendencia relativamente estable, 3 de cada 10 escolares reconocen haberse emborrachado en los últimos 30 días.
- ✓ Por **género**, el consumo de drogas legales como el tabaco, el alcohol o los hipnosedantes está más extendido entre las mujeres que entre los hombres. En cambio, los hombres consumen drogas ilegales en mayor proporción que las mujeres.
- ✓ En cuanto a la **edad** en que se empieza a tomar contacto con este tipo de sustancias, las drogas de inicio más temprano (entre los 13 y los 14 años) son el alcohol, el tabaco y los inhalables volátiles. Los datos también demuestran que el consumo de drogas se incrementa con la edad.
- ✓ El **policonsumo** es un patrón cada vez más frecuente entre los escolares, tanto en España como en el resto de países de la Unión Europea, en el que el **alcohol juega un papel protagonista. De cada 3 estudiantes de entre 14 y 18 años, uno**

no consume, otro consume una sola sustancia y el último consume dos o más sustancias.

- ✓ **El alcohol es la sustancia que se percibe menos peligrosa:** menos de la mitad de los encuestados considera que tomar 5 ó 6 copas en fin de semana puede producir problemas. **El tabaco se considera más peligroso que el cannabis.**

4.5.1. Conceptos: droga y dependencia

Las **drogas** son sustancias químicas, que modifican el funcionamiento de determinados sistemas de neurotransmisión y circuitos cerebrales, produciendo cambios cognitivos, emocionales, motivacionales y conductuales.

Su administración aguda produce cambios transitorios, que revierten cuando finaliza su efecto farmacológico. Sin embargo, su consumo crónico puede dejar una importante huella en la memoria emocional, y puede remodelar las conexiones y vías neuronales, produciendo cambios de larga duración en el funcionamiento cerebral y dejando a la persona más vulnerable hacia el reinicio de su consumo.

Disponemos de evidencias científicas para afirmar que la **dependencia** de las drogas es una enfermedad del sistema nervioso central caracterizada por un aumento de los aspectos motivacionales e incentivos de dichas sustancias y de los estímulos asociados, y por el deterioro en la capacidad de inhibir respuestas inapropiadas (Goldstein y Volkow, 2002; Kalivas y Volkow, 2005; Guardia, Trujols, Burguete, Luquero y Cardús, 2007; Guardia, Surkov y Cardús, 2010). Los síntomas de lo que se ha denominado dependencia psicológica son manifestaciones clínicas de una disfunción de los circuitos cerebrales que intervienen en la recompensa, en la memoria, en el aprendizaje, en el condicionamiento y en la inhibición de respuestas inapropiadas. Así, debemos hablar de dependencia o adicción en lugar de hacer diferencias entre dependencia física y psicológica.

Los circuitos que intervienen en la memoria y el aprendizaje juegan un papel decisivo en la enfermedad adictiva. La asociación del efecto reforzador de las sustancias de abuso con determinados estímulos ambientales o internos induce un poderoso efecto de condicionamiento, no sólo a la propia sustancia, sino también a las señales que predicen su posible disponibilidad. Estas señales o estímulos condicionados, pueden producir liberación de dopamina en las sinapsis del sistema límbico y disparar estados de *craving*, búsqueda y auto-administración de la sustancia de la cual se ha desarrollado dependencia (Kalivas y Volkow, 2005). Posteriormente se pueden ir añadiendo otras conductas adictivas químicas o comportamentales que agravan la

enfermedad y su pronóstico, a menos que su evolución se detenga, por ejemplo, por un tratamiento especializado, aunque suele persistir una tendencia a sustituir unas conductas adictivas por otras y hacia la recidiva (Guardia, Surkov y Cardús, 2010).

4.5.2. Consumo de drogas en la adolescencia

El desarrollo tardío de los circuitos implicados en las emociones, la capacidad de razonamiento y el control inhibitorio de respuestas inapropiadas podría explicar la elevada propensión de los adolescentes para actuar de manera impulsiva e ignorar las potenciales consecuencias negativas de su comportamiento, factores que incrementan el riesgo de abuso de sustancias en esta etapa precoz de la vida y también de sus consecuencias, las cuales probablemente son más perjudiciales sobre un cerebro en desarrollo (Guardia, Surkov y Cardús, 2010).

El consumo de drogas es un fenómeno relacionado con el desarrollo, que aumenta casi linealmente desde el comienzo hasta el final de la adolescencia (Young, Corley, Stalling, Rhee, Crowley y Hewitt, 2002). En el caso del alcohol o el tabaco, su inicio es más temprano, adquiriéndose conductas de consumo que van a repercutir de manera considerable en la vida de los adolescentes (Echeburúa y Corral, 1996) y tendrá múltiples consecuencias en su vida adulta (Hidalgo y Redondo, 2005).

La **enfermedad adictiva** puede tener su inicio en cualquier etapa de la vida y debutar con sustancias o sin ellas (por ejemplo, con juego patológico, una adicción al trabajo, etc.), aunque el consumo y los trastornos por el uso de sustancias muestran claros patrones relacionados con la edad, desde la adolescencia hasta la edad adulta, y han llevado a algunos investigadores a ver el abuso de sustancias y la dependencia como trastornos del desarrollo (Sher y Gotham, 1999; Tarter y Vanukov, 1994).

El consumo de sustancias suele iniciarse en la adolescencia (Johnson, Cohen, Pine, Klein, Kasen y Brook, 2000) con el uso de drogas legales (tabaco y alcohol), y el consumo de drogas ilegales aparece en los años de secundaria (ESO) (Johnson et al., 2000; Kandel, 1975,2002). El inicio y mantenimiento del consumo de drogas legales ha sido identificado como factor de riesgo para iniciarse en el uso de drogas ilegales (Becoña, 2000, 2002 2007; Espada, Pereira y García-Fernández, 2008). Aunque el uso experimental u ocasional de consumo de drogas no conduce invariablemente a los patrones nocivos de su uso, la evidencia empírica acumulada (Botvin y Griffin, 2004), muestra que el inicio temprano de alcohol, tabaco, y otras sustancias se aso-

cia con una variedad de resultados negativos en la adolescencia y la adultez temprana como el consumo de otras drogas ilegales, los comportamientos violentos y/o delictivos y problemas de salud (Ellickson, McCaffrey y Klein, 2009, Griffin, Botvin, Doyle, Díaz, y Epstein, 1999) y continúa con el uso crónico de consumo de drogas (Botvin y Griffin, 2004). Los programas de prevención primaria pueden jugar un importante papel en la prevención de las conductas de riesgo durante la adolescencia (Botvin y Griffin, 2004).

Ha resurgido el interés por la hipótesis de la escalada (Kandel y Jessor, 2002) como marco para entender la participación de los adolescentes en el consumo de drogas. La validez de esta hipótesis se basa en dos criterios: la existencia de estadios secuenciales en el consumo de drogas y la progresión en el consumo de las drogas legales a las ilegales, de tal forma que el uso de una droga de inicio en la secuencia facilita la probabilidad de uso (o incrementa del riesgo) de utilizar otra droga de la secuencia posteriormente. La jerarquía más común es: alcohol y cigarrillos a la etapa inicial, seguido por la marihuana, y otras drogas ilícitas

El consumo reiterado de sustancias va creando un **estado de necesidad** preminente sobre otros intereses y a la vez un deterioro progresivo de la capacidad de autocontrol sobre su administración. También se producen cambios en la manera de pensar, opiniones, actitudes y motivaciones relacionadas con la sustancia/s de abuso, de forma que la persona tienen unas actitudes cada vez más favorables hacia el consumo. Así, además de convertirse en adicto, se convierte también en adepto, anticipando las ventajas y efectos positivos del consumo y considerando que cualquier ocasión puede ser apropiada para consumir. A largo plazo, la conducta de consumo de sustancias puede llegar a ser problemática, bien con intoxicaciones aisladas o habituales, con un deterioro progresivo en las diversas áreas de funcionamiento: laboral, familiar, social, económico, legal, académico, deportivo, y de la salud corporal y mental.

4.5.3. Alcohol

Se estima que durante la pasada década en España se consumían entre 9-10 litros de etanol por habitante y año; oscilando nuestro país entre el tercer y el quinto puesto mundial. Se calcula que un 64.5% de la población española entre 15 y 64 años consume de forma regular bebidas alcohólicas; entre el 7% y el 10% de nuestra población es bebedora de riesgo y un 50% de los bebedores de riesgo cumplen criterios de dependencia (Bobes, Casas, y Gutiérrez, 2003).

Las unidades de bebida estándar (**UBEs**) representan un sistema ideado para medir de forma rápida y estandarizada el consumo diario de alcohol de una persona (Griffith, Marshall y Cook, 2003). Es un sistema rápido pero inexacto, el cálculo de los gramos de etanol es una medida más exacta, aunque también difícil de obtener a través de entrevistas con el paciente y sus familiares (Echeburúa, 2001). La fórmula es la siguiente: *UBE = volumen en litros, por el porcentaje de alcohol que contiene la bebida, por 0.8*. Cada UBE representa unos 8 - 10 gr de etanol (siendo 10 gr la medida más práctica y utilizada) Esto puede variar en función de la cantidad de alcohol que se sirve en la bebida y de las diferentes cantidades de alcohol presentes en las distintas variedades de un mismo tipo de alcohol (vinos, cervezas, etc.); un vaso de vino de mesa (100 ml) representa una UBE, una caña de cerveza (250 ml) representa una UBE, una copa de una bebida destilada (30 ml), vodka, ginebra, etc., representa una UBE. Una botella de vino convencional (750 ml con un porcentaje de alcohol en torno al 12%) contiene unas 7-8 UBEs y una botella de una bebida destilada convencional (700 ml con un porcentaje de alcohol en torno al 40%) contiene unas 28 UBEs (Echeburúa, 2001).

El consumo de riesgo implica un consumo diario que en varones es superior a 40 gr de etanol (5 UBEs o más) y en mujeres superior a 20 gr de etanol (3 UBEs o más), y / o un consumo semanal igual o superior a 21 UBEs semanales para varones y a 14 UBEs para mujeres; esto quiere decir que el consumo que se considera seguro si se toma alcohol todos los días es de hasta 3 UBEs diarias para varones y hasta 2 UBEs diarias para mujeres. La OMS también indica que consumos esporádicos de cantidades superiores a 60 gramos de alcohol también implican un consumo de riesgo (*Heavy Episodio Drinking*) (OMS, 2002b). Estas medidas son puntos de corte extraídos de estudios epidemiológicos que comparan el riesgo de sufrir problemas de salud con los consumos de alcohol relatados por las personas entrevistadas (Corrao, Bagnardi, Zambon y Arico, 1999). Un consumo superior a 40 gr en varones doblaba su riesgo de padecer problemas de salud, sin embargo consumos inferiores al consumo de riesgo no indican la ausencia de riesgos.

Los aspectos cualitativos del consumo como beber en situaciones de ansiedad o depresión, beber con el único objetivo de alcanzar los efectos psicoactivos del alcohol, beber a solas o mezclar el alcohol con otras drogas, favorecer la absorción del alcohol bebiendo en ayunas o consumiendo bebidas alcohólicas (Florez, Saíz y Cuello, 2010) son situaciones que aumentan el riesgo.

El consumo de alcohol entre los adolescentes es un problema importante de salud pública, y se asocia con una amplia gama de comportamientos de riesgo y morbili-

dad, incluyendo un aumento de los comportamientos de riesgo sexual, coproducen trastornos de salud mental, y pobre rendimiento escolar. (Windle y Windle, 2009).

4.5.4. Nicotina

El consumo de tabaco es en España un gran problema sanitario. A pesar de que las campañas informativas sobre los riesgos médicos del tabaquismo y la entrada en vigor de la ley 28/2005 (BOE, 2005) han supuesto un punto de inflexión positiva tanto en el descenso del consumo de cigarrillos como en la percepción del riesgo de este consumo por parte de la población general, aún queda un gran camino que recorrer ante la morbi-mortalidad que representa el tabaquismo, activo y pasivo (Montes, Pérez y Gestal, 2004; Jamrozik, 2006).

Los datos epidemiológicos más recientes provienen de la encuesta domiciliaria que realizó el Plan Nacional sobre Drogas en 2007- 2008, sobre población residente en España de 15 a 64 años (PNSD, 2009). La media de **edad de inicio** del consumo se sitúa en los 16,5 años, estable desde 1995 y es la sustancia cuyo consumo se inicia más precozmente. Por **grupos de edad** la prevalencia más elevada la presentaron los varones de 35 a 64 años (33,9%), y fueron las mujeres de ese mismo grupo de edad las que presentaron las más bajas (24,4%). Entre los más jóvenes (15-34 años) las diferencias intersexuales fueron menores (31,5% V y 29,7% M). Entre los adolescentes de 15-18 años, fumaban diariamente un 15,2% de los varones y un 16% de las mujeres.

Existen una serie de determinantes que influyen en que los jóvenes se inicien en el consumo de tabaco y otros que condicionan el mantenimiento de la conducta, que se sintetizan en la tabla 1 (Mendoza, 1992; Lerman et al, 1998; Keough, Zimbardo y Boyd, 1999; Norstrom, Kinnunen, Utman, Krall, Vokonas y Garvey, 2000; Boardman, 2009).

Los investigadores y expertos en salud pública reconocen, desde la década de los 80, que la nicotina es la sustancia con mayor poder adictivo y letal de todas aquellas que son capaces de generar dependencia (Betnowitz, 2009). Si comparamos la nicotina con otras sustancias (heroína, alcohol, cocaína, marihuana y cafeína) en las categorías: intoxicación, capacidad de provocar síndrome de abstinencia, refuerzo obtenido, capacidad de provocar tolerancia y dificultad para mantenerse sin consumir, que son los factores que sustentan la capacidad adictiva de una sustancia, comprobamos que la nicotina ocupa el quinto puesto en intoxicación, el tercero en absti-

nencia, el cuarto en refuerzo, el segundo en tolerancia y es la primera sustancia en dificultad para no consumir (Pinet, Viñas y Ribalto, 2010).

Tabla 1: Factores relacionados con el inicio del consumo

AMBIENTALES	Publicidad	Enormemente seductora
	Accesibilidad	Múltiples lugares de venta
	Disponibilidad	Precio bajo
SOCIALES	Familia	Influencia de padres y hermanos mayores
	Compañeros	Influencia muy potente
	Educación	Modelo a seguir
PERSONALES	Psicológicos	Rasgos ligados a la extroversión, impulsividad, baja autoestima, búsqueda de nuevas sensaciones
	Genéticos	Estudios de gemelos sugieren predisposición genética

Fuente: Pinet, Viña y Ribalto (2010)

Tabla 2: Factores relacionados con el mantenimiento del consumo

FARMACOLÓGICOS	Nicotina	Alto poder adictivo
CONDICIONANTES	De hábito	Asociación con situaciones cotidianas múltiples
	Sensoriales	Tacto, gusto, olfato, vista

Fuente: Pinet, Viñas y Ribalto (2010)

El consumo de nicotina se inicia habitualmente durante los primeros años de la adolescencia, y se observa que un 95% de los sujetos que fuman a la edad de 20 años se convierten en fumadores diarios regulares (Pinet, Viñas y Ribalto, 2010). La nicotina suele ser también la primera sustancia adictiva que se consume, lo que ocurre a edades tempranas, en que la plasticidad neuronal es máxima, y ello puede estar relacionado con la producción de alteraciones neuroquímicas que posteriormente predispongan a continuar con el uso de la sustancia. De hecho, cuanto antes se inicia el consumo, más difícil es conseguir la abstinencia (Gurrea y Pinet, 2004).

4.5.5. Cannabis

La Cannabis sativa es una planta dioica, es decir, se distingue en plantas masculinas y femeninas. Las mayores concentraciones de $\Delta 9$ -THC (Delta- 9 tetrahidrocannabinol, principal componente psicoactivo del cannabis) se encuentran en los brotes florecidos y en menor cantidad, en las hojas. Las semillas no tienen $\Delta 9$ - THC. Los brotes y las hojas de la planta femenina secretan una resina que podría ser una reacción adaptativa para proteger la semilla del calor. El hachís hace referencia al producto obtenido de ese exudado resinoso con alta concentración de $\Delta 9$ -THC (Arias y Madoz, 2010).

En Europa el consumo procede de Marruecos, que pasa a través de España, que es el país con mayor número de incautaciones y uno de los de mayor consumo de cannabis (Arias y Madoz, 2010).

Los consumidores de marihuana suelen fumar cigarrillos de hojas y flores secas de la planta sin tabaco. El cannabis es el preparado obtenido de la resina, que se fuma mezclado con tabaco. El aceite de hachís es poco popular, hace referencia a un líquido viscoso que se obtiene tras hervir el hachís en un disolvente, filtrarlo y dejar evaporar el disolvente, que puede ser éter o alcohol, y suele fumarse en pipa de vidrio (Arias y Madoz, 2010).

Los cannabinoides son liposolubles y por esta característica permanecen mucho tiempo en el organismo depositados en el tejido graso. Las vías fundamentales de administración son la vía respiratoria, por su mayor rapidez de absorción y percepción de los efectos subjetivos, y la vía oral. El pico plasmático de concentración se produce a los 10-20 minutos de haber fumado o a los 30-60 minutos de haber ingerido la sustancia. Después, las concentraciones plasmáticas caen rápidamente, por la distribución amplia, a tejidos ricos en lípidos, depositándose en el tejido adiposo de pulmones, riñón, hígado, corazón, bazo o glándulas mamarias. De estos tejidos se libera progresivamente pero sin producir efectos psicoactivos.

En 1964 se aisló el $\Delta 9$ -THC, en 1990 se identificó el primer receptor cerebral cannabinoide (receptor CB1) y en 1994 el primer ligando endógeno, la anandamida (Arias y Madoz, 2010). El descubrimiento del sistema endocannábico, es decir, el sistema de neurotransmisión sobre el que actúan los cannabinoides, ha propiciado muchas investigaciones sobre sus funciones fisiológicas y su potencial terapéutico, y ha aclarado los mecanismos de actuación del cannabis.

El riesgo de desarrollar dependencia entre los consumidores de la droga es el más bajo entre las drogas, es decir, sería la droga menos adictiva y una de las más consumidas. Podemos valorar el riesgo para desarrollar dependencia en el siguiente orden: tabaco > heroína > cocaína > alcohol > otros psicoestimulantes > cannabis.

4.5.5.1. Epidemiología

La Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) es una agencia de las Naciones Unidas que tiene por objetivo luchar contra las drogas y el crimen organizado transnacional. Esta agencia publica un informe anual sobre las drogas que nos permite acercarnos de forma exhaustiva a los problemas relacionados con el consumo de drogas en todo el mundo desde varias perspectivas, tales como el nivel de consumo, la producción, los delitos relacionados con las drogas, etc.

El cannabis continúa siendo la droga más consumida en el mundo. La prevalencia anual de su consumo a nivel mundial oscila entre el 2,9 y el 4,3% de la población de entre 15 y 64 años de edad (UNODC 2010). El consumo de cannabis parece estar en declive a largo plazo en algunos de sus mercados más importantes, en particular América del Norte y algunas partes de Europa occidental. La edad de inicio está en 16 años como promedio, con un rango de entre 13-18 años, y se observa una tendencia a un inicio más precoz en el consumo.

Según los datos que proporciona la encuesta ESTUDES 2010 (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2011) en España el cannabis es la droga ilegal más consumida por los estudiantes de 14 a 18 años con bastante diferencia sobre las demás. El cannabis era también la droga ilegal que se empezaba a consumir a una edad más temprana.

4.5.5.2. Intoxicación

Los efectos agudos aparecen pocos minutos después de haberlo fumado y son muy variables entre personas y dependen de la dosis, del contenido de THC, de la proporción THC/CBD (cannabidiol, responsable de los efectos narcóticos), de la forma de administración, de la personalidad, expectativas, experiencia previa del sujeto y del contexto en que se consume. El consumo de cannabis produce generalmente un efecto bifásico: una fase inicial de estimulación, caracterizada por euforia, bienestar, aumento de las percepciones visuales, auditivas y táctiles, y una distorsión del espacio-tiempo ligera; también aparece risa fácil, locuacidad, aumento del apetito, sobre todo de los dulces. A esta fase inicial le sigue un estado de sedación, relaja-

ción y somnolencia. Se produce una agudización de las percepciones visuales, auditivas y táctiles. El consumo agudo mejora el sueño y puede intensificar la experiencia de las relaciones sexuales. En la esfera cognitiva, disminuye la capacidad de concentración, altera la memoria reciente y la resolución de tareas complicadas. Como signos físicos se presenta el enrojecimiento conjuntival, la boca seca y la taquicardia.

4.5.5.3. Complicaciones del consumo

Los motivos de la expansión del consumo de cannabis son la creencia de su cualidad como “droga blanda” sin apenas efectos perjudiciales, la percepción muy baja de riesgo en adolescentes y en adultos, y la existencia de un movimiento pro-cannabis apoyado en la idea del bajo riesgo y del potencial terapéutico. Sin embargo, cada vez se conoce más sobre los efectos perjudiciales sobre la salud física y mental de los consumidores habituales.

El consumo de cannabis tiene efectos negativos sobre el sueño, la conducta alimenticia y la conducción de vehículos. Los datos de ESTUDES 2008 (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2009) informan de la relación entre el consumo de drogas y el fracaso escolar, medido por la repetición de curso. El incremento del consumo de cannabis en el período académico se asocia a notas peores, menor satisfacción, actitudes negativas hacia la escuela, un pobre rendimiento escolar, un aumento del absentismo y una mayor prevalencia de abandono de los estudios. Es controvertido el papel del cannabis en un incremento de las conductas agresivas y de la criminalidad.

El consumo de cannabis también tiene efectos en los sistemas cardiovascular, respiratorio, ocular, gastrointestinal, sobre el músculo estriado (propiedades anticonvulsivas) sobre el sistema inmunológico, sobre el sistema endocrino y sobre la conducta sexual.

Las complicaciones psiquiátricas más habituales del consumo de cannabis son:

I. Ansiedad

Aunque la mayoría de los consumidores refieren un efecto relajante, está descrita la ansiedad, como uno de los efectos adversos más frecuentes y la inducción de trastorno de pánico tras el consumo.

II. Trastorno bipolar

El consumo de cannabis es muy frecuente entre pacientes con trastorno bipolar. Se ha descrito la inducción de fases maníacas por el consumo.

III. Síndrome amotivacional

En la actualidad es una entidad controvertida. El cuadro se caracteriza por la presencia de apatía, falta de motivación, desinterés por el trabajo o los estudios y por el cuidado personal. La mayoría de los clínicos considera que es un cuadro que se objetiva en los consumidores, lo que no está claro es si tiene una entidad propia o es resultado del estado de intoxicación crónica. De cualquier forma, se observa su remisión con el cese en el consumo.

IV. Deterioro cognitivo

El consumo agudo de cannabis altera la capacidad cognitiva (atención, memoria, percepción, resolución de problemas) y el rendimiento psicomotor. Los efectos (similares a los producidos por el alcohol y las benzodiazepinas) incluyen enlentecimiento en la velocidad de reacción, incoordinación motora, alteración de la memoria a corto plazo, dificultades de concentración y afectación de la atención dividida. Tras un prolongado tiempo de abstinencia estos cambios no se mantienen. A mayor tiempo y cantidad de consumo, más alteraciones.

V. Psicosis

La intoxicación aguda por cannabis puede cursar con síntomas psicóticos transitorios, que desaparecen espontáneamente a las pocas horas en la medida en que el THC se elimina del organismo. El consumo prolongado e intenso puede ocasionar trastornos psicóticos inducidos de corta duración, en general inferior a 4 semanas. El efecto más nocivo es la posibilidad de desarrollar psicosis prolongadas en relación con el consumo de cannabis, convirtiendo el consumo de esta sustancia en un factor de riesgo para psicosis crónicas, como la esquizofrenia, en sujetos vulnerables con dosis altas de consumo y de inicio precoz. El **consumo durante la adolescencia** puede alterar el desarrollo cerebral y favorecer el inicio posterior de un cuadro psicótico.

VI. Flashback

Hace referencia a revivir las experiencias de la intoxicación sin haber consumido.

VII. Rendimiento escolar

En los consumidores habituales es frecuente el descenso en el rendimiento académico o laboral o el retraimiento social, en muchos casos asociado al síndrome amotivacional o a los efectos cognitivos perjudiciales.

4.5.6. Cocaína

El consumo de cocaína se ha convertido en los últimos años en un problema grave de salud motivado por la sustitución del consumo de drogas depresoras (como la heroína) por estimulantes. La cocaína es la segunda droga ilegal más consumida en Europa después del cannabis. El Informe del Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías para el año 2009 estima que el 3,9% de los adultos europeos entre 15 y 64 años ha consumido cocaína al menos una vez en la vida, un 1,2% en el último año y un 0,4% en el último mes; a la vez que destaca a España junto a Dinamarca, Italia, Irlanda y Reino Unido como los países con mayor prevalencia de consumo.

No existe un tratamiento farmacológico estandarizado para la adicción conjunta a la **cocaína y otras drogas recreativas**, y el tratamiento psicológico cognitivo-conductual es el de elección. En adolescentes consumidores de cocaína, el abordaje terapéutico se orientará al tratamiento psicológico especialmente centrado en la entrevista motivacional, y la terapia sistémica y conductual (manejo de contingencias). Asimismo, la implicación de la familia es muy importante.

4.5.7. Drogas emergentes

El mundo de las drogas se encuentra en constante evolución, junto a las sustancias clásicas, se han expandido otras. El conocimiento de las tendencias actuales de consumo, de las sustancias utilizadas, de los patrones de uso, de la toxicidad, así como del diagnóstico y del tratamiento es imprescindible para los profesionales implicados en su abordaje clínico-terapéutico y preventivo. El uso de sustancias de características muy diversas no es sinónimo de inocuidad, incluso si la sustancia no crea dependencia. (Climent y González, 2010). Internet tiene un papel importante en la extensión de este fenómeno (Forman, Marlowe y McLellan, 2006; Boyer, Shannon y Hibberd, 2005).

Tabla 3: Principales drogas emergentes

Sustancia	Otros nombres	Composición y formato	Vía Admón	Clínica
Anfetaminas	Cristal	Sustancias con base similar: fenil-sopropilamina.	Oral o esnifada	Excitación, euforia, disminución de la sensación del cansancio y del sueño
Éxtasis	Pirulas, Pastis, Blue mystc, Tripstacy	Derivados amfetamínicos: MDMA, MDA, MDEA	Oral	Hiperactividad, euforia, aumento de la socialización y de la empatía, síndrome simpaticomimético
Piperazinas		Pastillas que se diseñan para que se parezcan a las de éxtasis y se comercializan como si lo fueran	Oral	Taquicardia, HTA, vómitos, palpitaciones, agitación, ansiedad, mareos, midriasis, convulsiones, fiebre, temblor.
Triptaminas		Cápsulas, tabletas o polvo	Oral	Síndrome simpaticomimético
Plantas alucinógenas				
Myristica Fragans	Nuez moscada	Especia empleada en el antiguo oriente como medicamento	Oral	Náuseas, hipotermia, taquicardia, ansiedad, midriasis, parestesia, palpitaciones, paranoia
Salvia Divina	Hierba de la pastora, Skamaria pastora, Divina pastora, Menta divina	Salvia divinorum	Masticada, inhalada	Sonrisas, alteración del proceso de pensamiento, efectos psicodélicos, etc.
Ayahuasca		Bebida Psicotrópica procedente de plantas de las selvas de Sudamérica	Oral en forma de infusión	Euforia y bienestar, distorsiones perceptivas, labilidad emocional, modificación del pensamiento
Datura Stramonium	Estramonio, Asma-belarra, Higuera loca, Higuera del infierno, Manzana espinosa, Planta del diablo, Palo de brujos	Contiene alcaloides ricos en atropina, escopolamina e histocina que son neurotóxicos, bloquean el SN parasimpático	Infusión, fumada con tabaco (cigarillos)	Síndrome anticolinérgico (Hipertermia, sequedad de las mucosas, midriasis, eritema, taquicardia taquípea, menos motilidad intestinal y retención urinaria.
Khat	Te abisinio, Chat, Ensalada africana	Hojas secas. Forma sintética de cathinona y se vende como metanfetamina: Metacathinona denominada Cat o Jeff	Se mastican pequeñas cantidades mucho tiempo.	
Hongos alucinógenos				
Psylobices			Oral	Alucinaciones, relajación muscular, taquicardia, hipertensión, midriasis, temblor, náuseas, vómitos.
Amanita Muscaria	Setas alucinógenas		Oral	Síndrome delirante por setas.
Ketamina	K, Vitamina K, Special-K, Kit-Kat	Líquido incoloro e inodoro, polvo, cristales blancos, pastillas y cápsulas	Oral, nasal, IM, IV, rectal	Propiedades euforizantes, agente hipnótico y analgésico, produce "anestesia disociativa" manteniendo reflejos y movimientos coordinados pero no conscientes
GHB	Éxtasis líquido, Biberones, Líquido X, Líquido E, Líquido G Gamma-G, Soap, Scoop, G, Vit-G.	Ácido gammahidroxibutirato. Líquido incoloro e inodoro, polvo, cristales blancos, pastillas y cápsulas	Oral	Anestésico, Depresor del SNC
Popers	Nitritos Bananas, Rush Snappers	Nitrito de amilo, nitrito de butilo, nitrito de isobutilo. Se presenta en pequeños frascos o ampollas.	Inhalada y excepcionalmente oral (que es más tóxica)	Efectos en la esfera sexual: euforizante, incrementa la libido, produce vasodilatación (relajación de esfínteres, erección). Distorsiones cognitivas.
Spice drugs	Spice Silver, Spice Gold, Spice Diamond, Spice Artic Synergy, etc.	Sustituto cannabico. Mezcla de distintos vegetales conocidas por sus efectos psicoactivos	Fumada, inhalada y en infusión	Efectos similares a los del cannabis

Resumen de Climent y González, 2010.

Existe una gran cantidad de información en la red sobre la obtención, síntesis, identificación, consumo, efectos y comercialización de este tipo de sustancias, pero no siempre esta información es fiable y tiene rigor científico (Tatsioni, Gerasi, Charitidou, Simou, Mavreas y Ioannidis, 2003).

También se usan para combatir los efectos no deseados del consumo de otras drogas de abuso, del alcohol y como vigorizantes. El fenómeno del policonsumo se caracteriza, sobre todo en la población joven, por la escasa percepción del riesgo intrínseco de la sustancia y el uso recreativo, y los efectos buscados son, entre otros, alucinógenos, euforizantes, relajantes, afrodisíacos, aumento del rendimiento psicomotor, disminución del cansancio, y sueño, etc. Existen múltiples formatos y patrones de uso en continuo cambio de las drogas emergentes: comprimidos, soluciones, extractos de plantas, semillas, hojas y flores, hongos frescos o desecados, sellos impregnados, volátiles, etc.

Según el informe del Observatorio Europeo (OEDT 2009), las sustancias detectadas varían desde plantas como el kratom o la salvia divinorum, que presenta una progresiva mayor difusión, hasta sustancias sintéticas como triptaminas, piperacinas y derivados de la cathinona. Un reciente fenómeno es el del consumo de “spice”, vendido inicialmente en internet como barritas de hierbas para quemar, pero que se consumen fumadas. Se ha detectado que algunos productos vendidos como “spice” contienen cannabinoides sintéticos como el JWH-018 (Mustata, Torrens, Pardo, Pérez; Psychonaut Web Group y Farre, 2009; Lindigkeit et al. 2009).

4.5.8. El botellón

En España predomina, lo que algunos autores han denominado **la cultura del vino**, cuya característica definitoria es la importancia social y económica del sector vinícola y las normas permisivas sobre su consumo (Grant y Litvak, 1998). Esta **cultura del vino** ha llevado asociado un patrón de consumo tradicional (mediterráneo) caracterizado por un consumo diario y moderado de bebidas fermentadas, asociado a las comidas. Estas características unidas a la tradición española de vincular el ocio y la diversión con el consumo de alcohol (Baigorri, Fernández y GIESyT, 2003) han ido evolucionado hacia un patrón de consumo más intermitente, en su mayor parte de bebidas destiladas, relacionado con el tiempo de ocio y el fin de semana, que con mayor frecuencia acaba en episodios de embriaguez y con algún grado de pérdida de control (Gual, 2006). A este modo de consumo lo denominamos **patrón anglosajón** (Anderson y Baumberg, 2006; Espada, Méndez e Hidalgo, 2000; Observatorio Español sobre Drogas, 2009) y se asemeja al tipo de consumo que realizan otros jóvenes europeos (**binge drinking**) (Anderson y Baumberg, 2006; Bloomfield, Stockwell, Gmel y Rehn, 2003; Calafat, 2007; Farke y Anderson, 2007; Gmel, Rehm y Kuntsche, 2003; Kuntsche, Rehm y Gmel, 2004).

A mediados de los noventa aparece **el botellón** como un fenómeno social generado por adolescentes y jóvenes durante las noches de los fines de semana, concentrados en espacios abiertos, donde se charla, se escucha música y se consumen bebidas alcohólicas como eje central de su tiempo libre (que, previamente, han comprado en supermercados, tiendas o grandes almacenes).

El botellón es un fenómeno de ocio desestructurado (Gómez-Fraguela, Fernández-Pérez, Luengo y Romero, 2008), habitual en la mayoría de las ciudades españolas (Aguilera, 2002) que se ha convertido en una actividad controvertida que da lugar a conflictos de intereses entre distintos colectivos. Los ruidos, la suciedad, los actos vandálicos y otras molestias asociadas a estas concentraciones han reclamado la atención de las administraciones públicas. Así, en el año 2002, la Delegación del Plan Nacional sobre Drogas organiza en Madrid el *Congreso Nacional sobre Jóvenes, Noche y Alcohol*, donde el fenómeno es tratado extensamente. En distintas comunidades autónomas se elaboran medidas legislativas específicas para regular estas prácticas (por ejemplo, Ley 5/2002, de 27 de junio, sobre Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos, de la Comunidad de Madrid). En muchos ayuntamientos se ponen en marcha programas de ocio alternativo (La Noche y La Tarde más Joven del Ayuntamiento de Madrid; Sube-T del Ayuntamiento de Torrejón de Ardóz, etc.). También proliferan los estudios centrados en analizar estas nuevas prácticas recreativas en distintas comunidades (Aguilera, 2002; Baigorri et al. 2003; Cortes, 2006; Navarrete y Rego, 2004; Gómez-Fraguela, Fernández-Pérez y Rodríguez-Lestegás, 2006, citado en Gómez-Fraguela, Fernández-Pérez, Luengo, y Romero, 2008).

El botellón es internalización y réplica, adaptada a sus circunstancias, de un modelo de ocio aprendido, un reclamo para que el modelo dominante, ofertado por la industria de ocio nocturno, sea más asequible, más económico, extienda su horario, no limite la entrada por edad, etc. (Calafat et al., 2005). En un local de copas, el alcohol, el ambiente y la música son costosos y se pueden consumir con limitaciones por el horario, por la edad y por la capacidad de gasto del joven o adolescente. El botellón elimina parte de esas limitaciones.

La relación existente entre ausencia de supervisión adulta (Dodge, Dishion y Lansford, 2006; Hirschi, 2002; Reid, Patterson, y Snyder, 2002) y la influencia de los iguales en la aparición de problemas de conducta en adolescentes (Luengo, Otero López, Mirón, y Romero, 1995), justifica que la participación en el botellón pueda ser considerada como un factor de riesgo para la aparición de problemas biopsicosociales.

Las razones por las que jóvenes y adolescentes justifican el botellón son (Cortés, 2006, 2008; Cortés, Espejo y Giménez, 2007; Espejo, Cortés, Giménez, Samper y Pardo, 2006):

- El bajo precio de las bebidas alcohólicas, lo que las hace asequibles en mayor cantidad.
- La eliminación de los controles de los locales (por ejemplo, el acceso según la edad).
- La falta de restricción de horarios y que exista la posibilidad de consumo de otras drogas.

Las consecuencias del botellón son las consecuencias del **consumo intensivo** de alcohol que Espada, Méndez, Griffin y Botvin (2003a) destacan:

- Intoxicación etílica aguda o embriaguez.
- Problemas escolares.
- Sexo no planificado.
- Accidentes de tráfico.
- Problemas legales.
- Problemas afectivos.
- Consumo de alcohol como precursor del consumo de otras drogas.

En la definición de **consumo intensivo**, se alude, entre otros, a aspectos relacionados con la cantidad consumida —medida en gramos de alcohol o en número de consumiciones—, la frecuencia de consumo o el intervalo temporal en el que se ingiere la sustancia (Carey, 2001; Courtney y Polich, 2009; Cranford, McCabe y Boyd, 2006; Jackson, 2008; Lange y Voas, 2001; Wechsler, Davenport, Dowdall, Moeykens y Castillo, 1994; Wechsler y Nelson, 2001, 2006). En la 1ª Conferencia de Prevención y Promoción de la Salud en la Práctica Clínica, se definió el episodio de **consumo intensivo** de alcohol en función de criterios de cantidad, duración y frecuencia, considerándolo como la ingesta de 60 o más gramos de alcohol (6 UBEs) en varones y de 40 o más gramos (4 UBEs) en mujeres, concentrada en una única sesión (habitualmente 4-6 h), durante la que se mantiene un cierto nivel de intoxicación (alcoholemia no inferior a 0,8) (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008b). Los episodios de consumo excesivo se asocian repetidamente con actividades de riesgo, infracciones y accidentes de tráfico, problemas con la policía, peleas, pero también con lagunas de memoria (Anderson y Baumberg, 2006; Weshler, Davenport, Dowdall, Mowykens, y Castillo, 1994), mayor dificultad para pensar con claridad o realizar correctamente tareas académicas (Navarrete, 2004).

4.5.9. Factores de consumo de sustancias en adolescentes

El consumo juvenil de drogas responde a un patrón conductual multideterminado donde se integran variables como las actitudes, la búsqueda de sensaciones, la presión de grupo, las tendencias socioculturales y otros factores coadyuvantes (Alfonso, Huedo-Medina y Espada, 2009). El consumo tiene como base un proceso de socialización en el que la familia es la transmisora de creencias, valores y hábitos que condicionan la probabilidad de consumo (Becoña, 2001; Secades, Fernández-Hermida y Vallejo, 2005).

González, García-Señorán y González (1996) señalaron algunos factores individuales relacionados con el consumo y/o abuso de drogas en la adolescencia como la edad y precocidad del inicio, rasgos de personalidad como la búsqueda de sensaciones, la baja autoestima, el locus de control externo, la rebeldía, la baja tolerancia a la frustración, factores cognitivos como conocimientos, actitudes, creencias, expectativas y problemas conductuales. Graña y Muñoz-Rivas (2000) y Sussman, Unger y Dent (2004) estudian la relación existente entre el consumo de drogas legales y variables psicosociales como, por ejemplo, la influencia del grupo de iguales. Otros elementos como el afecto y supervisión parental (Martínez, Fuertes, Ramos y Hernández, 2003), el ambiente escolar (Alonso y Del Barrio, 1996), la ansiedad rasgo (Becoña y Míguez, 2004), el estrés (Becoña, 2003), el autoconcepto (Abu-Shams, Carlos, Tiberio, Sebastián, Guillén y Rivero, 1997), la impulsividad (Llorens, Palmer y Perelló, 2005) o las habilidades sociales (Felipe, León, Gonzalo y Muñoz, 2004) han sido detectados como factores de protección y de riesgo del consumo de sustancias.

Es difícil determinar las consecuencias del consumo de sustancias para el desarrollo y ajuste de los adolescentes (Oliva, Parra y Sánchez-Queija, 2008). Encontramos estudios que relacionan el fracaso escolar, los problemas de conducta o síntomas depresivos con el consumo de sustancias (Chassin, Hussong, Beltran, 2009; Johnson et al., 2000), aunque al tratarse de estudios transversales se dificulta saber si son consecuencias o precursores. También encontramos estudios que asocian un consumo moderado o experimental con indicadores de un buen ajuste (Bentler, 1987; Chassin, Pitts y Prost, 2002; Shedler y Block, 1990). Estos resultados no son sorprendentes si tenemos en cuenta que la experimentación con drogas, como el alcohol, el tabaco o el cannabis, está muy extendida y aceptada y se ha convertido en un comportamiento normativo o una especie de rito de tránsito que marca el fin de la niñez. Así, la asunción de ciertos riesgos puede considerarse como tarea que debe resolverse en un momento de transición evolutiva (Schulenberg y Maggs, 2002).

En este sentido resulta útil distinguir entre diversas pautas de consumo, ya que pueden ser no problemáticas o desadaptativas. No todos los estudios coinciden en considerar al grupo de iniciación precoz como el de más riesgo, en ocasiones, los adolescentes que comienzan algo más tarde, pero cuyo consumo sigue una clara trayectoria ascendente, son quienes muestran en la adultez temprana los niveles más altos de dependencia y abuso (Hill, White, Chung, Hawkins y Catalano, 2000; Muthen y Shedden, 1999). No obstante, aparte de la edad, entran en consideración una cantidad elevada de variables a tener en cuenta para comprender el fenómeno no solo del consumo de sustancias, sino su mantenimiento y fidelización.

Diversos estudios retrospectivos han asociado búsqueda de sensaciones e impulsividad con la adicción (Acton, 2003; Billieux, Van der Linden y Ceschi, 2007; Conway, Kane, Ball, Poling y Rounsaville 2003; Franques, Auriacombe, Piquemal, Verger, Brisseau-Giménez, Grabot et al., 2003; Le Bon, Basiaux, Streel, Tecco, Hanak, Hansenne et al., 2004; Sher, Bartholow y Wood, 2000; Wills, Vaccaro y McNamara, 1994). Dentro de la multiplicidad de factores de base genética y ambiental que pueden afectar en la vulnerabilidad a las drogas, los rasgos de personalidad pueden desempeñar un papel muy relevante. Una de las dimensiones de personalidad que más se ha relacionado con la susceptibilidad a la adicción ha sido el de búsqueda de sensaciones y/o novedades (*novelty-seeking*). Dicho rasgo se asocia con una mayor sensibilidad a ciertos efectos de las drogas, con una mayor facilidad para adquirir (especialmente de forma inicial) la conducta adictiva, con un mayor efecto neuroquímico de las drogas (al menos psicoestimulantes) a nivel del sistema dopaminérgico y también con una mayor reactividad ante ciertas situaciones estresantes a nivel del eje hipotalámico-pituitario-adrenal (Nadal, 2008). Puesto que el estrés es un factor que se ha relacionado con la conducta adictiva, estos hechos pueden tener interesantes repercusiones preventivas y/o terapéuticas.

Los estudios no han identificado un patrón consistente de predictores del consumo de sustancias en relación a la delincuencia. La conclusión más prudente es que el consumo de sustancias está muy relacionado, aunque difiere en algunos aspectos, con otros problemas de conducta, (Chassin, Hussong y Beltran, 2009).

4.5.10. Modelos teóricos del uso de sustancias

Los modelos teóricos del uso de sustancias en adolescentes van desde lo intrapersonal a lo macroambiental (Hawkins, Catalano y Miller, 1992). Algunas de las primeras teorías que abordan el problema lo hacen dentro del amplio marco de la conducta desviada (por ejemplo, Elliott, Huizinga, y Ageton, 1985; Hirschi, 1969; Jessor

y Jessor, 1977). Estas teorías se inspiran en las fuertes correlaciones entre el uso de sustancias en adolescentes y una amplia gama de otros comportamientos no convencionales que van desde bajas o nulas aspiraciones para el logro académico hasta el robo y/o la violencia (para una revisión, ver Petraitis, Flay y Miller, 1995).

Sher (1991) proporciona una integración de modelos teóricos que identifica tres vías o submodelos interrelacionados para explicar la participación en el uso de sustancias y los trastornos por consumo:

- Propensión a la desviación
- Sentimientos de afecto negativo
- Refuerzo

Nosotros organizamos nuestra aproximación a esta estructura que resulta especialmente útil.

i. Propensión a la desviación

Se cree que los adolescentes en riesgo de abuso de sustancias son de temperamento difícil y propensos a padecer déficits cognitivos (habilidad verbal y función ejecutiva) que contribuyen a la falta de autorregulación. Además, si reciben una crianza inadecuada, se establece el escenario para el fracaso escolar y la expulsión del grupo de pares principales, lo que da lugar a la afiliación con pares irregulares que prestan oportunidades, modelos de aprobación de consumo de alcohol y otras drogas. Estas teorías consideran el uso de sustancias en un contexto más amplio de conductas antisociales por lo que son muy similares a las teorías que intentan explicar la etiología de los problemas de conducta en general.

ii. Temperamento y personalidad

Los rasgos del temperamento y la personalidad, que reflejan un bajo control de la conducta y una autorregulación emocional pobre, están asociados con el uso de sustancias en adolescentes. La personalidad que más se asoció con el uso de sustancias incluye características como la no convencionalidad, el bajo autocontrol, el deseo de búsqueda de sensaciones, la agresividad, la impulsividad y una incapacidad para retrasar la gratificación (Hawkins et al., 1992). Los efectos del temperamento pueden ser modificados por el ambiente, especialmente por el entorno familiar. Wills, Sandy, Yaeger y Shinar (2001), y Stice y Gonzales (1998) examinaron los efectos moderadores del temperamento y la crianza de los hijos sobre el uso de

sustancias en adolescentes, y encontraron que, a pesar de sus bases hereditarias, los efectos de las características temperamentales en los resultados de consumo de sustancias pueden estar protegidos o propiciados por el tipo de crianza que el adolescente recibe.

iii. Funcionamiento cognitivo

La deficiencia en la autorregulación como un factor de riesgo de consumo de sustancias en adolescente se puede encontrar en los estudios del funcionamiento cognitivo. En concreto, los adolescentes con problemas de consumo de sustancias se caracterizan por niveles más bajos de la función ejecutiva de orden superior que permite procesos cognitivos orientados a la consecución de metas futuras. Estos procesos incluyen la planificación, la capacidad de organización, la atención selectiva, la generación de hipótesis, la flexibilidad cognitiva, la toma de decisiones, el juicio, el control inhibitorio, y la autorregulación (Lezak, 1995). Estas deficiencias hacen difícil para los niños crear respuestas adecuadas a los estímulos del ambiente y usar la retroalimentación para modificar su comportamiento en respuesta a los eventos externos (Peterson y Pihl, 1990). Tales dificultades cognitivas pueden incrementar los niveles del bajo control de la conducta, como el comportamiento impulsivo, que aumenta el riesgo y los trastornos por consumo de sustancias (Peterson y Pihl, 1990).

Los déficits en la función cognitiva han sido bien documentados en estudios de adultos con trastornos por consumo de sustancias (Rourke y Loberg, 1996; Sher, Martin, Wood y Rutledge, 1997). Otros estudios sugieren que estos hallazgos pueden aplicarse también a los adolescentes con problemas de consumo (Tapert y Brown, 1999; Giancola, Mezzich y Tarter, 1998). Aunque estos estudios transversales no pueden determinar si el déficit en la función ejecutiva es la causa o efecto del consumo de sustancias, otros datos sugieren que una función ejecutiva deficitaria puede ser un factor de riesgo antecedente más que un resultado del consumo de alcohol en esta población.

iv. Crianza y socialización

Los distintos aspectos de la crianza de los hijos, incluyendo la disciplina, el seguimiento y la resolución de los conflictos, están relacionados con el consumo de sustancias en adolescentes. La crianza de los hijos, que combina niveles altos de cuidado con una disciplina consistente, se ha asociado con un riesgo reducido de uso de sustancias en adolescentes (Hawkins, Catalano y Miller, 1992). Stice y Barrera

(1995) encontraron que los bajos niveles de apoyo y disciplina de los padres predijo un aumento en el uso de sustancias en adolescentes a través del tiempo. Del mismo modo, los bajos niveles de seguimiento de los padres han demostrado ser un predictor para el inicio del consumo de sustancias y del consumo excesivo de alcohol en la adolescencia (Reifman, Barnes, Dintcheff, Farrell y Uhteg, 1998; Simons-Morton y Chen, 2005). Por último, los altos niveles de conflicto familiar (Webb y Baer, 1995), la falta de cohesión familiar (Duncan, Tildesley, Duncan y Hops, 1995), y el divorcio de los padres y las familias monoparentales (Duncan, Duncan y Hops, 1998) se ha asociado con niveles más altos de uso de sustancias en adolescentes. Bajos niveles de armonía familiar predicen un desorden en el uso de sustancias (Zhou, King y Chassin, 2006). La calidad de las relaciones entre padres y adolescentes modera la vulnerabilidad heredada al consumo de sustancias (Dick, Pagan, Viken, Purcell, Kaprio, Pulkkinen y Rose, 2007; Miles, Silberg, Pickens y Eaves, 2005)

No solo es el uso de sustancias en adolescentes está relacionado con el estilo educativo, el clima familiar, y las relaciones entre padres y adolescentes; los datos también sugieren que el uso de sustancias en adolescentes puede estar relacionado con la socialización de los padres respecto a su uso. Los padres establecen las normas generales y las expectativas para el comportamiento de los adolescentes, y las reglas y políticas sobre el uso de tabaco, alcohol y otras drogas, pudiendo sancionar o no su consumo (Chassin, Presson, Todd, Rose, y Sherman, 1998; Jackson y Henrickson, 1997); lo que sugiere que la práctica de crianza de los hijos puede influir en el consumo de sustancias del adolescente (Huver, Engels y De Vries, 2006). Las intervenciones dirigidas a la prevención del inicio del consumo de tabaco deben incitar a las prácticas de crianza de los hijos contra el tabaquismo e influir en las cogniciones de los adolescentes relacionadas contra el tabaco en un sentido favorable. Van der Vorst, Engels, Meeus y Dekovic (2006) realizan uno de los primeros diseños integrales para proporcionar a la familia una visión sobre el papel de las normas específicas sobre el consumo de alcohol de los adolescentes. Muestran que las normas estrictas se relacionan con la postergación del consumo de alcohol y que la asunción de normas específicas para el uso de alcohol, dependen de otros factores lo que plantea la complejidad de la influencia de los padres en el desarrollo del consumo de alcohol de los adolescentes.

Así, los datos disponibles sugieren que la socialización de los padres, ya sea en forma general de crianza y de las relaciones entre padres y adolescentes o en forma de intentos específicos para disuadir del consumo de sustancias influyen en el desarrollo del comportamiento de los adolescentes. Por otra parte, aunque los datos no son extensos, algunos modelos sugieren que los efectos de la crianza de los hijos

sobre el uso de sustancias en los adolescentes puede estar mediado por los efectos de las afiliaciones con las redes de amigos, como se especifica en los modelos de propensión a la desviación (Chassin, Curran, Hussong y Colder, 1996; Dishion, Patterson y Reid, 1988). Por último, los padres pueden tener una influencia importante en las conexiones de los adolescentes con una amplia gama de recursos socio-contextuales como la participación en deportes, en organizaciones y clubes que, a su vez, puede influir en los resultados de consumo de sustancias (Scaramella y Keyes, 2001).

v. Fracaso escolar y aspiraciones académicas

El fracaso escolar puede elevar los riesgos para el inicio del consumo de sustancias en adolescentes a través de tres mecanismos:

1. Como fuente de estrés y sentimientos negativos, lo que puede aumentar el riesgo de consumo de sustancias para regular esos sentimientos que le afectan.
2. Como una forma de disminuir los vínculos con la escuela (por ejemplo, las aspiraciones a la educación superior, los valores del éxito académico, la participación en actividades). El alejamiento de las instituciones sociales convencionales hace que los adolescentes sean más vulnerables a involucrarse en problemas de conducta, incluyendo el uso de drogas, porque se sienten menos obligados por las normas convencionales y los valores sociales. Por otra parte, adolescentes que no están comprometidos con el éxito académico experimentan menos conflicto de rol entre las exigencias de las funciones académicas y las consecuencias de su conducta.
3. Como un elemento que provoca el rechazo por parte de un grupo de compañeros prosociales, especialmente si el fracaso escolar está asociado con un comportamiento violento o inadecuado (Dishion, Patterson, Stoolmiller y Skinner, 1991). Los adolescentes que son rechazados de un grupo de amigos prosociales tienen más posibilidades de afiliarse a grupos de pares irregulares que aprueban y modelan la conducta de consumo de sustancias.

vi. Influencias del grupo de iguales

Una conclusión sólida, ampliamente reproducida es que el consumo de drogas de un adolescente puede predecir el consumo de sus amigos (Hawkins et al., 1992; Kandel, 1978), tanto de amigos cercanos o grupos de amistad más grandes (Urberg,

Degirmencioglu y Pilgrim, 1997). La afiliación a un grupo de compañeros que consumen drogas eleva el riesgo de los adolescentes al consumo y proporciona un modelo de conducta, oportunidades para el consumo y un espacio en el que se aprueba esta conducta. A pesar de ser un importante predictor del consumo en adolescentes, se ha de ser cauto con esta relación por la posibilidad de que los consumidores habituales pueden sobrestimar la utilización de sustancias de sus amigos (Bauman y Ennett, 1996).

vii. Problemas de Conducta

Un supuesto central del modelo de la propensión a la desviación es que el uso de sustancias en adolescentes está relacionado con el desarrollo más amplio de problemas de conducta (Hawkins, et al., 1992, Zuckerman, 2006). La magnitud de la asociación con problemas de conducta es la más fuerte para el uso de drogas ilícitas y trastornos por consumo de sustancias en comparación con el consumo de sustancias lícitas (Disney, Elkins, McGue y Iacono, 1999.), lo que puede reflejar el hecho de que el consumo de drogas lícitas en la adolescencia puede ser normativa y mejorar la integración social del adolescente (Maggs y Hurrelmann, 1998).

Una fuerte comorbilidad entre los trastornos conducta y el trastorno de déficit de atención con hiperactividad (TDAH) complica la interpretación de los hallazgos (Fergusson, Horwood y Ridder 2007). Síntomas o diagnóstico de TDAH en la infancia pueden predecir el uso de sustancias en los adolescentes y el trastorno por consumo de sustancias en muestras clínicas (Barkley, Fischer, Edelbrock y Smallish, 1990; Molina y Pelham, 2003) y en algunas muestras no clínicas (Disney et al., 1999), pero no en todos los casos (Costello, Erkanli, Federman y Angold, 1999). Es interesante notar que el TDAH puede conferir riesgo para el consumo de tabaco (Burke, Loeber y Lahey, 2001; Disney et al., 1999; Milberger, Biederman, Faraone, Chen y Jones, 1997; Molina y Pelham, 2003). Teniendo en cuenta los efectos beneficiosos de la nicotina sobre la atención en adultos (Levin et al., 1998), los adolescentes con TDAH pueden fumar cigarrillos como una forma de automedicar su déficit de atención. Consistente con esta interpretación Burke, Loeber, White, Stouthamer-Loeber y Pardini (2007), encuentran que la inatención predice significativamente el uso de tabaco en la adolescencia.

3.5.12. Estrés y afecto negativo en el uso de drogas

Los hallazgos indican que los adolescentes que experimentan altos niveles de estrés son más propensos a usar drogas y a intensificar la cantidad y la frecuencia de su

uso con el tiempo (Chassin et al., 1996; Hussong y Chassin, 2004; Wills, Vaccaro, McNamara y Hirky, 1996). Sin embargo, la literatura sobre la relación entre el estrés y el uso de sustancias en la adolescencia puede sobrestimar los efectos de estrés debido a que algunas medidas de estrés incluyen elementos que pueden reflejar problemas de conducta. Los estudios que restringen los ítems de estrés a los acontecimientos vitales incontrolables predicen significativamente el uso de sustancias en adolescentes (por ejemplo, Chassin et al., 1996; Newcomb y Harlow, 1986).

La relación entre el afecto negativo de los adolescentes y el uso y los trastornos por consumo de sustancias no ha dejado de confirmarse reiteradamente. Muchos estudios han aportado información sobre las correlaciones entre el afecto negativo y el uso de sustancias en adolescentes (Chassin, Pillow, Curran, Molina y Barrera, 1993; Cooper, Frone, Russell y Mudar, 1995), así como de la comorbilidad entre depresión clínicamente diagnosticada y la dependencia a la nicotina (Fergusson, Lynsky y Horwood, 1996), el alcoholismo (Rohde, Lewinsohn y Seeley, 1996), el abuso o la dependencia de drogas (Deykin, Buka, y Zeena, 1992). Sin embargo, otros investigadores han argumentado que la afectividad negativa tiene solo las relaciones débiles para el uso de sustancias en adolescentes, frente a factores como la afiliación de pares y que los efectos del estrés emocional son débiles e indirectos (Swaim, Oetting, y Beauvais, 1989).

Por otra parte, los estudios no han tenido en cuenta el papel de los síntomas de los afectos negativos y la externalización de los problemas de conducta. Debido a que existe una considerable covariación entre la internalización y externalización de los síntomas, no ha sido claramente establecido que el afecto negativo tiene una relación única con el uso de sustancias en adolescentes (por encima y más allá de la concurrencia de los problemas de conducta). Los estudios longitudinales no han confirmado que la afectividad negativa predice la aparición o intensificación del uso de sustancias en la adolescencia (Hansell y White, 1991). Pero no se debe descartar el papel de afecto negativo en el desarrollo de trastornos por uso de sustancias en adolescentes porque los resultados contradictorios podrían deberse a la variación en el tipo de afecto negativo que se evalúa. Se han considerado más la depresión, la irritabilidad y la ira, como predictores potenciales del uso de sustancias en los adolescentes, que la ansiedad (Block, J., Block, H. y Keyes, 1988; Swaim et al., 1989). Las variaciones, en el tipo de afecto negativo (depresión, ira, irritabilidad y ansiedad), y su gravedad pueden producir resultados diferentes. La falta de relaciones consistentes entre el afecto negativo y el uso de sustancias en adolescentes puede reflejar la presencia de variables moderadoras, de manera que el afecto negativo produce

riesgo de consumo de sustancia solo en ciertas circunstancias (Chassin, Hussong, Beltran, 2009).

Las teorías sobre el papel del estrés y el afecto negativo influyen sobre la hipótesis de que los adolescentes que están en riesgo de abuso de sustancias experimentan un alto nivel de estrés, funcionando el consumo de alcohol o drogas como una manera de disminuir estos síntomas (es decir, como una forma de la automedicación). Aunque este modelo es intuitivamente atractivo sigue siendo controvertido en la literatura (Chassin, Hussong y Beltran, 2009). Los adolescentes que están en riesgo de consumo de sustancias no sólo pueden estar expuestos a mayores niveles de estrés, también se pueden caracterizar por las respuestas al estrés anormal.

1. En el submodelo de Sher (1991), una importante variable moderadora potencial es el estilo de afrontamiento. Teóricamente, los adolescentes no deben reaccionar a la aflicción emocional haciendo uso de sustancias sino empleando los mecanismos de adaptación disponibles. Algunos datos sugieren que el afrontamiento (por ejemplo, hacer un plan y seguirlo) puede servir como una función adaptativa, pero que la huida puede amplificar los efectos de situaciones de tensión. (Wills, Sandy, Yaeger, Cleary y Sinar, 2001). Del mismo modo, Sher (1991) sugiere que la relación entre el estrés o la angustia emocional y el consumo de sustancias deben ser más fuertes para aquellos que esperan que el consumo de sustancias alivie su angustia emocional, hipótesis que ha recibido apoyo empírico (Kushner, Sher, Wood y Wood, 1994).

Las diferencias individuales también pueden moderar la relación entre la afectividad negativa y el uso de sustancias en adolescentes. Por ejemplo, la investigación en el desarrollo social del adolescente ha sugerido que niveles bajos de autorregulación emocional (la capacidad de modificar la propia conducta y la emoción en virtud de las demandas situacionales específicas) aumentará la relación entre la reactividad (propensión a experimentar intensos estados afectivos) y los problemas de conducta (Eisenberg et al., 2000). Por lo tanto, los adolescentes que son altamente reactivos emocionalmente pueden mostrar un riesgo elevado de consumo de sustancias, abuso o dependencia, cuando también muestran niveles bajos de autorregulación. Un control adecuado de la conducta proporciona mayor respuesta al estrés, amortiguando los efectos del consumo, lo que estrecha la relación entre el estrés o el afecto negativo y el consumo de sustancias para individuos con bajos niveles de autorregulación. Esta noción de la autorregulación como variable moderadora en la relación entre el afecto negativo y el consumo de sustancias puede servir para vincular los modelos que explican el uso de sustancias a través de la propensión a la des-

viación con modelos del estrés y el afecto negativo. Aunque estos dos modelos han sido tradicionalmente concebidos y estudiados de manera aislada, la relación entre estas dos vías es digna de estudios futuros (Chassin, Hussong, Beltran, 2009). Por último, tanto el género como la edad pueden moderar la relación entre la afectividad negativa y el trastorno por el uso de sustancias (Cloninger, 1987).

4.6. RELACIONES SEXUALES, SALUD SEXUAL, CONDUCTAS DE RIESGO

Hace más de un cuarto de siglo que los investigadores y educadores se hicieron eco de la necesidad de ayudar a los adolescentes a integrar los aspectos biológicos, sociales y psicológicos de su sexualidad en todos los aspectos de su vida. Aunque investigadores del desarrollo han acumulado gran cantidad de datos sobre cómo y cuándo los adolescentes inician relaciones sexuales, el tipo y número total de actos específicos, la frecuencia de uso de protección contra el embarazo y las ETS, y cuántas jóvenes se someten a abortos, no se dispone de información en profundidad sobre los aspectos cualitativos de los adolescentes en desarrollo: sus deseos y experiencias sexuales a temprana edad. En consecuencia, sabemos poco sobre cómo los adolescentes desarrollan sus conceptualizaciones de sexo, lo que convierte a alguien en una pareja sexual, cómo los jóvenes negocian entre las motivaciones en conflicto a favor y en contra de diferentes actividades sexuales, la forma en la que interpretan sus pensamientos y fantasías sexuales, y cómo lo subjetivo y el significado simbólico de la sexualidad están determinados por su cultura y madurez biológica, social y cognitiva.

Una de las tareas de desarrollo para los jóvenes es salir de la adolescencia como adultos sexualmente sanos capaces de mantener relaciones íntimas. Los factores relacionados con conductas sexuales de riesgo van desde lo intrapersonal e interpersonal (interacciones sociales con la familia, la pareja y los compañeros) a las características de la escuela, la comunidad y la sociedad. Algunos factores pueden considerarse determinantes distales, mientras que otros son determinantes proximales. Un determinante distal se refiere a los factores que no siempre tienen un efecto directo o inmediato en el comportamiento de la salud y cuya vía de causalidad no siempre es conocida. Las influencias proximales, por el contrario, pueden mostrarse inmediatas y notables en el comportamiento de la salud (Anderson, 2004). Los comportamientos que subyacen al embarazo adolescente y las infecciones por enfermedades de transmisión sexual y las enfermedades de transmisión sexual (ITS's – ETS's) varían un poco; el embarazo se evita por el uso constante y correcto de métodos anticonceptivos fiables (por ejemplo, anticonceptivos orales o Depo Provera), mientras que las ITS's - ETS's son evitadas por un solo tipo de dispositivo anticon-

ceptivo: el condón, y las posibilidades de adquisición aumentan por relaciones múltiples, por la prevalencia de la enfermedad en la red sexual de las parejas y por el perfil de las redes sexuales. (Salazar, Santelli, Crosby, Diclemente, 2009).

4.6.1. Algunas cuestiones legales

En nuestro ordenamiento jurídico existen diferentes “mayorías de edad”, según sea el asunto sobre el que se ha de aplicar. Así, por ejemplo, la mayoría de edad sexual empieza a los trece años, según el artículo 181 del Código Penal de 1995, que tipifica cuándo existe abuso sexual. A los catorce años cumplidos se alcanza la mayoría de edad matrimonial (artículo 48 del Código Civil). A los dieciséis años se sitúa la mayoría de edad sanitaria (artículo 9.3.c de la Ley reguladora de la autonomía del paciente). Al cumplir los dieciocho años se adquieren las mayorías de edad civil (artículo 12 de la Constitución Española y 315 del Código Civil), penal (artículo 1.1 de la Ley Orgánica 5/2000, de 12 de enero, reguladora de la responsabilidad penal de los menores), electoral y contractual (artículo 1263 del Código Civil). Esta gradual adquisición de la autonomía de las personas es paralela al progresivo acotamiento de la patria potestad y tiene su fundamento en lo establecido en la Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, de modificación parcial el Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil, en donde se subraya que la mejor forma de garantizar social y jurídicamente la protección a la infancia es promover su autonomía como sujetos.

Ahora bien, una vez clarificada la mayoría de edad sanitaria, las leyes vigentes en nuestro país reconocen la capacidad de obrar de los/las menores de edad en aquellos actos considerados como “relativos a derechos de la personalidad u otros que el hijo, de acuerdo con las leyes y con sus condiciones de madurez, pueda realizar por sí mismo” (artículo 162 del Código Civil). Bienes como la libertad, la salud y la vida se consideran derechos de la personalidad, y la ley los califica como actos personalísimos, por lo que autoriza a los menores a obrar por sí mismos, salvo concreta prohibición legal y de acuerdo con sus condiciones de madurez (menor con suficiente capacidad de juicio y discernimiento). Por todo ello, la dificultad para la correcta aplicación de lo contemplado en las leyes radica en determinar qué es lo que debe entenderse por “menor capaz” o “menor maduro”.

Para dar una respuesta debemos tener en cuenta la Ley de Protección Jurídica del Menor, que destaca la capacidad progresiva de los menores de edad de ejercer derechos, introduciendo la dimensión evolutiva del desarrollo en el ejercicio directo de sus derechos. No existe en nuestro ordenamiento jurídico una edad concreta a

partir de la cual considerar a un menor “capaz” o “maduro”, ni unos criterios concretos a los que atender para valorar el grado de madurez del menor o la menor. Hasta la adquisición de la independencia sanitaria, alcanzada la edad de 16 años, la opinión del o de la menor debe ir adquiriendo más peso en la decisión final del facultativo, de forma progresiva cuanto mayor sea su edad y capacidad de discernimiento, siempre ponderados en relación con las circunstancias concretas y con la importancia de la decisión que se le exija, desde el escrupuloso compromiso del o de la profesional con los principios éticos de primer orden (beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia) para con las o los pacientes. Además, según el artículo 92 del Código Civil, todo menor que haya cumplido doce años, sea o no juicioso, debe ser escuchado y todo menor que tenga suficiente juicio, aunque no haya cumplido los doce años, también tiene derecho a ser escuchado. Sería deseable que, siempre que el niño o la niña tengan suficiente juicio y doce o más años (hasta los dieciséis), decidiera conjuntamente con sus padres.

4.6.2. Situación de la salud sexual y reproductiva

La sexualidad es la dimensión que cada cual da al hecho de ser sexuado. Todo sujeto en la condición humana es sexuado, pero cada cual elabora su propia sexualidad. La sexualidad es central y propia de la historia personal, da cuenta de cómo los sujetos se viven a sí mismos y a los otros que, a su vez, son también sexuados. Por lo tanto, los sujetos se hacen su propia imagen o concepto, sus propias sensaciones, emociones y sentimientos, transidos por esta cualidad.

Una sexualidad sana incluye tres conceptos básicos:

- La aptitud para disfrutar de la actividad sexual y reproductora y para regularla de conformidad con una ética personal y social.
- La ausencia de temores, sentimientos de vergüenza y culpabilidad, creencias infundadas y otros factores psicológicos que inhiban la vivencia de la sexualidad o perturben las relaciones sexuales.
- La ausencia de trastornos orgánicos y de enfermedades y deficiencias que entorpezcan la actividad sexual y reproductora.

En la 51ª Asamblea Mundial de la OMS, (OMS 1998), la comunidad sanitaria consideró a la población adolescente especialmente vulnerable a los riesgos relacionados con su conducta sexual, dado que se trata de un período de maduración y donde

experimentar es algo natural. Además, se hicieron las siguientes consideraciones, aun plenamente vigentes:

- La actividad sexual sin protección genera un gran número de embarazos no deseados, de abortos y de infecciones de transmisión sexual (ITS), incluida la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).
- En muchas partes no se está suministrando una educación sexual objetiva y sin prejuicios, ni en los centros educativos ni en otros lugares.
- De la falta de información y conocimientos sobre cuestiones relativas a la sexualidad, los cambios y funciones corporales y los sentimientos y emociones, deriva una tensión emocional innecesaria.
- Hay una insuficiencia de servicios sanitarios de carácter confidencial pensados para jóvenes. Esta carencia puede limitar su acceso a atención y a asesoramiento adecuado.

4.6.3. Experiencia sexual

Diferentes estudios muestran una tendencia al inicio de las relaciones sexuales con penetración a edades cada vez más tempranas, observándose un inicio más precoz de las relaciones sexuales en los hombres que en las mujeres, aunque las diferencias por sexo son menores entre los/las más jóvenes (Belza, Koerting, Suarez, Álvarez, López, Melero y Royo, 2006). La Encuesta de Salud y Hábitos Sexuales (ESHS) en España, indica que el 16,5% de las personas de 18-29 años ha tenido su primera relación sexual con menos de 16 años. Por grupos de edad, en ambos sexos se observa que en el grupo más joven (18-19 años) se da el porcentaje más elevado, sobre todo en las mujeres, que casi se duplica, pasando del 10,8% en las de 25-29 años al 18,9% en las menores de 20. De ahí que en los últimos años esté emergiendo un colectivo de IVE en menores de 16 años, inexistente hasta hace pocos años.

Al descender la edad de la primera relación sexual y al retrasarse la edad en la que se forma una familia, aumenta el período en el que las y los jóvenes están sexualmente “activos”, con un mayor número de parejas sexuales. El estilo de vida sexual del o de la adolescente y del adulto joven se caracteriza por establecer, en el marco de una relación afectiva, muchas relaciones monógamas a corto plazo. Los y las jóvenes consideran como pareja estable aquella que permanece junta durante un pe-

ríodo relativamente reducido con respecto a épocas anteriores (Comunidad de Madrid. Servicio de Promoción de la Salud, 2004).

4.6.4. Métodos de anticoncepción y prevención

El preservativo es el método de prevención más extendido entre la población juvenil, aunque, a mayor edad, mayor presencia se da de anticonceptivos orales. Según la ESHS, el 63,1% de las personas de 18-29 años usaron el preservativo la última vez que tuvieron relaciones sexuales y su uso desciende a medida que aumenta la edad. En la mayoría de las ocasiones, es el hombre quien lleva el preservativo, pero a medida que aumenta la edad, se comparte la iniciativa de tener un preservativo disponible en el primer encuentro sexual con una nueva pareja, disminuyendo el desequilibrio por sexo de esta conducta (Belza et al., 2006).

La juventud percibe el propio riesgo de infección por VIH y otras infecciones de transmisión sexual como algo lejano, que no le puede pasar, siente que el VIH es una amenaza en cierta medida superada y que solo les ocurre a otras personas, y reconocen utilizar la apariencia física o el tener alguna referencia de la pareja como un indicador para bajar la guardia y olvidarse de la prevención (Bimbela y Maroto, 2003).

Según la ESHS los principales motivos citados por los jóvenes para no usar preservativo con una nueva pareja se relacionan con la falta de disponibilidad del mismo, estar utilizando otro método anticonceptivo, creer que se conocen lo suficiente y la falta de comunicación entre la pareja.

Como ya hemos señalado, el uso del preservativo entre la población joven está cada día más extendido. A pesar de esta tendencia favorable, hay también indicadores indirectos de prácticas sexuales desprotegidas que, en ocasiones, podrían ser de riesgo para la infección por VIH. Entre estos indicadores está el importante crecimiento en nuestro país de las interrupciones voluntarias del embarazo, especialmente en menores de 24 años (Subdirección General de Promoción de la Salud y Epidemiología, 2006), el empleo cada vez más frecuente de los métodos anticonceptivos de emergencia (Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud-Observatorio de Salud de la Mujer, 2006) y el incremento de las ITS. En la adolescencia las relaciones sexuales están sujetas a multitud de influencias externas que pueden favorecer una disminución del control de la situación y una mayor vulnerabilidad. Entre ellas destaca el consumo de alcohol y de otras drogas, la falta de pla-

nificación de las relaciones sexuales, la novedad de las parejas, mantener relaciones en lugares incómodos y poco íntimos o el no disponer de preservativos.

4.6.5. Contracepción de emergencia

La falta de una planificación que evite las consecuencias no deseadas de la práctica sexual puede medirse, aparte de por los embarazos no deseados y las IVE, a través de otros parámetros, como el uso de la contracepción hormonal de emergencia. La anticoncepción de emergencia (AE) es un método que se utiliza cada vez con mayor frecuencia. Con los datos disponibles se deduce que en torno al 63% de este tipo de anticoncepción es utilizada por mujeres menores de 30 años (Merino, 2008). Este método refuerza la justificación de no usar el preservativo y es altamente efectivo en la prevención de embarazos no deseados. La rotura del preservativo o el hecho de no haber utilizado ningún método anticonceptivo son los motivos alegados con más frecuencia por las jóvenes a la hora de solicitar estas pastillas.

4.6.6. Interrupción voluntaria del embarazo

La tasa de interrupción voluntaria del embarazo (IVE) registrada en 2005 fue de 9,60‰ de mujeres, lo que supone un incremento del 68,7% en solo 9 años, si la comparamos con la habida en 1996. Este incremento se ha dado fundamentalmente en mujeres menores de 25 años, aunque, se han incrementado en todos los grupos de edad (Merino, 2008). El crecimiento de las IVE en las jóvenes menores de 24 se asocia con un importante conjunto de transformaciones que han venido ocurriendo en España a lo largo de la última década (Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud-Observatorio de Salud de la Mujer, 2006):

- Cambios sociodemográficos con un fuerte crecimiento de la inmigración desde mediados de la década de 1990.
- Transformación en las condiciones de vida juvenil, con un fuerte crecimiento del trabajo asalariado en condiciones de temporalidad y un correlativo y significativo abandono de los estudios en importantes colectivos de lo que podríamos llamar clases medias y medias bajas.
- Afirmación progresiva de una sexualidad joven cada vez más temprana y generalizada. De una sexualidad que, parcialmente, incorpora las denominadas prácticas de riesgo en su propio desarrollo.

- Importante caída del esfuerzo institucional y educativo en el ámbito de la Educación para la Salud en el Sistema Educativo.

En las jóvenes se observa un claro proceso de vulnerabilidad social y de fragilidad personal que se traduce en el desarrollo de un conjunto de prácticas de riesgo en relación con los embarazos no deseados, con las infecciones y enfermedades de transmisión sexual. En 2009, las adolescentes y especialmente las jóvenes tienen una tasa de abortos más alta que la del conjunto de las mujeres: el mayor número de abortos, aproximadamente el 20 ‰, se practica en el tramo de edad de 20 – 24 años. Prácticamente el 70 % de las mujeres, cuando hicieron frente a esta situación se encontraban solteras. Su situación laboral es de asalariadas en un 60% y con un cierto déficit escolar en su nivel de estudios. El 35% de las mujeres que interrumpieron voluntariamente su embarazo lo habían hecho ya anteriormente una o más veces (Ministerio de sanidad, política social e igualdad, 2010).

4.6.7. Infecciones y enfermedades de transmisión sexual (ITS/ETS)

Más de 30 enfermedades bacterianas, virales, fúngicas y parasitarias pueden ser transmitidas por vía sexual. Las infecciones de transmisión sexual (ITS) son un importante problema de salud pública tanto por la magnitud que alcanza a nivel global como por sus complicaciones y secuelas, si no se realiza un diagnóstico y tratamiento precoz.

La información epidemiológica sobre las ITS a nivel estatal se obtiene a través del Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO). Las ITS sometidas a vigilancia epidemiológica son la infección gonocócica, la sífilis y la sífilis congénita (Centro Nacional de Epidemiología, 2006). Los datos del sistema EDO describen un aumento del diagnóstico de sífilis a partir del año 2000 y de gonococo, clamidia y herpes a partir del año 2002.

En 2007 en España se estimó que viven entre 120.000 y 150.000 personas con VIH o SIDA, un 3 por 1000 de la población, de los cuales el 20-25% son mujeres y el 75-80% hombres. Una cuarta parte de estas personas no sabe que está infectada y se estima que cada año se producen entre 2.500 y 3.500 nuevas infecciones y mueren 1.600 personas con la infección por VIH como causa principal (Merino, 2008).

En España, la transmisión del VIH ha disminuido y se ha producido un cambio en los patrones epidemiológicos. Actualmente la transmisión heterosexual es la más frecuente (46,6%), seguida por la de hombres homosexuales/bisexuales (30,1%) y la de

usuarios de drogas por vía parenteral (UDVP) (16,3%) (Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida, 2006b). Una de cada cuatro de las nuevas infecciones diagnosticadas es de una mujer y las incidencias para hombres y para mujeres se aproximan o incluso se igualan en los grupos de edad más jóvenes debido al peso creciente de la transmisión heterosexual, lo que sugiere que, en el futuro, el sida afectará en la misma proporción a ambos sexos (Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida, 2006a). En el período 2003-2005 el 26,7% de los nuevos diagnósticos de infección por VIH eran en menores de 30 años (Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida, 2006b).

La población joven y adolescente continúa estando en el centro de la pandemia del VIH en términos de transmisión, vulnerabilidad, impacto y potencial para cambiar las actitudes y los comportamientos que son la base de esta infección. En el periodo 2003-2005, el 46,1% de los nuevos diagnósticos de infección por VIH en España eran en menores de 35 años (Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida, 2006b).

4.6.8. Jóvenes especialmente vulnerables

Existen algunos grupos de adolescentes que necesitan una atención especial:

- Adolescentes desescolarizados y no integrados en el mercado laboral, y colectivos en circunstancias socioeconómicas muy desfavorables (Warren, 2000). En estos grupos se acumulan riesgos y déficits en la adquisición de un capital de salud que no se subsanan con los programas generales dirigidos a la juventud, y necesitan intervenciones específicas basadas en sus características y necesidades.
- La desventaja socioeconómica tiene numerosas consecuencias para la salud (OMS, 2007b). Se estima que la tasa de pobreza para el grupo de edad de 16-24 años está en el 19,1% de esta población. 37.206 menores de 12 a 18 años fueron atendidos por los servicios sociales de atención primaria (Observatorio de la Infancia 2006). Sin intervenciones efectivas, la exclusión social en la juventud puede continuar hasta la adultez y transmitirse a la siguiente generación.
- Un colectivo de especial vulnerabilidad por las características del entorno en el que vive o ha vivido es el formado por los y las jóvenes sometidos a medidas de protección que, en 2008, fueron 23.143 en toda España, de los

cuales 10.844 estuvieron acogidos en modo residencial, 2.224 en acogimiento familiar administrativo, 1.022 en acogimiento judicial y los autos de adopción fueron 672 (Dirección General de las Familias y la Infancia, 2008). La salud de los y las jóvenes sometidos a estas medidas ha sido poco estudiada. Uno de los estudios realizados en centros de menores (Díaz-Aguado, Martínez y Martín, 2002) nos indica una mayor frecuencia de conductas o factores de riesgo. Por ejemplo, el 42,9% de los y las adolescentes evaluados habían tenido su primera relación sexual antes de los 14 años. Entre los que habían tenido relaciones sexuales, el 33,1% no había usado ningún método de prevención y un 20% de ellos afirmó no tener información sobre métodos anticonceptivos y de prevención de enfermedades de transmisión sexual.

- Otro colectivo de jóvenes vulnerables y problemáticos lo constituyen los y las jóvenes menores de entre 14 y 18 años que han sido detenidos por la comisión de delitos en alguna ocasión. Este colectivo es poco conocido desde el punto de vista de la salud, aunque podemos suponer que en él se encuentran enormes carencias de **capital de salud**, y la misión del sector salud debería ser poner la salud a disposición del proceso de reinserción. Esto puede ser especialmente útil en el caso de que coexistan adicciones, problemas mentales o agresividad, o cuando no se hayan adquirido las habilidades sociales y de vida suficientes. Apoyar la transición a la vida adulta necesita el desarrollo de actividades coordinadas y coherentes por encima de los 18 años, ya que las creencias y conductas de estos jóvenes reflejan su contexto social, y en estas edades pueden producirse cambios en este ambiente y, por lo tanto, nuevas oportunidades para superar las dificultades que conllevan los entornos donde se desarrollaba la vida de estos jóvenes (Jones, 2005).

El consumo de sustancias está asociado a la exposición al VIH / SIDA directamente, a través del uso de drogas intravenosas, e indirectamente a través de toma de decisiones inadecuadas referidas al uso de medios anticonceptivos, en especial al uso del condón. Kapungu, Thakral, Limberger y Donenberg. (2009)

4.7. BÚSQUEDA DE SENSACIONES

El concepto de búsqueda de sensaciones (Zuckerman, 1990; Zuckerman, Eysenck y Eysenck, 1978) ha merecido una considerable atención desde su desarrollo original. Constituye un rasgo de personalidad definido como la tendencia a afrontar riesgos para vivir experiencias complejas y novedosas.

Este concepto fue introducido por Zuckerman (1978, 1979) para referirse a la predisposición de algunos sujetos a experimentar sensaciones nuevas e intensas que pueden traducirse en conductas desinhibidas y transgresoras. Esta dimensión se caracterizaría por una tendencia a actuar sin planificar las acciones, impulsivamente sin anticipar las consecuencias, con una búsqueda activa de experiencias que supongan excitación y riesgo. El término “búsqueda” hace referencia a, que el rasgo, se expresa de forma activa, y término “sensación” (en lugar de “estimulación”) a que el efecto sensorial de la estimulación externa es el que cobra mayor importancia para definir su valor como refuerzo primario. El buscador de sensaciones elige los estímulos externos que las maximizan. Se caracteriza por su tendencia a hacer aquellas cosas que un bajo buscador de sensaciones consideraría peligrosas y arriesgadas; la diferencia entre unos y otros es la distinta valoración que hacen del riesgo en referencia a la probabilidad valorada de un resultado negativo. El buscador de sensaciones optará por aquellos estímulos sensoriales y sociales capaces de producirle sensaciones inusuales (arte, música, actividades físicas, vestidos, amigos, drogas, relaciones sexuales, etc.).

El rasgo “búsqueda” está positivamente relacionado con el gusto por la variedad: preferencia por comidas exóticas, una experiencia sexual variada, deportes arriesgados, etc. (Zuckerman, 1979). A nivel psicológico la Búsqueda de Sensaciones se ha relacionado con la sociabilidad, la impulsividad, la psicopatía, los trastornos psicopatológicos, la conducta sexual, la morbosidad, la agresividad, etc. También presenta una intensa relación con el consumo de drogas y la conducta disocial, y es una variable importante a la hora de identificar situaciones de riesgo ya que el buscador de sensaciones valora la recompensa del riesgo, los intensos efectos que este tipo de actividades pueden proporcionar que los resultados negativos de la conducta. Weinstein, (1980), denomina a esta característica “sesgo optimista”.

5. TRASTORNOS DE CONDUCTA

Los enfoques fundamentales en la psicopatología de la infancia y la adolescencia, que han convivido tradicionalmente, han sido el modelo **médico-categorial**, que emplea criterios para establecer la presencia de trastornos que son resultado del consenso entre grupos de expertos, y el modelo **psicométrico-dimensional**, que se deriva de conceptos psicométricos utilizando procedimientos cuantitativos para determinar empíricamente qué características tienden a coocurrir en las diferentes formas de síndromes. Estos enfoques han originado la taxonomía Categorical [las categorías se construyen a través de hipótesis de covariación de síntomas observados en la práctica clínica (Wakefield, 1999a, 1999b)], y la Dimensional [resultado de la aplicación de técnicas estadísticas, como el análisis factorial, a diferentes grupos de síntomas (Achenbach, 1990, 1991)]. Las investigaciones no han concluido la superioridad de un método de evaluación frente a otro (Brunshaw y Szatmari, 1988; Costello, Edelbrock y Costello, 1985; Edelbrock y Costello, 1988; Jensen, Salzberg, Richters, Watanabe y Roper, 1993; Weinstein, Noam, Grimes, Stone y Schwab-Stone, 1990) y cada uno de ellos cuenta con ventajas y limitaciones.

Los sistemas de clasificación *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM, por sus siglas en inglés), (APA, 2007) y la *Clasificación Internacional de las Enfermedades* (CIE), (OMS, 2004) son los sistemas categoriales más utilizados a nivel internacional tanto en clínica como en investigación. Se basan en criterios diagnósticos para dividir los trastornos en distintas categorías, es decir, las taxonomías categoriales realizan una evaluación cualitativa de los trastornos mentales en la que éstos son considerados entidades discretas cualitativamente diferentes de lo que es considerado normal. Las versiones actuales del DSM (DSM-IV-TR) y la CIE (CIE-10) describen todos los trastornos mentales como conceptos categóricos-politéticos. El calificativo politético refiere que los trastornos mentales específicos están definidos por múltiples síntomas y se considera que los individuos tienen algún trastorno cuando presentan la combinación y el número de síntomas correctos. Los trastornos son fenómenos dicotómicos (se padecen o no), no hay excepciones ni se permiten graduaciones de presentación frente a no presentación.

El *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*, se define como un sistema de clasificación **jerárquico** (presenta los trastornos organizados en categorías que a su vez se dividen en otros subtipos de un mismo trastorno), **multiaxial**

(evalúa las características individuales en función de las áreas presentes en el modelo biopsicosocial). Al igual que la DSM, la CIE presenta una organización jerárquica y multiaxial, pero menos categorías para explicar la psicopatología y menor operativización de sus definiciones.

Las taxonomías dimensionales clasifican los problemas individuales siguiendo una estrategia empírica que tiene como resultado la cuantificación de las conductas. La perspectiva dimensional deriva de la psicopatología evolutiva (Achenbach y Edelbrock, 1983; Frazier, Youngstrom y Naugle, 2007), y considera la conducta normal o anormal como parte de un continuo, no como fenómenos distintos. Por ejemplo, los Trastornos de Conducta reflejarían el extremo de un continuum de una serie de conductas propias de la infancia. En el enfoque dimensional, normalidad y anormalidad no son condiciones intrínsecamente diferentes, sino que corresponden a categorizaciones a partir de un número de variables sociales o subjetivas y los mismos procesos causales y los determinantes externos e internos (biológicos y psicológicos) participan en la génesis, desarrollo y mantenimiento de conductas funcionales y disfuncionales. Las dimensiones son continuas y clasifican síntomas, no pacientes, no son excluyentes y pueden ser aditivas (Golberg, 2000).

Aunque en el DSM-IV no se asume que cada categoría de trastorno mental sea una entidad separada, el propio texto (pág. xxii) reconoce y describe las limitaciones de un sistema diagnóstico exclusivamente categórico-politético en lo que respecta al problema de heterogeneidad de los casos clínicos y por ello está creciendo de forma sustancial el interés por mejorarlo (DSM-V) con conceptos dimensionales (Krueger y Bezdjian, 2009). Desde esta perspectiva, la comorbilidad se debe a la existencia de dos o más trastornos distintos simultáneos, debidos a un proceso biológico manifestado de formas diversas según su aparición epifenomenológica (Golberg, 2000), o a dos causas biológicas distintas que crean trastornos diferentes.

Clínicamente los modelos categoriales son fundamentales para determinar si el niño o adolescente está o no padeciendo el trastorno. Sin embargo, para entender la relación existente entre las variables sociales y biológicas el modelo dimensional parece el más apropiado (Frazier et al., 2007).

5.1. TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD

El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) es una de las condiciones psicopatológicas más comunes en edad escolar (APA, 2000), y forma parte de una amplia categoría de trastornos de inicio en la infancia, junto a los trastornos Disocial (TD) y Negativista Desafiante (TND), denominada Trastornos del Comportamiento Perturbador. Desde la perspectiva dimensional se considera un trastorno externalizante (López-Soler, Castro, Alcántara, Fernández y López-Pina, 2009). Este trastorno ha suscitado un gran interés social en la última década, debido principalmente a su elevada tasa de prevalencia, a su carácter crónico y al fuerte impacto que ocasiona en el ámbito familiar, escolar y social; pero sin duda también ha contribuido a la explosión que ha experimentado su investigación y la frecuente asociación que tiene el trastorno con otras psicopatologías (Brown, 2000).

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) supone una alteración de la función ejecutiva (FE), (Barkley, 2011; Denckla, 1996; Nigg, 2001). El concepto FE define la actividad de un conjunto de procesos cognitivos vinculada al funcionamiento de los lóbulos frontales cerebrales del ser humano. Estos procesos o habilidades cognitivas (la memoria de trabajo, la inhibición, la atención selectiva y sostenida, la fluidez verbal, la planificación, la flexibilidad cognitiva y el control de las interferencias) permiten la anticipación y el establecimiento de metas, la formación de planes y programas, el inicio de las actividades y operaciones mentales, la autorregulación de las tareas y la habilidad para llevarlas a cabo eficientemente (Fischer, Barkley, Smallish y Fletch, 2005).

El TDAH se considera un trastorno heterogéneo con diferentes subtipos resultado de distintas combinaciones de los factores de riesgo que actúan al mismo tiempo. Según el predominio de uno u otro síntoma, el DSM-IV-TR (APA, 2007) reconoce 3 “subtipos” de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad: Tipo con predominio del déficit de atención, tipo con predominio hiperactivo-impulsivo y tipo combinado. Se considera que el trastorno está presente cuando estas conductas tienen mayor frecuencia e intensidad de lo que es habitual según la edad y el desarrollo de la persona, y tales manifestaciones interfieren de forma significativa en el rendimiento escolar, normalmente por debajo de sus capacidades, y en sus actividades cotidianas (APA, 2007). Con la edad van disminuyendo los síntomas, sobre todo los de hiperactividad e impulsividad, pero la inatención es la característica que más perdura en el tiempo, aunque los estudios de seguimiento han suge-

rido que hasta un 80% de los casos diagnosticados como hiperactivos o TDAH en la infancia se mantendrán hasta la adolescencia (August, Stewart, y Holmes, 1983; Barkley, Fischer, Edelbrock y Smallish, 1990).

A continuación se exponen los criterios para el diagnóstico del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad y los subtipos (DSMIV-TR):

A. Inatención. Al menos seis de los siguientes:

- (1) A menudo no presta atención a los detalles o incurre en errores por descuido.
- (2) A menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas.
- (3) A menudo no parece escuchar cuando se le habla directamente.
- (4) A menudo no sigue instrucciones y no finaliza actividades escolares, encargos u obligaciones en el centro de trabajo (no se debe a comportamiento Negativista Desafiante o a incapacidad para comprender las indicaciones).
- (5) A menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades.
- (6) A menudo evita, le disgusta o es renuente en cuanto a dedicarse a tareas que requieren esfuerzo mental sostenido (como trabajos escolares o domésticos).
- (7) A menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades (por ejemplo, ejercicios escolares, juguetes, lápices o herramientas).
- (8) A menudo se distrae por estímulos irrelevantes.
- (9) A menudo es descuidado en las actividades diarias.

B. Hiperactividad-impulsividad. Al menos seis de los siguientes:

Hiperactividad

- (1) A menudo mueve en exceso manos o pies, o se remueve en su asiento.
- (2) A menudo abandona su asiento en clase o en otras situaciones en las se espera que permanezca sentado.
- (3) A menudo corre o salta excesivamente en situaciones en las que es inapropiado hacerlo (en adolescentes y adultos puede limitarse a sentimientos subjetivos de inquietud).
- (4) A menudo tiene dificultad para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio.

(5) A menudo “está en marcha” o suele actuar como si tuviera un motor.

(6) A menudo habla en exceso.

Impulsividad

(7) A menudo precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas.

(8) A menudo tiene dificultades para guardar turno.

(9) A menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (por ejemplo, se entromete en conversaciones o juegos).

- C. Algunos síntomas de hiperactividad-impulsividad o inatención que causaban alteraciones estaban presentes antes de los 7 años de edad.
- D. Algunas alteraciones provocadas por los síntomas se presentan en dos o más ambientes (por ejemplo, en la escuela y en la casa).
- E. Deben existir pruebas claras de un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral.
- F. Los síntomas no aparecen exclusivamente en el transcurso de un Trastorno Generalizado del Desarrollo, Esquizofrenia u otro trastorno psicótico, y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental (por ejemplo, Trastorno del estado de ánimo, Trastorno de Ansiedad, Trastorno Disociado o un Trastorno de la Personalidad).

Los síntomas deben haber persistido por lo menos durante seis meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo.

Este sistema diagnóstico se basa en estimaciones cuantitativas de la gravedad de los síntomas, el deterioro funcional según el nivel evolutivo y el establecimiento de un diagnóstico diferencial. A veces, el diagnóstico es difícil de precisar porque los síntomas suelen cambiar con la edad y en el DSM-IV no hay directrices claras sobre lo que constituye un patrón adaptado al nivel de desarrollo.

Los criterios diagnósticos de los subtipos del TDAH según el DSM-IV son:

TDAH Combinado Seis (o más) síntomas de Inatención y seis (o más) síntomas de Hiperactividad-Impulsividad que han persistido durante al menos 6 meses.

TDAH Inatento Seis (o más) síntomas de Inatención (pero menos de seis síntomas de Hiperactividad-Impulsividad) que han persistido durante al menos 6 meses.

TDAH Hiperactivo-Impulsivo Seis (o más) síntomas de Hiperactividad-Impulsividad (pero menos de seis síntomas de Inatención) que han persistido durante al menos 6 meses.

La validez diagnóstica del TDAH es transcultural, (Barkley, 2006) y la prevalencia media en la población pediátrica en todo el mundo se estima entre 2 al 12 % dependiendo de los criterios diagnósticos empleados (CIE-10, DSM-IV), del método de evaluación clínica, el tipo de muestra, la edad media de la muestra y la fuente de información (San Sebastián, Soutullo y Figueroa, 2010). Se diagnostica más en varones que en niñas y los rangos oscilan en proporción 2,5:1 a 5,6:1 (Criado y Romo, 2003) y en población en etapa escolar especialmente entre los 6 y los 9 años de edad (San Sebastián, Soutullo y Figueroa, 2010). Las diferencias en cuanto al sexo podrían deberse más a que las escalas de valoración psicopatológica y/o conductual no incluyen ítems específicos para chicas, que a una especificidad en función del sexo (Knellwolf et al., 2008).

Actualmente se estima que el origen del TDAH es genético en el 80% de los pacientes. La evidencia de una base genética para este trastorno es importante (Nigg, 2006) y proviene de cuatro fuentes diferentes: estudios de la familia de la agregación de la enfermedad entre los familiares biológicos, estudios de adopción, los estudios de gemelos, y más recientemente, estudios de genética molecular para identificar genes candidatos.

Existen otras dificultades asociadas: Dificultades para relacionarse socialmente (Whalen y Henker, 1992; Zentall, Cassady y Javorsky, 2001); torpeza motora fina (Mariani y Barkley, 1997); escasa noción y manejo del tiempo (Barkley, Edwards, Laneri, Fletcher y Metevia, 2001); tendencia a involucrarse en conductas de riesgo por comportamientos impulsivos como el consumo de drogas, o la conducción temeraria (Barkley, Murphy y Fischer, 2008); dificultad en la expresión verbal (Grodzinsky y Diamond, 1992); rendimiento académico por debajo de su capacidad y de aprendizaje; dificultad en el aprendizaje; escasa tolerancia a la frustración, a la que se pueden reaccionar con irritabilidad o labilidad emocional; tendencia a tener una autoestima baja; inicio temprano de la actividad sexual (San Sebastian, Cabasés, Soutullo y Figueroa, 2010) y comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos (Barkley, et al., 2001; Barkley et al., 2008; Clark, Prior, y Kinsella,

2000; Klorman et al, 1999; Murphy, Barkley y Bush, 2001; Nigg, 1999). La comorbilidad psiquiátrica es una característica frecuente en el TDAH. En torno al 70% de los pacientes con TDAH presentan al menos un trastorno psiquiátrico asociado y al menos dos el 40%. Entre las comorbilidades más frecuentes se encuentran los trastornos del comportamiento, (Trastorno Negativista Desafiante (TND) y Trastorno de Conducta (TC), Trastornos de Ansiedad, Trastornos del humor, Abuso de Sustancias y Trastornos de Aprendizaje (Barkley, 2006; San Sebastián, Soutullo y Figueroa, 2010).

5.2. TRASTORNO DISOCIAL Y TRASTORNO NEGATIVISTA DESAFIANTE

Aunque la delimitación conceptual de los trastornos de conducta es una tarea difícil por la complejidad y el número de variables que se manifiestan en su evolución, podemos decir que los trastornos de conducta constituyen un constructo categorial referido a una serie de síntomas que reproducen patrones conductuales disfuncionales. La presencia de este trastorno se manifiesta en una serie de conductas que implican un desajuste en la evolución del niño o adolescente (conductas disruptivas) impulsando un desarrollo social inadecuado. También expresa un tipo de conducta negativista que, por regla general, funciona como un estresor psicosocial para la familia, y la trasgresión a las normas sociales, a veces, con graves consecuencias para el adolescente en conflicto porque desencadena mecanismos de control social que pueden abrir procesos de institucionalización. La persistencia de estas conductas en la edad adulta ya fue mostrado por Robins (1996) y replicada en otras muestras y en otros países (Coleman et al., 2009).

El DSM-IV y la CIE 10 incluyen estos dos diagnósticos, aunque con ligeras variaciones: En la CIE 10 el TND sería una forma leve de TC, sin embargo, para el DSM-IV ambos son independientes. En el modelos dimensional el TND y TD forman parte de la dimensión externalizante, y en las taxonomías empíricas se definen como Oposicionismo Desafiante (OD) y Problemas de Conducta (PC) (Achenbach y Rescorla, 2001).

El Trastorno Negativista desafiante (TND) se caracteriza por un patrón de comportamiento desobediente, hostil y desafiante ante las figuras de autoridad. El Trastorno Disocial (TD) presenta un patrón de conducta en que el individuo infringe los derechos básicos de los demás y tiene un comportamiento anormal para su edad. El TD y “delincuencia juvenil” son conceptos distintos aunque superpuestos en muchas ocasiones (Rey y Domínguez, 2010).

Aunque las investigaciones han cuestionado la exactitud de la prevalencia, se estima que un 5% de los individuos entre 6 y 18 años han sufrido alguno de estos dos trastornos entre los 3 y 6 meses antes de la entrevista. El TND es más prevalente en niños menores de 12 años y el TC es más prevalente en adolescentes (Rey y Domínguez, 2010), siendo más frecuente, dos o tres veces más, en varones que en mujeres.

En general, los trastornos del comportamiento tienen una alta comorbilidad. El TND y el TC a menudo se combinan con el TDAH (10 veces más frecuente de lo que se pudiera esperar), la depresión (7 veces) y el abuso de sustancias (4 veces, cuando el individuo es adolescente) (Rey y Domínguez 2010).

Aunque entendemos de manera incompleta las causas precisas del TD, podemos reconocer algunos de sus factores de riesgo agrupados en variables biológicas, psicológicas y sociales que lo determinan de forma significativa y que deben ser consideradas para su tratamiento. Los factores de riesgo pueden tener un efecto de aditivo o ser multiplicativos. Entre los factores biológicos se encuentre la alta heredabilidad (actualmente se estima la heredabilidad de los trastornos disociales es genético en el 50%, es decir que los factores genéticos explican la mitad de la variación en la probabilidad de manifestar un rasgo particular en una muestra específica, en un momento determinado), ser varón, peso bajo al nacer, complicaciones prenatales y perinatales, lesiones y enfermedades cerebrales. Entre los factores psicológicos: bajo cociente intelectual, temperamento difícil, rasgos sociopáticos o psicopáticos, agresividad alta, problemas de atención, impulsividad e hiperactividad, problemas de aprendizaje. Entre los familiares: conducta delincuente, disocial y abuso de drogas en los padres, violencia en la familia, madre divorciada o soltera, disciplina dura, errática o inconsistente, abuso físico emocional o sexual, falta de supervisión apropiada y madre deprimida. Por último, los factores sociales: pobreza, amistades con conductas de riesgo, sufrir abuso en el colegio, vivir en barrios deprimidos (con alto nivel de criminalidad, pobreza y/o desorganización) y exposición continuada a la violencia.

La relación entre el TND y el TC es compleja. En la mayoría de los casos los síntomas del TND aparecen antes que los del TC (excepto el que se inicia en la adolescencia) y los síntomas aparecen gradualmente por lo que la frontera entre tratamiento y prevención queda difuminada (Rey y Domínguez 2010).

6. MODELOS TEÓRICOS QUE EXPLICAN LA CONDUCTA ADOLESCENTE

Los adolescentes atraviesan dos vías diferentes la segunda década de la vida. Por un lado, la mayoría de los adolescentes se desarrollan con éxito sin encontrarse con importantes problemas de salud psicológica, física o social. Por otra parte, varios trastornos psiquiátricos aumentan de forma significativa en la incidencia y la prevalencia en la adolescencia, incluyendo la depresión, los trastornos de conducta y los trastornos alimentarios. Amenazas para la salud por fumar tabaco, usar sustancias psicotrópicas y tener relaciones sexuales sin protección aumentan dramáticamente durante este período. La predicción de que los individuos seguirán una trayectoria de éxito frente a los que se encontrarán con problemas significativos durante la adolescencia es fundamental para la prevención de enfermedades físicas y mentales, y la promoción de un desarrollo exitoso.

6.1. CONDUCTAS DE RIESGO EN LA ADOLESCENCIA

Son muy abundantes las teorías que explican la conducta de riesgo, que están compuestas por una perspectiva teórica o por varias (Becker, 1966; Cloward y Ohlin, 1955; Hirschi, 2002; Matza, 1964; Merton, 1957; Reckless, 1961; Shaw y Mckay, 1949; Sutherland, 1939). Algunos científicos sociales han tratado de integrar estas teorías individuales con el fin de explorar la etiología de la conducta de riesgo desde una perspectiva multidisciplinar (Elliott, Ageton, y Canter, 1979; Gottfredson y Hirschi, 1990; Hawkins y Weis, 1985; Jessor y Jessor, 1977; Shoemaker, 2000; Thornberry, 1987).

Distintas investigaciones nos han mostrado cómo los niños con problemas de conducta están expuestos a múltiples factores de riesgo (Loeber y Stouthamer - Loeber, 1998). Factores de riesgo como la conducta desafiante durante la infancia, la impulsividad, la agresividad, la imagen de unos padres agresivos (Sampson y Laub, 1990), la disminución de la capacidad del buen cuidado parental o un nivel laxo de control de la conducta o de las relaciones con los iguales (Simons, Chao, Conger y Elder, 2001).

Cuanto más pronto un niño se involucra en una conducta de riesgo, existen más probabilidades de que tales conductas perduren a través de su adolescencia y edad adulta (Espiritu, Huizinga, Crawford y Loeber, 2001; Farrington, Lambert y West, 1998; Kempf-Leonard, Chesney-Lind y Hawkins, 2001; Krohn, Thornberry, Rivera y Le Blanc, 2001; Loeber, 1983, 1988; Loeber y Farrington, 1998; Moffitt, 1993b).

Dos significativos avances han influido en la dirección de nuestra investigación:

- Un cambio de paradigma (Richardson, 2002) que permitió una investigación centrada en la resiliencia y que comenzó en la década de los 70 buscando factores de protección³ (Zimmerman y Arunkumar, 1994) que inhibían la conducta de riesgo y promovían resultados positivos.
- El enfoque ecológico (Bartol y Bartol, 1989; Bronfenbrenner, 1979; Jessor y Jessor, 1977; Jessor 1991; Muuss, 2000) que proporcionó un marco más amplio para desarrollar los estudios e investigaciones sobre el comportamiento adolescente, ya sea prosocial o problemático.

6.1.1. Enfoque Ecológico

Bronfenbrenner (1979) propone que el desarrollo no se produce en el vacío sino que es una función conjunta de la persona y de todos los niveles del medio ambiente. Introduce una visión interaccionista del desarrollo descrito como cambios en la manera en que la persona percibe y se relaciona con su ambiente. Su perspectiva ecológica ofrece una de las bases más importantes en las que se asienta la psicología evolutiva contemporánea, por introducir una visión diferente del contexto y de su valor en el desarrollo y aportar un análisis sistémico y una metodología de investigación del tejido ambiental (Coll et al., 1997; Clemente, 1996; Lacasa, Martín y Méndez, 1994). La psicología evolutiva ha llegado a interesarse y a familiarizarse con esta perspectiva metateórica por las contribuciones de los investigadores del ciclo vital (Filipp y Olbrich, 1986). Las aportaciones de la ecología del desarrollo humano a la psicología evolutiva actual en general y a la psicología del desarrollo adolescente en particular (Clemente-Estevan y Hernández-Blasi, 1996; Crockett, 1997; Lerner 1998; Petersen, 1993; Palacio y Rodrigo, 2003; Reese y Smyer 1983; Steinberg, 1995) han generado una creciente toma de conciencia sobre los múltiples factores que inciden en el desarrollo de los individuos.

Para comprender la conducta humana es necesario situarla en una realidad de la que extrae parte de su significado. Se requería superar las teorías evolutivas tradicionales, en las que cualquier proceso básico, cognición, emoción o conducta social se entendían como función generalizable, y llegar a un nuevo paradigma donde la revolución cognitiva dejase paso a la revolución contextual (Bruner, 1998).

El entorno físico y social que rodea a un individuo puede ser descrito como un mapa ecológico compuesto por sistemas (Muuss, 2000). Bronfenbrenner define los com-

³ Un factor de protección se refiere a una variable compensatoria del impacto negativo de un factor de riesgo. Por ejemplo, la presión de grupo para la comisión de una conducta de riesgo puede ser un factor de riesgo para un adolescente, pero su influencia puede ser compensada por el control parental y los adolescentes tener menos probabilidades de ceder una presión negativa.

ponentes del mapa ecológico de una persona como "niveles ecológico-ambientales". El "ambiente ecológico" es un conjunto de estructuras donde se desarrolla el individuo, y el estudio de la interacción de los sistemas sociales nos muestra cómo es el desarrollo del individuo y lo que determina su conducta.

Debido a su amplitud el modelo de Bronfenbrenner del desarrollo humano no solo nos proporciona un marco conceptual para el estudio del comportamiento de los adolescentes, también nos sirve como una red donde se pueden integrar modelos teóricos de alcance limitado. El modelo se divide en cuatro sistemas: Macro-, Exo-, Meso- y Microsistema, al que se introdujeron modificaciones

El **microsistema** es el componente social del modelo y se refiere a patrones de actividad papeles, relaciones personales de un individuo con personas significativas. Con la adolescencia, el número de microsistemas se expande. Aunque los padres siguen siendo una parte muy importante de la vida del adolescente, el microsistema "amigos" aumenta la relevancia. Los microsistemas son experimentados directamente por el individuo y estas experiencias son consideradas relevantes. La experiencia es un componente crucial en la teoría de Bronfenbrenner, y representa la base social y psicológica y ecológica característica de su teoría.

Bronfenbrenner desarrolló el concepto de "ambiente percibido" de las contribuciones de Lewin (1935). Según Lewin, la conducta (C) se puede definir en función de la persona (P) y su ambiente (A): $C = f(PA)$. Es una relación interactiva y esa interacción entre los dos constructos se define como "nicho ecológico". Bronfenbrenner cambia **conducta por desarrollo**, así el desarrollo humano está en función de la relación entre la persona y el ambiente percibido. Según Lewin, la introducción del concepto de ambiente percibido explica mejor la conducta que el ambiente físico, es decir, para un adolescente la percepción del microsistema parental determina la efectividad de ese microsistema en la conducta.

El enfoque de Bronfenbrenner sobre el ambiente percibido se extiende a todos los sistemas. El mesosistema representa la interacción entre microsistemas que incluyen experiencias e interacciones directamente experimentadas por el individuo (Bartol y Bartol, 1989; Bronfenbrenner, 1979; Muuss, 2000) y son modelos fundamentales para el estudio de la conducta adolescente porque esta etapa está caracterizada por la asunción de nuevas y complejas tareas que, como ya hemos indicado, involucran otros microsistemas y/o aumentan su relevancia. Las investigaciones de Scaramella, Conger, Spoth, y Simons (2002), y los trabajos de Griffin et al., (1999)

son un intento por incorporar la interacción de distintos microsistemas en modelos explicativos de conductas de riesgo (delincuencia y conducta violenta).

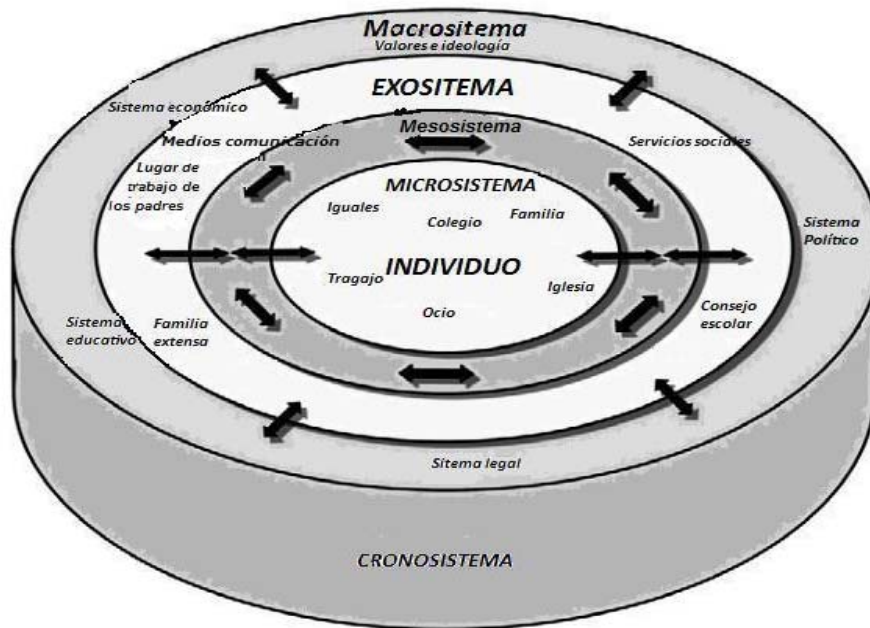


Figura 1: Modelo ecológico del desarrollo humano. Bronfenbrenner, 1979, (Adaptado de Marte, 2008).

La relevancia, la calidad y naturaleza de cada microsistema pueden dictar la mayor o menor influencia en la conducta adolescente. Así por ejemplo, el mesosistema puede ser una fuente de conflicto en la adolescencia cuando un microsistema apoya conductas negativas o valores divergentes (Scaramella et al., 2002).

El **exosistema** es la comunidad donde reside el individuo e incorpora influencias indirectas o variables distales sobre él. Representa los procesos que median en el impacto o influencia que los microsistemas tienen en el individuo. Un exosistema puede pasar a formar parte del mesosistema de un individuo (Muuss, 2000), por ejemplo, cuando un adolescente que participa en políticas locales y convierte en mesosistema lo que fue un factor distal.

Un **macrosistema** representa un proyecto social que incluye a los sistemas Exo-, Me- y Micro- y define una cultura particular de creencias, valores y oportunidades de intercambio social (Bronfenbrenner, 1993); tiene una influencia indirecta sobre el

individuo, e indica o sugiere cómo los individuos o los grupos han de comportarse en una sociedad.

Aunque Bronfenbrenner acepta las diferencias individuales y coloca al individuo en el centro de su modelo, sostiene que el pilar que fundamenta la conducta humana es la interacción entre los individuos y las fuerzas del entorno. El modelo no tiene en cuenta los factores de personalidad y esta deficiencia es reparada por Bartol y Bartol (1989) añadiendo el factor **infrasisistema**, que trata las características personales como un sistema concreto, donde la forma de procesar la información y la relación entre las fuerzas y la información que aportan los sistemas Macro-, Exo-, Meso- y Micro- depende de las características personales.

El interés se centra ahora en la forma en la cual el individuo se desarrolla en su contexto, gestionando "activos" y oportunidades, trazando su trayectoria evolutiva. Muchos investigadores evolutivos, superando las orientaciones tradicionales del desarrollo, se han centrado en describir las propiedades sistémicas en aproximaciones denominadas "contextual-evolutivas" (Lerner, 1996), "ecológicas" (Bronfenbrenner, 1978), "transaccionales" (Sameroff, 1983), "socioculturales" (Rogoff, 1993; Valsiner, 1998) o "interaccionistas" (Magnusson y Stattin, 1998).

6.1.2. Teoría de la Conducta Problema De Jessor y Jessor

Tres aspectos de la teoría de la conducta problema (TCP) de Jessor y Jessor (1977) complementan la teoría de los sistemas para ofrecer una claridad conceptual necesaria para traducir el **marco ecológico de desarrollo humano en un marco ecológico que explique la conducta humana**. Jessor y Jessor (1997) proponen una teoría psicosocial que examina, basándose en tres sistemas explicativos interrelacionados, personalidad, ambiente y conducta, cómo la personalidad y la percepción de los ambientes se combinan para explicar la conducta (prosocial y problema). Los elementos que constituyen la personalidad, como los valores, las expectativas, las creencias, las actitudes, la orientación hacia uno mismo y hacia otros son cognitivos y reflejan el significado y la experiencia social. Los elementos que constituyen el ambiente son los apoyos, la influencia, los controles, los modelos y las expectativas de otros, y tienen como característica que pueden ser conocidos o percibidos teniendo significado para la persona. Los elementos que forman la conducta son los propósitos aprendidos socialmente, las funciones o significados más que sus parámetros físicos. La conducta es además el resultado de la interacción de la personalidad y la influencia ambiental.

Tres grupos de variables dan la estructura al modelo:

↳ Variables antecedentes, que tienen una relación distal con la conducta, se incluyen:

- Características sociodemográficas
 - educación de los padres
 - ocupación de los padres
 - la religión que profesan
 - la estructura familiar

- Proceso de socialización
 - ideología parental:
 - creencias de los padres, la religiosidad y la tolerancia de la madre hacia la desviación.
 - clima familiar:
 - control de la madre e interacción afectiva con ella
 - influencia entre iguales:
 - Intereses de los amigos
 - influencia de los medios de comunicación:
 - tiempo dedicado a ver la televisión

↳ Variables psicosociales:

- Sistema de personalidad:
 - la estructura de instigación (presión) - motivación: contiene siete variables que miden el valor de la persona, las expectativas de logro, la independencia y el afecto.

 - la estructura de creencias personales: es una combinación de motivaciones y fuerzas restrictivas de la conducta; contiene variables que limitan las presiones a involucrarse en conductas que se derivan de la estructura presión – motivación. Incluye cuatro elementos:

-
- la crítica social
 - la alienación
 - la autoestima
 - el locus de control externo e interno
- estructura del control de la personalidad: tiene los mismos límites restrictivos que las variables de la estructura de creencias personales, sin embargo, está más relacionada con los problemas de conducta ya que esta estructura indica el nivel de control que tiene la persona para no llevar a cabo conductas no normativas:
- tolerancia actitudinal de la desviación
 - religiosidad
 - discrepancia entre las funciones positivas y negativas de realizar ciertas conductas

La clave en la elección de un tipo u otro de conducta (prosocial o problema) está en el ajuste entre presión o instigación y control:

- Sistema del ambiente percibido: los elementos de este sistema se relacionan con la conducta dependiendo de cómo se perciben los apoyos y los controles.
- estructura distal: está formada por seis variables que miden si un adolescente está orientado o influenciado por la familia o por el grupo y hasta qué punto esa influencia es favorable a la conducta. No inciden directamente en la aparición de problemas de conducta, pero pueden estar relacionados:
 - apoyo de los padres
 - control parental
 - control de los amigos
 - apoyo de los amigos
 - compatibilidad entre los padres y los amigos
- estructura proximal: está directamente ligado a la aparición de problemas de conducta, si están apoyados por la aprobación parental o del grupo de iguales.

↪ Variables de conducta:

- Sistema de conducta:
 - estructura de la conducta problema: la estructura de los problemas de conducta se compone de un conjunto de acciones que, cuando son ejecutadas por un adolescente, provocan una respuesta de control por parte de los adultos, intentando evitar la aparición de estas conductas en el futuro, incluye conductas como el uso de drogas, la violencia, relaciones sexuales.
 - estructura de la conducta prosocial: se refiere a acciones normativas y de desarrollo, y que son deseadas o esperadas como, por ejemplo, los logros académicos.

La conducta problema es para Jessor propositiva, instrumental, funcional. El adolescente se implica en estos comportamientos con el fin de lograr ciertas metas importantes en su desarrollo psicosocial: como vía para ganar respeto y aceptación en el grupo de amigos, establecer su autonomía respecto de los padres, enfrentarse a la ansiedad o a la frustración. Jessor sostiene que no hay nada irracional o psicopatológico en tales metas.

En 1993 Jessor en un artículo titulado "Successful Adolescent Development Among Youth in High-Risk Settings" describe el surgimiento de un nuevo "paradigma" para la investigación de los adolescentes donde están incluidos los factores contextuales y las características del individuo. Considera Jessor que este nuevo paradigma está más en consonancia con el estudio de la compleja conducta adolescente.

Los imperativos de la investigación en este nuevo paradigma son:

- La investigación longitudinal está más comprometida con un entendimiento del proceso de desarrollo y cambio a lo largo del tiempo tanto en la persona como en el entorno social.
- La investigación tiene que lograr un profundo conocimiento del contenido y la dinámica del contexto social.
- La investigación tiene que capturar las diferencias individuales.
- El conocimiento que se busca ha de abarcar la experiencia subjetiva y los significados personales, así como la conducta social.
- La investigación ha de acometerse desde una perspectiva multidisciplinar.

- La investigación ha de ser impulsada por un interés en importantes problemas sociales.

Esta perspectiva es coherente con los presupuestos de la ciencia del desarrollo y en concreto con la teoría de los sistemas de desarrollo. Autores como Waller (2001) la han denominado ecosistémica, aunque es un tema antiguo en la literatura del Trabajo social (Richmond, 1917; Towle, 1945; Twente, 1965). En trabajo social esta perspectiva es una forma de pensar y organizar el conocimiento que hace hincapié en la interrelación e interdependencia entre los individuos y los sistemas sociales, (Queralt, 1996). El enfoque del investigador se expande desde lo que ocurre dentro de los sistemas para incluir lo que pasa entre ellos. Desde este punto de vista, el desarrollo es un proceso continuo de adaptación y alojamiento entre los individuos y su medio ambiente (Queralt, 1996), es decir, el desarrollo humano no se da en el vacío, sino es el producto de las operaciones continuas entre los individuos y el desarrollo físico, social, de clase, y de los entornos culturales en los que crecer (Germain y Gitterman, 1987).

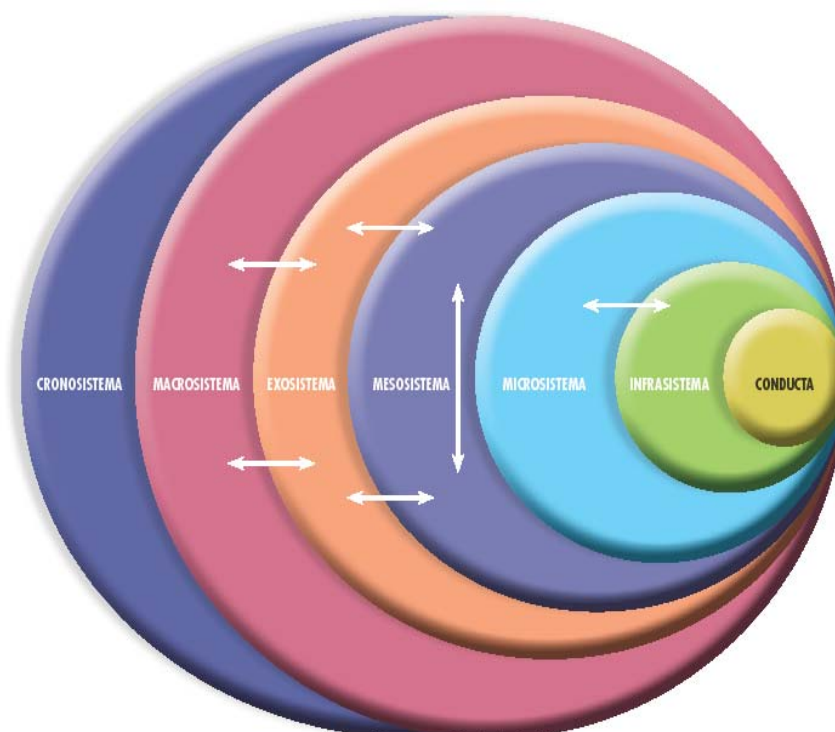
6.2. MODELO DE CONDUCTA DE RIESGO EN LA ADOLESCENCIA

El modelo de Bronfenbrenner presenta un reto cuando intenta explicar el comportamiento por que no resuelve la influencia del infrasistema en la conducta. La solución a este problema es de Jessor y Jessor (1977) al conceptualizar la conducta como un sistema en sí mismo. La incorporación del sistema de conducta al modelo ecológico permite definir el comportamiento como la interacción entre el infrasistema y el ambiente percibido.

La conducta es ahora parte del sistema y comprenden tanto las conductas prosociales como las conductas problema. Las características individuales están incluidas en el infrasistema y este es el responsable de mediar la relación entre micro-, meso-, exo-, macro- y la conducta.

Este marco de referencia proporciona una plantilla adaptada desde la que desarrollar **un modelo de conductas de riesgo** en la adolescencia. Los constructos o medidas utilizados deben ser asignados a un nivel o sistema como requisito que garantiza mantener una claridad conceptual respecto a lo que el modelo está destinado a explicar, en concreto, la distinción entre resultados psicobiológicos (infrasistema) y resultados conductuales (sistema de conducta). Es importante destacar esta diferenciación cuando el propósito de la investigación es explicar la conducta.

Figura 2: Integración de la conducta en el mapa ecológico



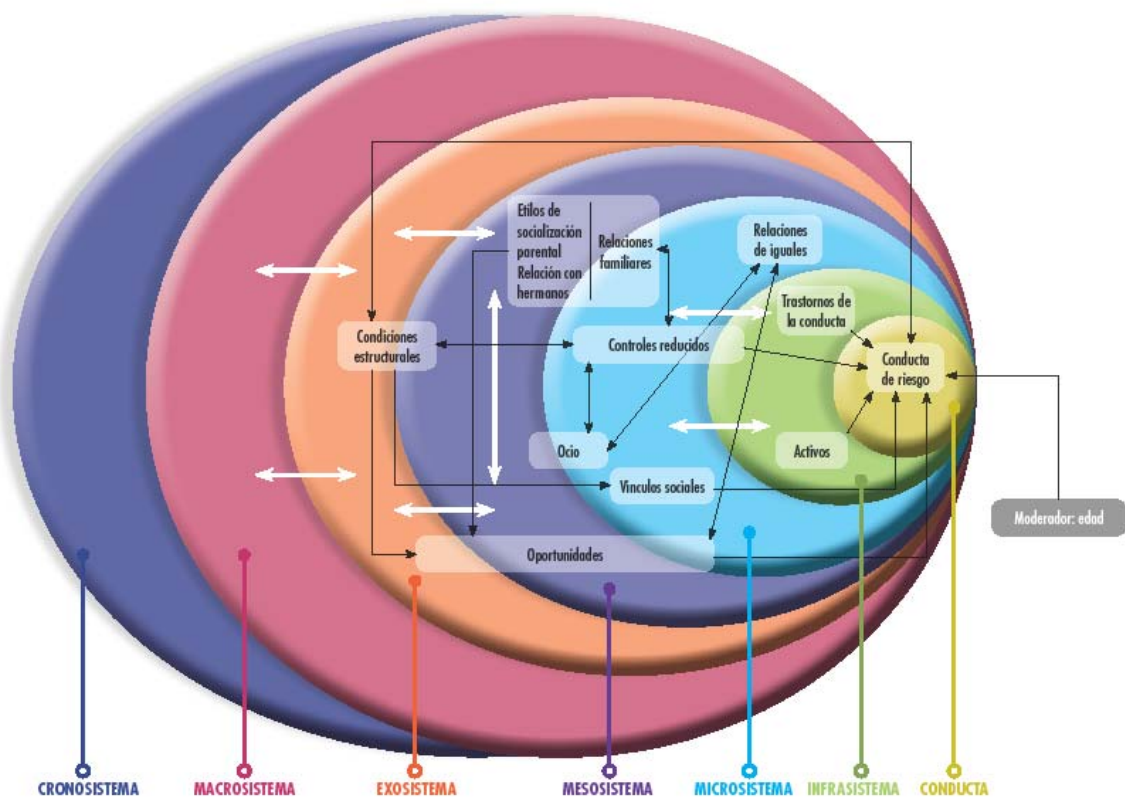
Adaptado de Marte (2008)

Las conductas de riesgo en la adolescencia se incluyen en el mapa ecológico como resultado de dos ajustes conceptuales:

- El primero y más importante es la ubicación de la conducta de riesgo en el sistema de conducta. Definir la conducta de riesgo como parte del sistema de comportamiento es coherente con TCP de Jessor y Jessor y permite reflejar adecuadamente el impacto de las variables infra-, micro-, meso-, exo- y macrosistema en la conducta de riesgo.
- El segundo cambio es la integración de elementos que nos permitan un estudio transversal en un modelo de desarrollo, y que definen las variables de nuestro estudio:
 - Condiciones estructurales y variables sociodemográficas.
 - “Activos”: Resiliencia y autoestima, y búsqueda de sensaciones.
 - Oportunidades.

- Factores de ajuste positivo: Las relaciones familiares, los estilos de socialización parental, las relaciones con los hermanos, vida académica el ocio, las relaciones con los iguales.
- Trastornos de conducta.
- Controles reducidos.
- Vínculos sociales.

Figura 3: Integración del modelo de conductas de riesgo en el mapa ecológico



Se propone la edad como moderador ya que es la única variable disponible en esta categoría.

7. MODELOS DE DESARROLLO POSITIVO

Promocionar o fomentar la resiliencia no es fácil y requiere mucho tiempo, esfuerzo y ayuda que proporcionan aquellos adultos, padres, profesionales que se agarran a la convicción de que el riesgo no necesariamente proporciona pobres resultados. En los modelos de riesgo, el desarrollo juvenil positivo es considerado como la ausencia de conductas de riesgo. La investigación se ha centrado en los riesgos para el desarrollo y las conductas poco saludables y su vocabulario en los déficits, sin hacer referencias a competencias, optimismo, expectativas de futuro o relaciones significativas. Esto supone un desconocimiento sobre la presencia de esas conductas o rasgos positivos y de los indicadores que nos ayudarán a identificarlos. Como ejemplo, proponemos el modelo de “las 5 ces”, desarrollado en los últimos años en los Estados Unidos (Oliva, Ríos, Antolín, Parra, Hernando, y Pertegal, 2010).

Este modelo está basado en la competencia y en el desarrollo positivo durante la adolescencia (Benson, Scales, Hamilton y Sesman, 2006; Damon, 2004; Larson, 2000). Tiene sus raíces en el modelo de competencia surgido a principios de los años 80 en el ámbito de la psicología comunitaria (Albee, 1980) y en las propuestas de autores como Waters y Sroufe (1983) sobre la competencia social como un constructo adecuado para indicar un buen desarrollo en una etapa evolutiva determinada. De acuerdo con este enfoque, denominado “Positive Youth Development”, la prevención no es sinónimo de promoción, y una adolescencia saludable y una adecuada transición a la adultez requieren de algo más que la evitación de algunos comportamientos como la violencia, el consumo de drogas o las prácticas sexuales de riesgo, y precisan de la consecución por parte del chico o la chica de una serie de logros evolutivos.

Se emplea un vocabulario relacionado con los conceptos desarrollo adolescente positivo, bienestar psicológico, participación cívica, florecimiento o iniciativa personal para referirse a los adolescentes que superan de forma exitosa esta etapa evolutiva (Theokas, et al., 2005). Se sitúa en la línea de los modelos sistémicos evolutivos donde las relaciones entre el individuo y su contexto constituyen la base de la conducta y del desarrollo personal: el desarrollo humano no está predeterminado, y es probabilística y relativamente plástica pues siempre hay posibilidad de cambio (Lerner, 2002). Como ya apuntamos, desde este enfoque, el cambio en la conducta es una consecuencia de las interacciones entre la persona en desarrollo, con sus características biológicas y psicológicas, y su familia, su comunidad y la cultura en que es-

tá inmersa por lo que se han de estudiar fórmulas que permitan crear un ajuste óptimo entre el adolescente y su contexto.

Los modelos del desarrollo positivo y los modelos de déficit son complementarios. Reducir y prevenir los riesgos y problemas de conducta y promover el desarrollo y la competencia son caminos paralelos. Las posibilidades de intervención se multiplican, no solo de cara a la prevención de conductas problemáticas, sino también para la promoción de conductas positivas (Lerner, Fisher y Weinberg, 2000). Un adolescente mostrará un desarrollo positivo si tiene relaciones saludables con su entorno.

Para ilustrar estas tendencias, se expone el modelo de desarrollo positivo de las 5 ces (Roth y Brooks-Gunn, 2003).

- **Competencia.** Referida a la capacidad para mostrar un buen desempeño en distintas áreas de actividad (social, académica, cognitiva y vocacional). Incluye habilidades sociales como la asertividad, habilidades de resolución de conflictos, competencias cognitivas como la capacidad para tomar decisiones, y académicas.
- **Confianza.** Es un sentido interno de valoración global positiva de uno mismo y de autoeficacia: autoestima, identidad y autoeficacia.
- **Conexión.** Se refiere a los vínculos positivos con personas (familia, iguales, adultos) e instituciones que se reflejan en intercambios bidireccionales
- **Carácter.** Es el respeto por las normas sociales y culturales, la adquisición de modelos de conducta adecuada, el sentido de lo correcto o incorrecto (moralidad) e integridad. También incluye el autocontrol y la ausencia de problemas externos o conductuales.
- **Cuidado y compasión.** Un sentido de simpatía y empatía e identificación con los demás.

Si el modelo del déficit está centrado en identificar los problemas y desajustes, el modelo del desarrollo positivo adolescente, además de definir las competencias que configuran un desarrollo saludable, lleva asociado el concepto “developmental assets”: “activos” para el desarrollo. Este concepto fue propuesto por Scales y Lefkowitz en 1999 para ser integrado en el modelo. Se refiere a los recursos personales,

familiares, escolares o comunitarios que proporcionan el apoyo y las experiencias necesarios para la promoción del desarrollo positivo durante la adolescencia.

La propuesta de Scales y Leffert (1999), validada empíricamente en estudios posteriores (Theokas, et al., 2005), incluye un total de 40 activos, 20 de ellos son externos, y se refieren a características de la familia, la escuela o la comunidad en la que vive el adolescente, como la existencia de apoyo y límites, la seguridad, la presencia de modelos adultos positivos o la influencia positiva del grupo de iguales. Los otros 20 recursos son internos, es decir, son características psicológicas o comportamentales del adolescente, como, por ejemplo, una alta autoestima, la responsabilidad personal, las expectativas de futuro o la capacidad para tomar decisiones. (Es la misma diferenciación que proponen Fergus y Zimmerman (2005), entre **“activos”** y **oportunidades**.) Conceptualmente, los **“activos”** se refieren a la posesión, control o movilización de recursos que permiten al individuo desenvolverse en la sociedad. La **“vulnerabilidad social”** es entendida como una configuración particular, negativa, resultante de la intersección de dos conjuntos; uno, definido a nivel **“macro”** relativo a la estructura de oportunidades, y otro, definido a nivel **“micro”**, referido a los **“activos”** de los actores. Simplificando los términos, es posible afirmar que la diferencia entre estos dos conjuntos radica en el hecho de que los individuos directamente no controlan o no pueden incidir en los patrones más generales de la estructura de oportunidades mientras el segundo conjunto, relativo a los **“activos”**, depende de los individuos. La vulnerabilidad social no es ni **“activo”** ni es **estructura de oportunidades**, sino la intersección entre ambos. La **estructura de oportunidades** se refiere a recursos que el individuo no controla y sobre los cuales no incide o lo hace en forma marginal (indirecta, mediatizada por estructuras intermedias, compartida con otros miembros), mientras que el concepto de **“activos”** se refiere a consecuencias directas de su acción que inciden sobre sus atributos o recursos individuales.

Los estudios llevados a cabo por Scales, Benson, Leffert y Blith (2000) muestran cómo aquellos adolescentes que gozan de un mayor número de recursos o **“activos”** presentan un desarrollo más saludable y positivo. Este desarrollo positivo se pone de manifiesto en algunos indicadores como el éxito escolar, las conductas prosociales, el interés por conocer personas de otras culturas, el cuidado del cuerpo y la salud, la evitación de los riesgos, la demora de las gratificaciones o la superación de la adversidad. Cuando estos **“activos”** no están presentes será menos probable ese desarrollo positivo y más frecuentes los trastornos emocionales y comportamentales. Por lo tanto, de acuerdo con este modelo algunas características de los contex-

tos de desarrollo en los que participan los adolescentes, tales como el apoyo y afecto en la familia, la disponibilidad de programas o actividades extraescolares en las que poder participar o la presencia de modelos adultos positivos en familia, escuela y comunidad, facilitarán que puedan resolver de forma satisfactoria las tareas evolutivas propias de la adolescencia y contribuirán a la promoción de la competencia y el desarrollo positivo adolescente.

Un antecedente de este modelo fue la propuesta de Waters y Sroufe (1983), quienes definían al individuo competente como aquél capaz de usar los recursos personales y contextuales para conseguir buenos resultados evolutivos. Las competencias específicas serían la forma en que las personas utilizan sus habilidades, valores y conocimientos para resolver de forma adecuada una determinada tarea en un contexto determinado.

INVESTIGACIÓN

INTRODUCCIÓN

Nuestro estudio responde al modelo mixto de investigación no experimental y explicativa. No experimental porque no tenemos un control directo de las variables independientes ya que sus manifestaciones ya han tenido lugar y optamos por intentar establecemos inferencias sobre relaciones entre variables a partir de la variación concomitante de variables independientes y dependientes. Explicativa porque buscamos identificar las dimensiones latentes o factores que explican las relaciones observadas entre las variables (Martínez Arias y Chacón, 2010).

Un ejemplo de investigación no experimental explicativa y que ha inspirado nuestro trabajo ha sido la de Farrell, Kung, White y Valois (2000), que investigaron la estructura de la conducta problemática en la adolescencia, con un cuestionario que evaluaba diferentes aspectos. Utilizando el análisis factorial encontraron que los datos se ajustaban bien a un modelo con tres factores o dimensiones específicas: agresión, drogas y delincuencia. Las correlaciones entre estos factores apoyaron un factor de orden superior que permitía explicar los específicos, que denominaron conducta problemática.

En el presente estudio, los resultados del autoinforme se han utilizado para probar la amplitud del *síndrome de la conducta de riesgo* examinando la estructura de una amplia variedad de conductas, incluida la Conducta problema estudiada por Farrell et al (2000).

8. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

Los objetivos generales que han orientado la presente investigación han sido:

- 1.- Avanzar en la comprensión de cómo son los adolescentes con distintas conductas de riesgo estableciendo las dimensiones que permitan evaluar dichas conductas y las variables más relevantes de su vida que pueden inferir en ella.
- 2.- Comparar a los adolescentes con distintas conductas de riesgo con aquellos en situación de riesgo social para establecer semejanzas y diferencias.
- 3.- Identificar la estructura latente del factor “Síndrome de conductas de riesgo”, reconociendo grupos de riesgo según la intensidad, el nivel de implicación y la gravedad de las conductas, haciendo posible la construcción de perfiles que describan dichos grupos.
- 4.- Establecer un modelo general que explique el desarrollo de la conducta de riesgo y su trayectoria.

En relación a los objetivos expuestos van a ser contrastadas las siguientes hipótesis divididas en función de los constructos estudiados.

1. Variables académicas

Los grupos de Riesgo se caracterizan por una peor adaptación escolar, reflejada en peores resultados académicos, menores expectativas de seguir estudiando y vínculo afectivo con el centro. Y destaca por el mayor número de sanciones graves y leves que recibió en la escuela.

2. Recursos psicológicos (activos o *assets*)

Los grupos de riesgo tienen menos recursos psicológicos (*assets*) que el grupo Control lo que se manifiesta en un menor bienestar subjetivo, resiliencia y la, autoeficacia.

3. Relaciones familiares

Los grupos de Riesgo se caracterizan por una vida familiar de menor calidad, tal como se manifiesta en: la comunicación, las normas y los conflictos.

La relación entre los hermanos tiene un importante papel en los grupos de Riesgo ya que proporciona apoyo y puede aliviar el estrés provocado por la falta de amigos y/o la separación de los padres.

4. Amigos

Los grupos de Riesgo se caracterizan por un menor número de vínculos de amistad de calidad y por ser más vulnerables a la presión de grupo de iguales.

5. Ocio

El tipo de ocio de está relacionado con los recursos y oportunidades disponibles para cada grupo.

El consumo de alcohol y otras drogas en la adolescencia se produce en contexto asociados a un tipo de ocio no estructurado.

6. Búsqueda de sensaciones.

Los adolescentes de los grupos de riesgo son altos buscadores de sensaciones, asumiendo más riesgos que el grupo de control.

7. Trastornos de conducta

Características que se ajustan a los criterios de la DSM-IV, como son: la inatención, la hiperactividad, la impulsividad, la oposición desafiante y el trastorno disocial, aparecen en los adolescentes con mayores y más graves conductas de riesgo y son predictores de posteriores conductas de riesgo.

8. Conducta de riesgo

El consumo de drogas, la delincuencia, la conducta violenta y otras conductas arriesgadas, tienen una misma estructura interna, pudiendo ser identificadas como un *Síndrome de Conducta de Riesgo*; y estas conductas se distribuyen en distintos niveles de riesgo formando circuitos por los que discurren.

Los adolescentes con conductas de riesgo graves también ejercen y/o han ejercido conductas de riesgo más leves que muestran un desarrollo de la conducta hacia la gravedad.

8.1.1.1. Conducta problema

Las conductas problema en la adolescencia tienden a aparecer de forma conjunta e interrelacionada, formando parte de un síndrome de conducta problema.

8.1.1.2. Consumo de drogas

Los adolescentes de los grupos de Riesgo consumen drogas legales e ilegales en mayor cantidad y con mayor frecuencia que el grupo de Control.

Existe una relación significativa entre el consumo de drogas legales (alcohol y tabaco) y el posterior consumo de cannabis, y entre el consumo de cannabis y el posterior de cocaína (efecto escalada).

La sobrestimación de la prevalencia del consumo de drogas de los adolescentes es un factor de riesgo para su consumo.

8.1.1.3. Relaciones sexuales

Los grupos de Riesgo son especialmente vulnerables por el incremento de la frecuencia de conductas sexuales de riesgo.

8.1.1.4. Violencia

Los grupos de Riesgo presentan comportamientos violentos en mayor frecuencia y gravedad que el grupo de Control.

Las creencias propias sobre la aceptación de la conducta violenta son un factor relevante en su aparición y desarrollo.

8.1.1.5. Delitos

La “conducta delictiva” es una conducta de riesgo integrada en el modelo general que describe síndrome de conductas de riesgo.

La creencia sobre la facilidad de conseguir un arma de fuego está relacionada de forma proporcional con el ejercicio de la conducta delincuencia.

8.1.1.6. Otras variables relacionadas con el riesgo

i. Autoimagen respecto al riesgo

Los adolescentes de los grupos de Riesgo asumen mayor riesgo que los el grupo de Control por la percepción distorsionada de éstas conductas que reduce la visión que tienen de ellas como dañinas o peligrosas

ii. Posicionamientos extremos

Los jóvenes con conductas de riesgo tienden a posicionarse en los extremos en valoraciones de asuntos o materias que les incumben y deben decidir.

9. APROXIMACIÓN CUALITATIVA PARA LA DELIMITACIÓN DE LAS CONDUCTAS DE ESTUDIO.

En un intento de ir más allá del debate cualitativo-cuantitativo, se utiliza una aproximación de los métodos mixtos (Johnson y Turner, 2003) en la que se combinan las dos aproximaciones en un mismo estudio. Las investigaciones realizadas dentro de este marco incluyen el uso de la inducción (descubrimiento de patrones) y la deducción (prueba de teorías e hipótesis). Johnson y Turner (2003) hablan del *principio fundamental de la investigación mixta*, según el cual los investigadores recogen múltiples datos, utilizan diferentes estrategias y métodos, de modo que la combinación resultante resalta las fuerzas de las diferentes aproximaciones.

Realizamos dieciséis entrevistas individuales y semiestructuradas como herramienta de diagnóstico cualitativo en el proceso de investigación con el fin de captar el significado de la realidad que permita construir el sentido social de la conducta individual. Las entrevistas en profundidad nos orientaron a tomar decisiones a lo largo del proceso de investigación: afinar en la definición de los problemas, establecer hipótesis, desarrollar instrumentos que se considera miden el proceso, realizar interpretaciones de las puntuaciones, extraer conclusiones basadas en los datos y valorar qué resultados tienen significación práctica. En este tipo de entrevistas nuestros interlocutores son informantes en el más verdadero sentido de la palabra. Actúan como observadores del investigador, son sus ojos y oídos en el campo (Taylor y Bodgan, 1986).

Para la selección de los entrevistados se realiza un muestreo teórico de adolescentes segmentados en tres bloques, los dos primeros con conductas riesgo (por consumo de sustancias o conductas delictivas) y el tercero en situación de riesgo social:

- Adolescentes en tratamiento o seguimiento por consumo de sustancias, en la actualidad o en el pasado.
- Adolescentes en cumplimiento o que han cumplido medidas o penas, en la actualidad o en el pasado.
- Adolescentes en situación de riesgo social, en seguimiento o con medidas de protección, en la actualidad o en el pasado.

Estos perfiles se pueden encontrar en un solo individuo.

Para el desarrollo de la entrevista se realiza una guía de temas como elemento vertebrador (que se puede consultar en el anexo “Entrevistas”) para facilitar la labor de la investigadora y conservar una mínima estructura en cada una de ellas. En este documento se introducen preguntas relacionadas con las variables objeto de estudio. Se registra la información con grabadoras de audio y se transcriben de forma literal. La mayor parte de las entrevistas se realizaron en marzo de 2007. Se necesitó un solo encuentro en todos los casos, excepto con Miguel, para el que fueron necesarias tres citas para concluir la recogida de información. El lugar en el que se cita a los entrevistados es conocido por ellos y adecuada sus características lo que permite crear un espacio de cercanía y confianza.

Realizamos un análisis de contenido cualitativo para catalogar la realidad empírica de los textos mediante la definición de categorías que orientaran, junto con el marco teórico, la elaboración de un cuestionario. El análisis se sustenta en la interpretación de lo que dicen los entrevistados, el modo y sus expresiones verbales y no verbales. Se señalan las variables principales que concentran el valor sustantivo de los constructos que van a formar parte del cuestionario, en las entrevistas señalan las variables que ayudaron posteriormente a la construcción del cuestionario. Todos los constructos que aparecen en el cuestionario se recogen en las entrevistas.

A continuación se presentan extractos de algunas de las entrevistas, seleccionados por ser representativos de las variables que se van a estudiar: personalidad resiliente, situación de riesgo social por desestructuración familiar, consumo de drogas asociado al ocio, desarrollo de habilidades y autoeficacia para la conducta delictiva, fracaso escolar, conductas desadaptativas y de riesgo, falta de conciencia de riesgo, relaciones sexuales de riesgo, falta de identidad lograda, etc. así hemos obtenido:

_ Moha: Personalidad resiliente. Lo tiene todo en contra, pero muestra un buen ajuste psicosocial. Llega a España en compañía de su hermano mayor con 11 años de edad y desde entonces está en un centro de protección menores del Instituto Madrileño del Menor y la Familia (IMMF), Organismo dependiente de la Consejería de Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid. Estos menores están amparados por la Ley 6/1995 de Garantía de los Derechos de la Infancia y la Adolescencia de la Comunidad de Madrid e integrados en proyectos dirigidos a “menores inmigrantes no acompañados” (MINA). No refiere dolor, estrés o miedo por las situaciones que ha vivido, simplemente explica cómo siente que coge las riendas de su vida y empieza a tomar decisiones muy temprano. No bebe, no fuma, no ha tenido relaciones sexuales de riesgo ni ningún tipo de conducta de riesgo por el que se le interroga.

Sus padres, con los que mantiene una relación telefónica porque no ha vuelto a ver, viven en Marruecos y ambos son profesores. Refiere que la decisión de venir fue suya y la explica con una madurez que no corresponde a un niño de 11 años: “tenía las ideas muy claras, sabía a lo que venía, en Marruecos puedes formarte, pero no tienes futuro”. Da mucha importancia y valor a la calidad de la educación y los valores que le han inculcado sus padres, por ejemplo, considera la conducta violenta como algo evitable si el diálogo está presente. No ve a sus padres, pero siente apoyo familiar, conserva y valora las enseñanzas de sus padres y tiene claros los objetivos que ha de conseguir y en cuánto tiempo, mientras permanezca en España.

Moha se sabe diferente y distancia su conducta de la de los otros adolescentes con los que convive, que presentan conductas de riesgo que él suele calificar de “ton-tas”. En el tiempo que lleva viviendo en el centro de menores ha conocido a multitud de jóvenes que han fracasado o tienen problemas graves en relación a su proceso de integración psicosocial, y lo atribuye a la discrepancia entre las expectativas que traen al llegar, y les hace iniciar su viaje, y lo que encuentran.

Analiza los problemas de conducta de sus compañeros con sencillez y claridad y los compara con su postura: situaciones de la vida cotidiana relacionadas, por ejemplo, con la incapacidad de aceptar las consecuencias de la conducta [no obtengo la paga semanal, que proporciona el centro, porque no he hecho mi cama (consecuencia que ya conocía) y no puedo llamar a mis padres (algo que deseo con fuerza) y decido cometer un robo para conseguir mi objetivo: hablar con mi madre]. El discurso de Moha es: *“si quieres ayudar a tu familia, ayúdales estando bien, nada más, por mucho que haya ese dinero (procedente de un robo), tu sabes, ni a nivel religión, ni a nivel de persona, sabes lo que te digo, y no hay necesidad para robar casas y chalets”* (y mandar el dinero para que tu familia esté mejor mintiendo en su procedencia).

Como se puede observar, su discurso le ayuda a tomar decisiones que promueven un proceso de integración y adaptación adecuado, que favorece el éxito de su proyecto vital.

Moha fue elegido “vicario” y esta figura le supuso permanecer en el centro después de cumplir los 18 años para ser modelo de otros adolescentes.

— **Mila:** Menor en situación de riesgo social por desestructuración y padre alcohólico. Refleja el perfil de una menor institucionalizada con conductas de riesgo en los constructos estudiados: refiere carencias familiares, un ocio pobre, relaciones se-

xuales de riesgo, etc. Expresa una falta de referentes adultos y busca apoyo en el grupo de iguales (su banda).

– **Alex:** Su perfil es de un joven, el pequeño de una familia numerosa de clase media alta, que comienza a consumir por diversión, asociado al ocio. No tiene ningún miedo a las consecuencias de su conducta, ni a las drogas, que le produjeron graves problemas de salud. Expresa una consulta sexual de riesgo reiterada con muchas parejas que asocia al consumo de cocaína, aunque explica un problema de control y se denomina promiscuo. Hasta ahora su mayor problema han sido los “muchos” embarazos de sus parejas. Su autoconcepto y autoestima están muy por encima de sus logros académicos o laborales. En la entrevista relata la relación con sus amigos adolescentes y enfoca su relato hacia uno de ellos que refleja el perfil de un agresivo-pasivo.

– **Almu:** Diversas conductas de riesgo, falta de conciencia de riesgo. Hija pequeña de una familia estructurada de clase acomodada. Derivada a tratamiento en psiquiatría por criterios para diagnóstico obsesivo compulsivo, pensamientos recurrentes y persistentes así como comportamientos repetitivos que interfieren en su vida y le generan alto grado de ansiedad. Rasgos de personalidad antisocial.

Refiere conductas vandálicas y un tipo de violencia que se asocia más al género femenino. Sus problemas comienzan con el consumo de cannabis y cocaína y abuso de alcohol. En su entrevista destaca el relato de los robos en grandes almacenes y el proceso de aprendizaje para conseguir dinero de los mismos y la distribución a pequeña escala de drogas.

Ha transgredido muchas normas, pero está en un momento de reparación, aunque la falta de conciencia sobre las consecuencias de su conducta sigue poniendo en riesgo su salud (por ejemplo el consumo abusivo de alcohol).

– **Miguel y Ricardo** son hermanos, aunque de madres distintas. En el centro de tratamiento hay más miembros de su familia de alta. De estas entrevistas destaca la estructura familiar singular y las historias de vida de una parte de los hermanos, todos relacionados con consumos de sustancias.

– **Miguel:** Describe el desarrollo de habilidades y autoeficacia para la conducta delictiva. Miguel cuenta la historia de cómo convertirse en delincuente y traficante. Se relación con iguales, con las mismas conductas, por afinidad: “en el colegio busco a los más malos”. Se identifica con figuras del cine que cuentan historias como la de su vida (el Torete y el Vaquilla), aunque encontramos dife-

rencias ente estos personajes y Miguel en relación al apoyo familiar y a redes y recurso sociales y de tratamiento. Se relaciona con naturalidad con ambientes marginales. Muestra un **estilo de vida antisocial** que hemos denominado síndrome de conducta problema (Jessor y Jessor 1977).

– **Ricardo:** Hermano de Miguel. Fracaso escolar. Se ve identificado con sus hermanos (por parte de padre) que tienen conductas desadaptativas y de riesgo. Lo más singular es que tiene un hermano mellizo que cumple los objetivos educativos y conductuales que su familia le pide.

– **Mounir:** Proviene de una familia marroquí que fue poco a poco reagrupándose en España. La cultura musulmana está muy arraigada en ellos; su madre y su hermana llevan velo islámico, su padre va con frecuencia a la mezquita y reza cinco veces al día. Mounir ha cumplido varias medidas en distintos centros de la Agencia para la Reeducción y Reinserción del Menor Infractor. ARMI, la mayoría en régimen cerrado durante aproximadamente dos años por robo con violencia. Durante la entrevista, refiere sus experiencias dentro de los centros y minimiza tanto su conducta, como las consecuencias de ésta. Tiene una absoluta falta de conciencia de riesgo e intenta dar una imagen de sí mismo que está lejos de su realidad, explica la vida de su hermano como propia, manteniendo su fábula personal y una identidad prestada.

En relación a la investigación, en su historia de vida presenta conductas de riesgo que según un informante clave, su actividad diaria es traficar cannabis en su distrito, absentismo y fracaso escolar, relaciones sexuales de riesgo, conducta agresiva y violenta y falta de capacidad para aceptar la autoridad (Oposicionismo desafiante). No tiene conciencia de problema en relación al consumo de drogas. Se incorpora a tratamiento para solucionar las denuncias que le han puesto sobre infracciones graves a la seguridad ciudadana (artículo 25 de la Ley 1/1992, conocida como ley Corcuera), que pueden suspenderse si se realiza un tratamiento de deshabitación (según el Real Decreto 1079/1993, de 2 de julio, que regula las remisiones administrativas de penas en materia de drogas). Si resuelve este inconveniente económico, tendrá la posibilidad de obtener la nacionalidad española. Amigos peligrosos, está orgulloso de conocer personas peligrosas. Los cambios positivos en su conducta los atribuye a un proceso natural de madurez y sin otorgar ningún mérito al tratamiento y a las oportunidades de las que ha dispuesto cuando ha cumplido las medidas impuestas.

10. MÉTODO

10.1. DISEÑO

El diseño de investigación es no experimental del tipo de caso-control y transversal (Martínez Arias y Chacón, 2010). El grupo de riesgo está formado por cuatro subgrupos según la Institución de procedencia de los individuos: Instituto Madrileño del Menor y la Familia (IMMF), Agencia para la Reeducción y Reinserción del Menor Infractor (ARRMI), Módulos de menores de Centros Penitenciarios (CP) y programas de menores de Centros de Atención a Drogodependientes (CAD).

Para el acceso a la muestra, se firmaron convenios de colaboración y se realizaron acuerdos verbales entre la Universidad Complutense de Madrid y las Instituciones responsables, que permitieron el acceso a diferentes Centros dependientes de estos Organismos. A continuación se describen dichos Organismos, los programas asociados a los Centros y la distribución muestral conseguida.

En relación a la orientación al riesgo el grupo de riesgo se subdivide en dos bien diferenciados:

- Adolescentes **en** situación de riesgo social, procedentes del IMMF y SubeT.
- Adolescentes **con** conductas de riesgo:
 - Antisociales (ARRMI y CP).
 - Autodestructivas (CAD).

Los integrantes del grupo Control se seleccionaron por emparejamiento grupal de edad y género; no presentan conductas de riesgo, ni viven situaciones o en condiciones de riesgo social.

A continuación se describen las principales características de las instituciones a las que pertenecen los participantes del grupo de riesgo.

Instituto Madrileño del Menor y la Familia (IMMF)

La ley 2/1996 de 24 de junio crea el organismo autónomo administrativo “Instituto Madrileño del Menor y la Familia, (BOCM 2 de junio de 1996), actualmente depende de la Consejería Asuntos Sociales, se encarga de coordinar una serie de actuaciones que inciden en el bienestar social de los niños, así como promocionar políticas

de protección a las familias. Además, dirige y gestiona los centros de acogida, residencias y hogares de protección, residencias específicas, residencias en régimen especial y centros no residenciales para la atención a menores en la Comunidad de Madrid.

Se accede a los menores a través de dos programas:

- I. Programa de intervención integral con menores en riesgo social: Programa I+I

La finalidad del programa es ofrecer una intervención individualizada, especializada e intensiva de carácter social y educativo a menores en situación de riesgo social para contribuir a su desarrollo personal desde una perspectiva integradora en la que se coordinan los dispositivos sociales, educativos y sanitarios del entorno. El programa I + I está integrado por dos proyectos cuya diferencia sustancial radica en la edad de acogida inicial de los menores atendidos (en ambos proyectos la edad de acogida es inferior a 16 años):

- a) El proyecto ADRIS atiende a adolescentes en situación de riesgo social entre 12 y 17 años
- b) El proyecto INDIS atiende a menores entre 6 y 17 años también en situación riesgo social, permitiendo la acogida de hermanos juntos.

El programa prioriza, según circunstancias específicas, el acceso de los menores y estos requisitos nos acercan al conocimiento de sus características:

- 1º. Menores con medida de protección derivados por el IMMF.
- 2º. Menores derivados por los Servicios Sociales Municipales a través, fundamentalmente, de la Comisión de Apoyo Familiar o ETMF.
- 3º. Menores derivados por los Centros Docentes. Dando prioridad a las derivaciones efectuadas a través del Programa contra el de Absentismo Escolar de zona (Técnico de Educación Municipal).
- 4º. Adolescentes que hayan cumplido una medida educativa acordada por los órganos de la Administración de Justicia y deban continuar con un programa de intervención especializada.

II. Programa de acogimiento residencial

La Ley de Garantías de los Derechos de la Infancia y Adolescencia en la Comunidad de Madrid contempla la posibilidad de que los menores sobre los que se ha acordado una medida de protección de Guarda o Tutela, sean atendidos en un centro residencial que constituye uno de los recursos procedentes cuando han fracasado o resultan inviables los apoyos o actuaciones para mantener al niño en el medio familiar de origen.

El programa dispone de una diversidad de centros de los cuales tuvimos acceso a:

1. Residencias de Adolescentes (12-18 años)

- a) Pisos o las Unidades de Convivencia son los recursos de adolescentes más comunes y se dirigen a menores que hayan cumplido como mínimo 15 años. En estos pisos se desarrollan actuaciones encaminadas hacia la inserción socio-laboral de los menores protegidos con el fin de lograr su autonomía e independencia.
- b) Las Residencias de Adolescentes han adaptado sus proyectos para la atención de menores extranjeros que llegan a nuestro país sin el acompañamiento de ningún adulto. Son los llamados Centros de Adaptación Cultural y Social (C.A.C.Y.S.), donde los menores antes mencionados permanecen temporalmente antes de pasar a ser atendidos en otro centro.

2. Residencias específicas

Estas residencias acogen a menores cuyas especiales necesidades exigen una atención profesional especializada. El *Centro de Adaptación Psicosocial*, al que accedimos, atiende a menores con trastornos de salud mental y de conducta y/o problemas de consumo de tóxicos, tienen como finalidad proporcionar atención residencial específica a aquellos menores protegidos que presentan estas problemáticas existiendo graves dificultades para ser atendidos en recursos residenciales no especializados.

Agencia de la Comunidad de Madrid para la Reeducción y Reinserción del Menor Infractor (ARRMI)

El Organismo Autónomo Agencia de la Comunidad de Madrid para Reeducción y Reinserción del Menor Infractor se crea a través del artículo 9 de la Ley 3/2004, de 10 de diciembre (BOCM nº 297, de 14 de diciembre) y Artículo 13.1.a) de la Ley 1/1984, de 19 de enero, reguladora de la Administración Institucional de la Comunidad de Madrid. Depende jerárquicamente de la consejería de Presidencia, Justicia e Interior

Los menores a los que se accedió para la administración del cuestionario en los centros de la ARMMI cumplían medidas de internamiento en régimen cerrado y semiaabierto y otros estaban incluidos en programas especializados desarrollados por la Agencia con el fin adaptar su intervenciones a las características especiales de los jóvenes, como el módulo terapéutico de centro *Teresa de Calcuta* donde los internos a los que se entrevistó cumplían medias por delitos de maltrato familiar; o el centro *Los Álamos* que desarrolla un “Programa Terapéutico por Consumo de Sustancias Tóxica”, con el objetivo general de proporcionar un espacio residencial y de convivencia que apoye y refuerce el proceso de deshabitación-rehabilitación del menor y desarrolle intervenciones de carácter socioeducativo simultáneas a la aplicación de la/s medida/s judicial/es, de forma que se facilite la progresiva integración de los menores en contextos normalizados.

Ayuntamiento de Torrejón de Ardóz

Accedimos a realizar el cuestionario a menores de este ayuntamiento a través del programa “*Sube T*”, desarrollado por la concejalía de Bienestar e Inmigración. Este programa es una iniciativa encaminada a la prevención de drogodependencias con cargo al “Fondo de Bienes Decomisados por Tráfico de Drogas y Otros Delitos Relacionados” y dirigida a concienciar a los menores y jóvenes del municipio sobre el problema de las adicciones. Este programa pretende alcanzar sus objetivos proponiendo actividades alternativas al consumo recreativo de sustancias en el tiempo de ocio a través de la educación social a menores y jóvenes procedentes de los dispositivos municipales.

Instituciones penitenciarias (CP)

La Institución Penitenciaria, pieza ineludible de la política de seguridad y de intervención social, construye un espacio de tratamiento, reeducación y rehabilitación

para aquellas personas que han cometido un delito. El sistema penitenciario español parte de una concepción de intervención en sentido amplio, que no sólo incluye las actividades terapéutico-asistenciales sino también las actividades formativas, educativas, laborales, socioculturales, recreativas y deportivas. En este sentido, la Administración Penitenciaria orienta su intervención y tratamiento hacia la promoción y crecimiento personal, la mejora de las capacidades y habilidades sociales y laborales y la superación de los factores conductuales o de exclusión que motivaron las conductas criminales de cada persona condenada.

Se obtuvo autorización para el acceso a Madrid II, módulo de menores (entre 18 y 22 años, en su mayoría preventivos en espera de juicio o sentencia) y Madrid I mujeres.

Instituto de adicciones

El Instituto de Adicciones, perteneciente al organismo autónomo Madrid Salud del Ayuntamiento de Madrid, tiene como finalidad la gestión de las políticas municipales en materia de drogodependencias y otros trastornos adictivos, en la ciudad de Madrid. Los CAD son Centros de Atención a las Drogodependencias, que forman parte de la red del Instituto de Adicciones. Desde sus equipos e instalaciones se presta una atención personalizada individual y/o grupal, en régimen ambulatorio, a aquellas personas que presentan problemas de abuso o dependencia a las drogas. Tras la necesaria autorización de la Dirección General del Instituto, tuvimos acceso a aquellos usuarios adolescentes del CAD de Tetuán.

Proyecto Hombre

Proyecto Hombre nace en España hace 25 años dedicada a la prevención, tratamiento y rehabilitación de las drogodependencias. Su método, consiste en identificar el problema existencial que induce a la persona a la adicción y trabajarlo desde un marco terapéutico-educativo para lograr que recupere su autonomía, su sentido de la responsabilidad y su capacidad para tomar decisiones y volver a ser un miembro activo de la sociedad.

Esta Entidad pone en marcha su programa de adolescentes al detectar un incremento de consumos a edades cada vez más tempranas. Los destinatarios son a adolescentes en situación de riesgo (consumidores incipientes, con problemas de relación en el ámbito familiar) y sus objetivos, impedir la cronificación del consumo al cortarlo en el inicio; potenciar el aprendizaje y desarrollar los recursos personales

para lograr un proceso de maduración más sano y facilitar la integración social, escolar y/o laboral del adolescente.

Tras un acuerdo con el actual Director General de la Institución, entonces responsable del programa de menores, se obtuvieron las entrevistas que completan la muestra de menores con conductas de riesgo por consumo de drogas a los que incluimos en la categoría CAD.

Los sujetos del grupo de control se recogieron por muestreo de conveniencia en los siguientes centros:

- IES Ana María Matute, situado en el término municipal de Velilla de San Antonio en Madrid.
- GS Formación y empleo (alumnos que cursan módulos de garantía social porque han abandonado la etapa de Educación Secundaria Obligatoria sin alcanzar los objetivos correspondientes. La finalidad de estos programas es proporcionar a estos jóvenes una formación básica y profesional que les permita incorporarse a la vida activa o proseguir sus estudios, especialmente en la Formación Profesional Específica de Grado Medio. La modalidad de Formación-Empleo es de un año y consta de dos fases: La primera, de formación inicial, con una duración de seis meses y la segunda, de formación en alternancia con el trabajo, en un puesto productivo de la rama profesional en la que los alumnos se están formando, mediante contrato de aprendizaje. Su duración será de otros seis meses.
- Colegio San José de Begoña.
- Escuela Universitaria de Trabajo Social; donde se realiza un muestreo por bola de nieve, identificando individuos que cumplen con los criterios de inclusión a los que se les pide que busquen y recomienden a otros que los cumplan.

Tabla 1: Resumen de la distribución muestral

Tipo de centro	Frecuencia	Porcentaje
IMMF y SubeT.	189	26,1
CP	124	17,2
ARRMI	104	14,4
CAD	25	3,5
Total Centros	442	61,1
Control	281	38,9
Total	723	100,0

10.2. PARTICIPANTES

En el anexo “Distribución de la muestra” aparece la relación de centros y el número de cuestionarios realizados en cada uno. Estas subdivisiones pretenden estudiar factores asociados con la característica de interés de los grupos e interpreta las diferencias como reflejo de alguna faceta crítica o factores asociados de la conducta de riesgo. Se accedió a los individuos a través de Convenios de Colaboración de la Universidad Complutense con cada una de las Entidades. El número total de sujetos seleccionados dependió de la decisión de los responsables de cada Entidad.

Se obtuvo una muestra final de 723 sujetos. En las Figuras y Tablas siguientes se describen con detalle las características de los participantes. En resumen, el grupo de riesgo estuvo formado por 442 Caso o grupo de Riesgo (61%) y el de Control por 281 (39%). Los adolescentes del grupo de Riesgo se distribuyen según el tipo la institución de referencia: IMMF 189 y SubeT 9, (26% del total de la muestra), CP 124 (17,2%), ARRFMI 104 (14,4%), CAD 25 (3,5%).

Los 723 sujetos de la muestra son 467 hombres (64,6%; 42% pertenecientes al grupo de Riesgo y 22,7% al de Control) y 256 mujeres (35,4%; 20,2% pertenecientes al grupo de Riesgo y 15,2% al grupo de Control). La edad media es 17,43 (DT = 2,86; mínimo 12 y máximo 24). La media de edad del grupo de Riesgo es de 17,38 y la media de edad para el grupo Control 17,50. Como se muestra en el gráfico existen dos modas para los valores 16 y 17 años, ambos con 94 casos.

Figura 1: Distribución de la muestra según las edades de los sujetos

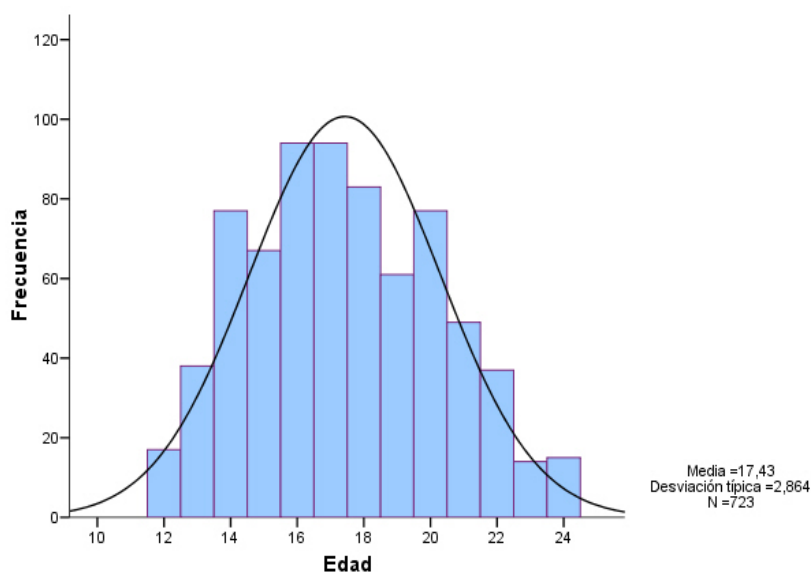


Figura 2: Porcentajes según el sexo y la edad.

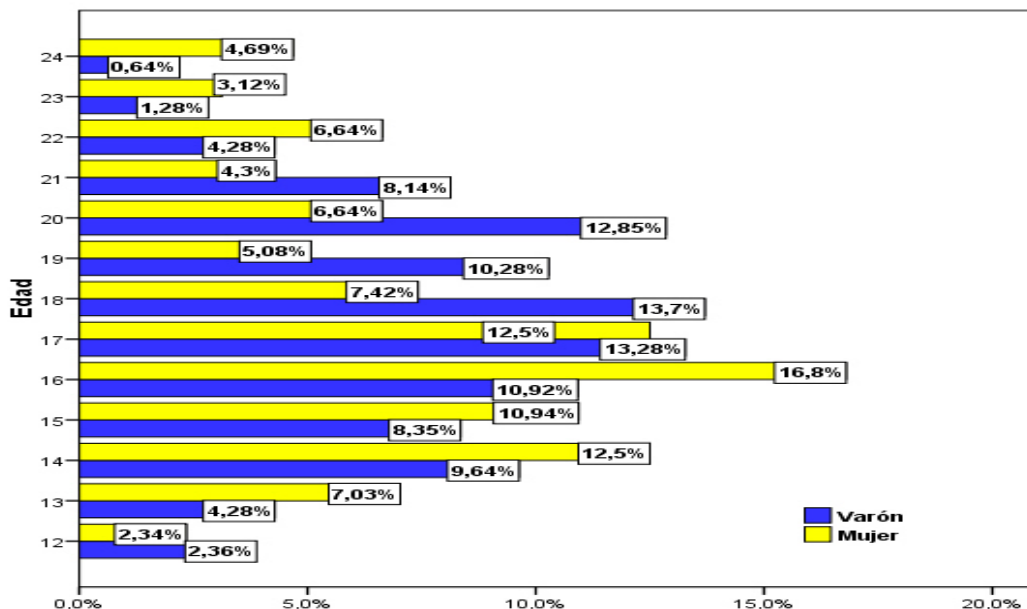
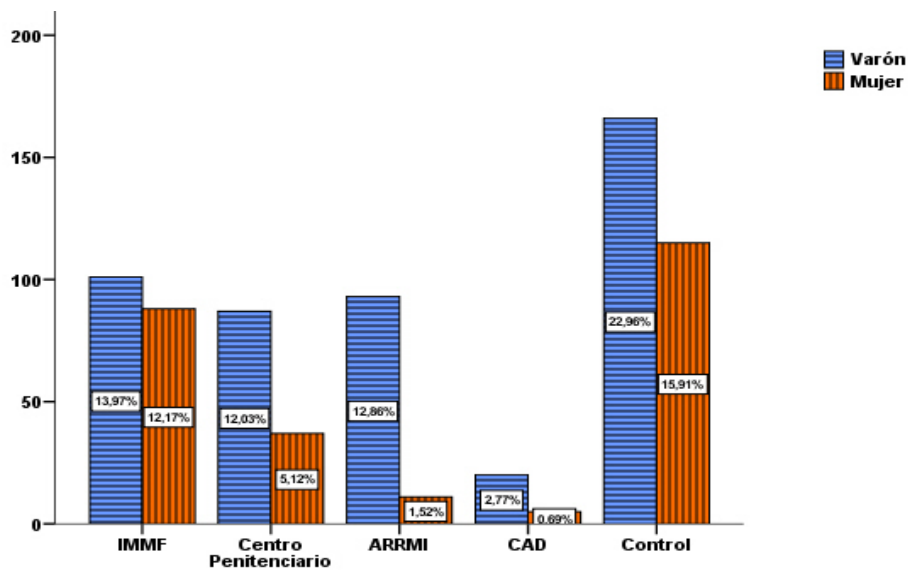


Tabla 1: Lugar de nacimiento del sujeto, padre y madre. Porcentajes

	Sujeto	Padre	Madre
España	63,6%	60,6%	60,3%
Europa Occidental	0,4%	1,1%	0,7%
Europa Oriental	2,2%	2,1%	2,4%
Estados Unidos, Canadá, Australia	0,1%	0,3%	0,4%
Latinoamérica	25,0%	24,0%	25,5%
Asia	0,7%	0,7%	0,6%
Norte de África	7,0%	9,4%	8,7%
Otros Lugares de África	1,0%	1,7%	1,4%

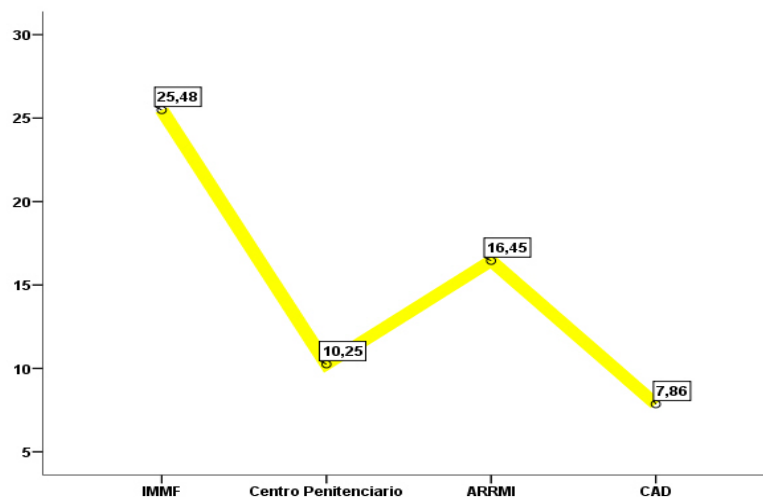
La mayor parte de los individuos de la muestra han nacido en España (63,6%), se completa con latinoamericanos (25%) y marroquíes (7%). El resto se distribuye entre Europa Oriental (2,2%), Asia (0,7%), Europa Occidental (0,4%), y Estados Unidos, Canadá y Australia (0,1%). como se observa en la tabla 1, la mayor parte de los hijos tienen la misma procedencia que los padres.

Figura 3: Porcentajes por género distribuidos según la institución de referencia



Existe una mayoría de participantes masculinos ya que también hay presencia masculina mayor en la población perteneciente a los grupos escogidos. Por ejemplo, en 2006 en los centros de la ARRMI, comenzaron el cumplimiento de medida de internamiento 924 varones y 104 mujeres. El informe general de Instituciones Penitenciarias para el mismo año informa de que los reclusos por sexo se distribuyeron en España: 50.548 varones (91,8%) y 4.501 mujeres (8,2%).

Figura 4: Tiempo medio de estancia en los centros



Existe una relación estadísticamente significativa entre la Institución de referencia y el tiempo que permanecen en los centros: $F(4 \text{ y } 438) = 21,320$; $p \text{ valor} < 0,001$; $\eta^2 \text{ parcial} = 0,128$; potencia observada 1.

Tabla 2: Medidas de protección. Porcentajes

Medidas de protección	Tutela		Acogimiento		Total	
IMMF Protección Residencia	22	31,9%	15	50,0%	37	37,4%
IMMF Protección Unidad convivencial	25	36,2%	5	16,7%	30	30,3%
IMMF Centro de Atención Psicosocial	9	13,0%	9	30,0%	18	18,2%
ARRMI Reforma	12	17,4%	0	,0%	12	12,1%
ARRMI Reforma Centro terapéutico	1	1,4%	1	3,3%	2	2,0%

Los adolescentes del IMMF son los que más tiempo permanecen relacionados con la Institución (30% protección residencial, 28% protección unidad convivencial, 26% centro terapéutico de atención psicosocial y 22% programas Indis y Adris). Los adolescentes de los CAD son los que tienen menos relación con el centro, respondiendo a factores asociados a los programas libres de drogas, donde la adherencia al tratamiento suele ser baja. Los internos de los centros penitenciarios llevan menos tiempo por su situación de preventivos o en espera de destino definitivo.

Tabla 3: Porcentajes de la actividad diaria distribuidos según los grupos Riesgo-Control

Actividad diaria	Riesgo	Control	Total
Solo estudio	40,6%	53,6%	45,6%
Estudio y trabajo esporádico	7,6%	20,8%	12,6%
Estudio y trabajo habitual	9,4%	19,3%	13,2%
Solo trabajo	22,2%	4,7%	15,6%
Ninguna actividad laboral o educativa	20,2%	1,5%	13,1%

Existe una relación estadísticamente significativa entre esta variable y el grupo al que se pertenece ($\chi^2 (720,4) = 121,153$; P valor < 0,001; V = 0,410). Los residuos son significativos para todas las categorías de la variable “Actividad diaria”; encontramos menos casos de los esperados para el grupo de Riesgo en las categorías: “Solo estudio” (-3,4), “Estudio y trabajo esporádico” (-5,2), y “Estudio y trabajo habitual” (-3,8). En este mismo grupo, los residuos son significativos y positivos para “Solo trabajo” (6,3) y “Ninguna actividad laboral o educativa” (7,2).

Tabla 4: Tipo de actividad diaria distribuida según la institución de referencia. Porcentajes

	Estudio	Estudio y trabajo esporádico	Estudio y trabajo habitual	Trabajo	Ninguna actividad	Total
IMMF	40,9%	9,9%	11,6%	8,0%	24,5%	25,8%
CP	2,7%	13,2%	20,0%	59,8%	18,1%	17,2%
ARRMI	7,9%	11,0%	5,3%	13,4%	51,1%	14,4%
CAD	3,0%	3,3%	2,1%	7,1%	2,1%	3,5%
Control	45,4%	62,6%	61,1%	11,6%	4,3%	39,0%

Existe una relación estadísticamente significativa entre la variable Tipo de actividad diaria y la institución de referencia ($\chi^2 (699,8) = 50,294$; P valor < 0,001; V = 0,375).

El tipo de actividad que un sujeto tiene está condicionada por el centro en el que está, por ejemplo, casi el 60% de los sujetos que están ingresados en un centro penitenciario trabajan de manera regular ya que esta actividad está desarrollando los objetivos de la institución.

El análisis de residuos nos informa que hay más sujetos de los esperados que solo estudian (5,3) en el IMMF, aunque es el organismo que tiene más casos repartidos en todas las categorías. Existen pocos sujetos que estudian en la cárcel, a pesar de lo asequible que resulta (-6,3), aunque también el trabajo es una forma de reeducación y reinserción social de los penados (10,9). La actividad del grupo Control es la habitual de los estudiantes de las Universidades públicas: estudiar y trabajar de forma esporádica; los residuos son significativos para todas las categorías de respuesta y son positivos para las relacionadas con los estudios y negativos para las categorías “Sólo trabajo” y “Ninguna actividad laboral o educativa”. El argumento que explica los residuos de la categoría “Ninguna actividad laboral o educativa” del grupo ARMI (10,8) es porque consideran la pregunta como “educación formal” o “trabajo con contrato” ya que todos los ingresados tienen actividades diarias (educativas o terapéuticas) que realizar.

Tabla 5: Religiosidad personal y familiar. Porcentajes

	Familiar	Personal
Practicante	35,3%	23,9%
No practicante	43,6%	41,1%
No profesa	21,2%	35,1%
Total	100,0%	100,0%

El 24% de los jóvenes se consideran religiosos practicantes. De este porcentaje pertenecen al IMMF el 33,5%; al CP el 27%; el 14% es de la ARMI; el 0,6 del CAD, y el 24,6% pertenece al grupo de Control. La relación entre la variable “religiosidad personal” y el tipo de institución de referencia es significativa: $\chi^2(720,16) = 405,900$; P valor < 0,001; V = 0,268. Los residuos significativos se sitúan en la categoría de respuesta “Practicante” en Control (-4,5), donde existen menos casos de los esperados y en el CP (4,2) donde aparecen más casos. En la categoría “No profesa ninguna religión” hay más casos de los esperados en Control (4,9), y menos en CP (-3,1).

Tabla 6: Nivel de estudios del padre y la madre

	Madre	Padre
Sin estudios	13,4%	14,1%
Primarios	26,9%	23,7%
Secundaria obligatoria	28,2%	25,9%
Secundaria no obligatoria	14,7%	15,8%
Estudios universitarios	16,8%	20,6%

Tabla 7: Situación laboral del padre y la madre

	Madre	Padre
Trabaja fuera de casa a jornada completa	44,7%	71,8%
Trabaja fuera de casa a media jornada	27,2%	14,2%
Trabaja pagado en casa	2,5%	1,6%
Trabaja sólo haciendo las tareas de casa	17,8%	0,3%
Está en paro con prestación económica	3,4%	3,1%
Está en paro sin prestación económica	2,6%	3,6%
Está jubilado por edad o invalidez	1,9%	5,4%

En las tablas 6 y 7 se describe la situación laboral y estudios de los padres. Es el padre el que trabaja fuera de casa a jornada completa en el 72% de los casos y poseen un nivel de instrucción por encima del nivel de Secundaria obligatoria el 36%. La situación laboral de las madres es más variada, repartiéndose los porcentajes entre tres situaciones laborales: trabaja fuera de casa a jornada completa, trabaja fuera de casa a media jornada y trabaja sólo haciendo las tareas de casa donde su presencia sigue siendo mayoritaria. El nivel de instrucción es algo inferior al de los padres (31,5% para niveles por encima de Secundaria obligatoria).

Encontramos que la relación entre percibir una prestación económica y pertenecer al grupo de Riesgo o al grupo Control es significativa ($N = 708$; $\chi^2 (2) = 13,402$; $V = 0,138$; $P < 0,001$). Las familias que reciben una prestación económica son el 10% del grupo de Riesgo y 5% del grupo Control; el 22% lo desconocen.

El 80% de las familias tiene 3 hijos o menos. Los adolescentes de la muestra ocupan el 1^{er} puesto en el orden de la fratría el 42%; el 2^o el 34%; y el 3^o el 13%. Como se observa en la tabla 8, la mayoría conviven con su padre, su madre y sus hermanos, dándonos una idea de la estructura de la familia.

Tabla 8: Porcentajes de la variable "Conviven con"

Padre	54,3%
Madre	67,1%
A veces con el padre a veces con la madre	4,3%
Hermanos	54,2%
Abuelos	6,7%
Otros familiares	8,0%
Tutor/a	2,9%
Compañeros de piso	7,4%
Compañeros de centro	9,1%
Otras personas	4,5%

10.3. VARIABLES Y SU MEDIDA

La recogida de datos se realizó mediante la aplicación de un cuestionario autoadministrado a los participantes, que fue construido ad hoc teniendo en cuenta los criterios y objetivos generales de la investigación, selección de ítems de escalas publicadas y la información derivada de las entrevistas semiestructuradas.

El cuestionario se presentó bajo seis versiones distintas que se elaboraron en función de la institución de referencia del subgrupo; por ejemplo, solo a los encuestados procedentes del Centro Penitenciario se les pregunta por el delito cometido y su condena (disponibles en el Anexo "Cuestionarios").

Las propiedades psicométricas de las escalas utilizadas se describen en el apartado de "Resultados", dado que se han obtenido con la muestra del estudio.

Las traducciones del inglés al castellano de las escalas originales se realizaron a través de tres expertos, fueron revisadas por dos psicólogos con amplios conocimientos en los constructos, que orientaron en la selección de aquellos ítems que consideraron con mejor sentido en castellano. También se comprobó que la versión en castellano fuera equivalente en su traducción a la escala original en inglés con una nueva traducción o back translation.

Los constructos incluidos fueron:

➤ Variables sociodemográficos.

Sexo y edad, lugar de nacimiento, convivencia, datos familiares: número de hermanos, orden de la fratría, nivel educativo y actividad laboral de los padres; religiosidad, posición política y sinceridad en la respuesta obtenida.

➤ Variables académicas: tipo de colegio, resultados y valoración académica subjetiva y sanciones escolares.

Las sanciones son un instrumento de disciplina escolar. Están descritas en el Decreto 15/2007, de 19 de abril, por el que se establece el marco regulador de la convivencia en los centros docentes de la Comunidad de Madrid y son la respuesta institucional a las faltas de disciplina o a aquellas conductas que infrinjan las normas del centro escolar. Estas faltas se clasifican en leves, graves y muy graves están tipificadas en el decreto mencionado, así como las sanciones correspondientes. Conside-

ramos que son un indicador de peso del paso del adolescente por el colegio ya que nos ofrecen la posibilidad de valorar su conducta en este ámbito y hacen más comprensibles los datos de fracaso en los resultados académicos.

La escala de sanciones que elaboramos es una versión práctica, inspirada en el reglamento sancionador de los centros y expresada en la forma coloquial habitual que manejan los adolescentes.

➤ Escala de bienestar subjetivo adolescente

La escala de bienestar adolescente la obtenemos del trabajo de Díaz-Aguado y Martínez Arias y Martín (2004) sobre prevención de la violencia y lucha contra la exclusión desde la adolescencia. En este constructo se identifican dos componentes claramente diferenciados: uno emocional referido a los afectos y uno cognitivo de satisfacción con el entorno. Sin embargo, dada la estructura de nuestra muestra, la apreciación evaluativa que el sujeto hace de su bienestar en relación a un estándar que considera apropiado como criterio autoimpuesto está influida o sesgada por las circunstancias personales que comparte con el grupo de pertenencia. Así las variables que agrupan una medida de bienestar se relacionan con los dominios de referencia del individuo: la familia, el hogar, el entorno social cercano y el futuro. En el cuestionario se propone una escala de 1 a 7 para valorar ítems en torno a estos dominios.

➤ Resiliencia

En los últimos años se han venido desarrollando investigaciones enfocadas al diseño, adaptación y validación de instrumentos cuantitativos para la medición de resiliencia. Ahern, Kiehl, Sole y Byers (2006) realizan un estudio con los objetivos de evaluar las propiedades psicométricas y la adecuación de los instrumentos para el estudio del constructo resiliencia en población adolescente. Los criterios de búsqueda fueron resiliencia e instrumentos o escalas de medida en la base de datos EBSCO (CINAHL, PreCINAHL y Academic Search Premier), en MEDLINE, PsychINFO, PsychARTICLES e Internet. Seleccionaron seis instrumentos que fueron comparados. Las escalas The Baruth Protective Factors Inventory [BPFI] (Baruth y Carroll, 2002) y Brief-Resilient Coping Scale [BRCS] (Sinclair y Wallston, 2004) no eran adecuados para la administración a la población adolescente, debido a la falta de aplicaciones en investigación con esta población. Las escalas Adolescent Resilience Scale [ARS] (Oshio, Kaneko, Nagamine y Nakaya, 2003), Connor–Davidson Resilience Scale [CD-RISC] (Connor y Davidson, 2003) y Resilience Scale for Adults necesitan más estudios

en adolescentes. La escala Resilience Scale [RS] (Wagnild y Young, 1993) se determinó que era el instrumento más adecuado para el estudio de la resiliencia en la población adolescente debido a las propiedades psicométricas del instrumento y las aplicaciones en una variedad de grupos de edad, incluyendo la adolescencia. The Resilience Scale (RS) está formada por 25 ítems con escala tipo likert de 1 a 7, y mide dos dimensiones: la competencia personal, y la aceptación de uno mismo y de su vida. Existe una versión en castellano validada en Estados Unidos con población mexicana (Wagnild y Young, 1993).

En un estudio transversal que intenta acercarse al concepto de resiliencia la opción más adecuada es evaluar la dimensión individual. Para ello se ha utilizado la escala de Resiliencia de Wagnild y Young (1993). Esta escala identifica el grado de resiliencia individual considerada como una característica de personalidad positiva que mejora la adaptación individual. Para la elaboración de la escala partieron de cinco aspectos de la resiliencia, a partir de los cuales elaboraron los ítems de la misma: **ecuanimidad** (una perspectiva equilibrada de la vida y experiencia personales de uno), **perseverancia** (el acto de persistir a pesar de la adversidad o desánimo), **autoconfianza** (la creencia en uno mismo y en sus propias capacidades), **significado de la vida** (asumir que la vida tiene un propósito y considerar las propias contribuciones de uno a ella) y **soledad existencial** (la asunción de que la trayectoria de la vida de una persona es única). Consta de 25 ítems con siete alternativas de respuesta, desde “totalmente de acuerdo” a “totalmente en desacuerdo”. Aunque la escala ha sido utilizada en castellano por Becoña, Migez, López, Vázquez y Lorenzo (2006), no dispusimos de esta versión y la traducción se realizó por el método ya indicado. Para introducir este constructo en nuestro cuestionario, se seleccionaron los ítems que mejor medían el rasgo resiliente individual, elaborando una escala con 12 ítems.

➤ Autoeficacia

La autoeficacia generalizada es un constructo referido a la creencia estable del individuo sobre su capacidad para manejar adecuadamente una amplia gama de estresores de la vida cotidiana (Sanjuán, Pérez y Bermúdez, 2000) e influye en sentimientos, pensamientos y acciones. Pocas expectativas de autoeficacia muestran individuos con baja autoestima y sentimientos negativos sobre su capacidad. La autoeficacia facilita las cogniciones sobre las habilidades propias, pensamientos que actúan como motivadores de la acción. Para nuestro estudio hemos utilizado la adaptación española de la escala de autoeficacia generalizada de Bäßler, Schwarzer y Jerusalem (Bäßler y Schwarzer, 1996). Los cambios introducidos en el original, que consta de

10 ítems con escalas de tipo Likert de 4 puntos, fueron: modificar el formato de respuesta a escalas de 5 puntos para adaptarlas a los demás constructos utilizados en la investigación y, aunque la escala es breve, elegir los 5 ítems que se consideran más adecuados para la elaboración del cuestionario.

El estudio realizado por Sanjuán, Pérez y Bermúdez (2000) ha mostrado que esta escala es adecuada para la población española y muestra una capacidad predictiva considerable por lo que puede ser aplicada a nuestro estudio por la relación que mantiene con nuestras variables.

➤ Relaciones familiares

La evaluación de variables de tipo familiar continúa siendo hoy un área objeto de estudio dentro de la prevención de la conducta problema en los adolescentes. En la última década se ha generado una gran cantidad de trabajos que vinculan la conducta desviada del adolescente con las características relacionales del núcleo familiar del que procede (Tolan, Guerra y Kendall, 1995; Muñoz-Rivas y Graña, 2001; Stenimberg y Silk, 2002; Parra y Oliva, 2007). Algunos de los aspectos que mayor atención han recibido por parte de los investigadores han sido los constructos «conflicto» y «comunicación» dentro de la familia y «estilo educativo parental». Villar, Luengo, Gómez y Romero aportan un instrumento de medida validado (Villar, Luengo, Gómez y Romero, 2003) con una estructura que recoge los constructos mencionados que se asimilan al modelo teórico que planteamos. Apoyándonos en su trabajo elaboramos una escala de 19 ítems compuesta por: 6 ítems referidos al conflicto familiar, 7 a la comunicación familiar, y 6 a los estilos educativos.

➤ Amigos

En el grupo de amigos las relaciones son cercanas y horizontales, se comparten sentimientos, pensamientos, expectativas de futuro e información. La pertenencia al grupo proporciona al adolescente apoyo emocional y un importante sentimiento de vinculación, un espacio en el que asumir responsabilidades, encontrar recursos y en el que aprender a afrontar frustraciones. Pero los adolescentes con conductas de riesgo no son capaces de conservar amigos, por regla general, los van perdiendo porque estos no comparten aquellas conductas que se mantienen a lo largo de la adolescencia o la juventud. Esta observación se ha realizado dentro de la experiencia profesional de la autora y es la causa por la que estudiamos esta variable, y la forma ha sido preguntar por el número de “amigos de verdad” que tienen.

➤ Ocio

Se han replicado dos escalas del cuestionario realizado para la investigación de Martínez, Fernández-Alba y Salgado (2004) titulada *Patrones de ocio en los adolescentes de la Comunidad de Madrid. Conductas de Riesgo: de Tomb Raider al botellón*, primer premio del Consejo Económico y Social de la Comunidad de Madrid en su sexta edición. Las escalas están formadas por ítems referidos a actividades de ocio adolescente, divididas en función al lugar donde se realizan, dentro de casa (11 ítems) y fuera de casa (15 ítems). Presentan seis categorías de respuesta en función de la frecuencia de la actividad referida. Se modificaron algunos aspectos de los ítems para mejorar la comprensión.

El dinero se convierte en un elemento importante en la configuración del tiempo libre, pero su influencia en la actividad se encuentra en la intensidad del gasto (consumir más) de la misma actividad.

Los días que sales en semana son un indicador del tipo de ocio que practican y por supuesto de su intensidad.

➤ Discursos sobre la fiesta

La escala que analiza la conducta de “consumo de sustancias” relacionado con el “ocio no estructurado” la denominamos “discursos sobre la fiesta”. La información para su elaboración se extrae del análisis de las entrevistas y está formada por 15 ítems con 5 categorías de respuesta que se clasifican en función del grado de acuerdo del joven con las afirmaciones propuestas.

➤ Presión de grupo

Se diseñó una escala de “presión de grupo” a partir de la aplicación de las entrevista en profundidad y con el objetivo de que respondiera a nuestra hipótesis sobre esta variable. El proceso del diseño comenzó incluyendo el tema en las entrevistas preliminares y concluyó con el diseño de los ítems a partir de categorías extraídas de los resultados obtenidos en las entrevistas. La escala está compuesta por cinco ítems con 5 categorías de respuesta que se clasifican en función del grado del acuerdo del joven con los argumentos de cada ítem.

➤ Conducta Problema

Gran parte de la literatura de investigación que examina la conducta problema ha utilizado el concepto de **síndrome de conducta problema** o estilo de vida de Jessor (Jessor y Jessor 1977) para explicar las correlaciones entre ellas, por ejemplo, el consumo de tabaco, de alcohol y de marihuana, la actividad sexual, etc. La tendencia hacia la desviación o la marginalidad ha sido descrita como la etiología de este síndrome (Donovan y Jessor, 1985). En los primeros estudios, a través de un análisis factorial exploratorio, un componente principal único representaba la covariación entre las medidas de la conducta problema (Donovan y Jessor, 1985; Donovan, Jessor y Costa, 1988). Los resultados de estos modelos exploratorios fueron considerados un fuerte apoyo para el constructo “síndrome de la conducta problema”. Los defensores de este síndrome sugieren que los adolescentes que proporcionan información sobre un tipo de problema de conducta suelen mostrar un abanico de problemas (Barnes, 1984; Barnes y Welte, 1986), que puede ser subsumido bajo un solo constructo (Ary et al., 1999; Zhang, Welte, y Wieczorek, 2002).

En estudios posteriores, el modelo de ecuaciones estructurales y el análisis factorial confirmatorio se utilizaron para mostrar las relaciones entre las variables de medida de las conductas de riesgo. Su estructura toma generalmente dos formas:

- Modelo básico, en el que las variables de medida cargan sobre el factor latente “síndrome de conducta” (por ejemplo, Farrell, Danish y Howard, 1992; Newcomb y McGee, 1991; Osgood, Johnston, O’Malley y Bachman, 1988; White, 1992).
- Modelo de segundo orden, donde las variables de medida cargan sobre varios factores latentes de primer orden que a su vez cargan sobre un factor de orden superior denominado “síndrome de conducta problema” (por ejemplo, Barrera, Biglan, Ary y Li, 2001; Bui, Ellickson y Bell, 2000; Newcomb y Félix-Ortiz, 1992).

El modelo de factor de segundo orden tiene un ajuste relativo mayor que el modelo de un solo factor (Cooper, Wood, Orcutt y Albino, 2003; Dembo et al., 1992; Farrell, Kung, White y Valois, 2000; Garnefski y Diekstra, 1997; Gillmore et al., 1991; Grube y Morgan, 1990; Mason y Windle, 2002; McGee y Newcombe, 1992; Mitchell y O’Neill, 1998; Osgood et al., 1988; Resnicow, Ross-Gaddy y Vaughan, 1995; Tildesley, Hops, Ary y Andrews, 1995; Vingilis y Adlaf, 1990; Williams y Ayers, 1996; Zhang et al., 2002).

Además de ser parte de un síndrome, los problemas de conducta pueden ser considerados como fenómenos únicos (Allen, Leadbeater y Aber, 1994; Dembo et al., 1992; Farrell et al., 2000; Garnefski y Diekstra, 1997; Grube y Morgan, 1990; Mason y Windle, 2002; Mitchell y O'Neill, 1998; Newcombe y McGee, 1989; Osgood et al., 1988; Resnicow, et al., 1995; White, 1992; White, Loeber, Stouthamer-Loeber y Farrington, 1999) y los adolescentes que participan en un tipo de conducta no tendrán que estar necesariamente involucrados en otras (Farrell et al., 1992; Gillmore et al., 1991; Tildesley et al. 1995; White y Labouvie, 1994).

➤ Búsqueda de sensaciones

Elaboramos una escala de búsqueda de sensaciones basándonos en la dimensión Impulsividad-Búsqueda de sensaciones (ImpSS) de ZKPQ-50-CC por sus buenas propiedades psicométricas. El ZKPQ-50-CC es una versión abreviada de ZKPQ adaptados simultáneamente a Inglés, francés, alemán y español. En España se han realizado estudios de validación de la escala de búsqueda de sensaciones de Zuckerman, en los que se reproducen las estructuras factoriales, obteniendo altos coeficientes de congruencia con las estructuras americanas y similares coeficientes de consistencia interna (Aluja, García y García, 2002). La validez de este cuestionario queda también reforzada por estudios de correlación entre la versión del cuestionario autoadministrado y la versión heteroadministrada a esposas/maridos o personas que conozcan bien al sujeto, informando de correlaciones de entre 0.47 y 0.63 en ambas versiones (Gomá-i-Freixenet, Wismeijer y Valero, 2005).

➤ Consumo de drogas

Se eligieron las variables que se consideraron más importantes para valorar el riesgo de consumo de drogas y que coinciden con la mayoría de los estudios epidemiológicos. Las variables incluidas en el cuestionario fueron: tipo de droga consumida, citadas en una secuencia que comienza por las drogas legales e ilegales, edad del primer consumo, frecuencia y cantidad. El alcohol se mide en UBEs. Como el constructo anterior se utilizan preguntas salto que posibilitan a aquellos que no realizan la conducta pasar a la siguiente pregunta.

En el cuestionario se aportan datos sobre el consumo de drogas en la adolescencia, reales, provenientes de la encuesta ESTUDES, 2004, (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2005) y sobredimensionados, con el fin de valorar la sobrestimación de la prevalencia como factor de riesgo en el consumo de sustancias.

➤ Riesgo en las relaciones sexuales

El constructo para medir el riesgo en las relaciones sexuales se construye ad hoc y se divide en dos bloques: 5 ítems, que interrogan directamente sobre la conducta sexual para valorar la cantidad de riesgo asumido en una relación sexual, para lo cual ha sido necesario haber tenido relaciones sexuales completas. Por este motivo se introducen preguntas salto que evitan preguntas pormenorizadas a aquellos que no han tenido relaciones, y una escala de 7 ítems con 5 categorías de respuesta que se clasifican en función del grado del acuerdo del joven con los argumentos para el uso del condón.

➤ Violencia

Se ha construido una escala ad hoc formada por 10 ítems para el estudio de la violencia. La información para la elaboración de los ítems se extrae del análisis de las entrevistas en profundidad.

➤ Algunas creencias sobre la violencia

Se ha construido una escala ad hoc formada por 5 ítems para la medir el estudio de las creencias sobre la violencia. La información para la elaboración de los ítems se extrae del análisis de las entrevistas en profundidad

➤ Delitos y armas de fuego

El estudio de la delincuencia juvenil como fenómeno complejo queda fuera de los objetivos de nuestra investigación. Nuestro objetivo consiste en coleccionar los datos de los delitos y faltas cometidos por los adolescentes infractores y otras variables relacionadas (condena o medida, régimen de cumplimiento, reincidencia, situación judicial) e integrarlas en el modelo general que describe el “síndrome de conductas de riesgo” o estilo de vida.

➤ Trastornos de conducta

Estos trastornos constituyen un constructo categorial referido a una serie de síntomas que reproducen patrones conductuales disfuncionales. El estudio se efectuó a través de dos constructos relacionados con los trastornos de inicio en la infancia, la niñez y la adolescencia, en concreto aquellos denominados “Trastornos por Déficit

de Atención y Comportamiento Perturbador” descritos en el DSM-IV-TR (APA, 2007).

En esta categoría, se incluyeron:

- a. Trastorno por Déficit de Atención no especificado.
- b. Trastorno Disocial (TD).
- c. Trastorno Negativista Desafiante (TND).

El primer bloque se formó con: Inatención, Impulsividad-Hiperactividad y Oposición desafiante y se denominó Trastornos de conducta.

Los ítems para la elaboración de la escala de impulsividad/hiperactividad, oposición desafiante, han sido escogidos del Child/Adolescent Psychiatry Screen (CAPS) desarrollado por Bostic (2004) como una prueba de cribado formada por 85 ítems con escalas de tipo Likert de 5 puntos. Esta escala se organiza alrededor de los síntomas de trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes (entre 3 y 21 años) utilizados en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 4^a ed. (DSM-IV TR), (APA, 2007). El CAPS nos resulta muy útil en la elaboración de nuestro cuestionario ya que somete a una evaluación preliminar ciertos síntomas sugestivos de trastorno y su evaluación ofrece una puntuación que permite calificarlos como rasgo, proporcionando un marco informativo para la confirmación de las hipótesis propuestas. Se escogen 12 ítems para la elaboración de la escala, con cinco categorías de respuesta en el pasado y en los seis últimos meses.

En el segundo bloque se incluye el Trastorno Disocial y se conservó la denominación. Se construye una escala formada por 23 ítems con cinco categorías de respuesta en función de la intensidad según el grado de apreciación del adolescente, en relación a dos momentos, el pasado y los últimos seis meses. Los ítems se elaboran con la información obtenida del análisis de las entrevistas en profundidad y teniendo como referencia el cuestionario Esperí, de reciente publicación (Parellada, San Sebastián, Martínez Arias, Martín Babarro, 2009) y el Youth Self Report (YSR) (Achenbach y Edelbrock, 1987).

El Esperí es un instrumento para la detección de problemas de conducta. La versión para jóvenes de 12 a 17 años es una escala (rating scale) de 57 ítems con cinco categorías de respuesta que se clasifican en función de la intensidad según el grado de apreciación del joven. El YSR es una escala compuesta por 120 ítems referidos a adaptación social (17) y problemas de conducta (103) cuyo contenido es similar al

Child Behavior Checklist (Achenbach y Edelbrock, 1985) y se aplica a adolescentes con edades comprendidas entre 11 y 18 años. Las respuestas se recogen en una escala de 0 a 2. Existen pruebas adaptadas a la población española con adecuados resultados de validez (Abad, Forn, Amador y Martorell, 2000).

10.4. PROCEDIMIENTO

La recogida de datos no estuvo exenta de dificultades; prueba de ello es que los primeros cuestionarios se recogieron el 26 de octubre de 2007 y los últimos el 20 de febrero de 2009. Se firmó un convenio de colaboración con cada una de las entidades con las que se trabajó: Agencia de la Comunidad de Madrid para la Reducción y Reinserción del Menor Infractor, Instituto Madrileño del Menor y la Familia y la Dirección General de Instituciones Penitenciarias (Disponibles en el anexo Convenios de colaboración); y en el resto de las entidades se contó con la autorización de los responsables. Se dispuso de un consentimiento informado para los padres de los menores cuya vinculación con los centro era exclusivamente educativa (Disponibles en el mismo anexo). Los elementos que contribuyeron a que el cuestionario se cumplimentara de forma correcta fueron: el efecto del anonimato, que permitió obtener información íntima con un grado de sinceridad excelente; el celo del investigador que estuvo presente en todas las ocasiones posibles, ofreciéndose para resolver las dudas que surgían con el fin de evitar sesgos en las respuestas; la realización de una presentación muy cuidada del instrumento, indicando la importancia y el protagonismo los encuestados y la transcendencia del Riesgo (disponible en el anexo “Cuestionario”); el entorno protegido y conocido en el que se realiza la encuesta; normalmente el centro en el que residen o donde acuden cada día a realizar actividades; la compañía de sus educadores y/o monitores, que apoyaron la realización de la actividad.

Aunque intentamos diseñar un formato asequible, éramos conscientes de las dificultades que una herramienta tan larga tenía. En algunos casos requirió una hora para su aplicación, por ejemplo, si existían dificultades de comprensión lectora o de atención, el tiempo de respuesta aumentaba exponencialmente a la fatiga; pero, obtuvimos un cuestionario con un atractivo singular, que sin pretenderlo, y tras la respuesta a las primeras preguntas de carácter general, incrementaba enormemente el interés de los adolescentes por los temas que estaban relacionados con sus experiencias cercanas y de los que están acostumbrados a hablar con sus profesionales de referencia, terapeutas, educadores, etc. (Experiencia profesional que se vuelca sin intención en la misma estructura y con las mismas preguntas que una entrevista individual).

Una vez recogidos todos los cuestionarios, se procedió a la eliminación de todos aquellos que no habían sido correctamente cumplimentados: se eliminaron un total de 19 por no haber sido contestado correctamente los ítems, por carecer de alguno de los datos imprescindibles para su codificación, por sobrepasar el punto de edad de corte 12 – 24 (pertenecientes, en su mayoría, al centro Madrid I, que no dispone de módulo de menores, y la selección de individuos se realizó junto a la subdirectora de tratamiento, que indicaba quién se adecuaba al perfil).

Se utilizó el paquete estadístico SPSS (v. 15 - v. 18) para el análisis estadístico de los datos y el programa LISREL (v. 8.8) para el análisis de ecuaciones estructurales.

El protocolo de esta investigación incluye diversos instrumentos de medida incluidos dentro de la perspectiva dimensional, y comparten la característica de que los ítems se agrupan dando lugar a distintos factores, lo que nos permite valorar los problemas de conducta adolescente en una pluralidad de dimensiones. Es clara la utilidad en investigación y en la práctica de versiones lo más reducidas posible de los instrumentos de medida puesto que disminuyen significativamente el tiempo de administración y corrección (Buchanan, Johnson y Goldberg, 2005). Las propiedades psicométricas de los instrumentos de medida, como forman parte de la investigación, se presentan en los resultados.

Se realizaron:

- Análisis descriptivos de los datos para conocer las características o conductas de nuestra muestra de forma sistemática.
- Tablas de contingencia y estadísticos Chi cuadrado e Índice de riesgo para el análisis de variables categóricas.
- Búsqueda de dimensiones latentes, que permite identificar dichas dimensiones o factores que explican las relaciones observadas entre las variables a través del análisis factorial confirmatorio, es decir, permite elaborar constructos que estiman variables latentes en función de algunas variables de medida y modelar las relaciones explícitas entre las variables latentes entre sí y entre estas y las de medida, identificando las variables funcionales que afectan a la conducta adolescente.
- Fiabilidad de las puntuaciones de las dimensiones.
- Diferencias entre grupos de interés:

1.- Grupo de Riesgo – Grupo Control.

2.- Grupos con diferentes perfiles en relación a las Instituciones de referencia de los centros donde se localizan los jóvenes.

- Contrastes sobre medias y análisis no paramétricos. Anova factorial univariante, multivalente y de medidas repetidas.
- Análisis de correlación parcial para obtener una secuencia ordenada de conductas de consumo de diversas drogas que coincide con las expuestas en el modelo de la escalada.
- Análisis de regresión para la predicción de conductas de riesgo.
- Modelos de ecuaciones estructurales y *Path analysis* para modelo final.

Para el cálculo de las puntuaciones en las dimensiones derivadas del AFC, utilizadas en otros análisis, se ha usado la aproximación sumativa. La correlación entre este tipo de puntuaciones y las derivadas directamente del AF, mostró valores no inferiores a 0,95.

Una parte importante de los resultados trata sobre la validación y propiedades psicométricas del cuestionario dado que se construyó ad hoc. Otra parte se centra en mostrar las evidencias de validez respecto a la dimensionalidad y otras evidencias de validez que resultan de la comparación de grupos en los distintos constructos. En el caso de algunas escalas, para las que no se disponía de un modelo teórico, con objeto de reducir la dimensionalidad, se realiza un análisis factorial exploratorio (AFE) con el método de extracción “Análisis de factores principales” seguido de una rotación oblicua elegida, no desde el punto de vista estadístico, sino desde criterios sustantivos (Fabrigar, Maccallum, Wegner y Strahan, 1999; Schmelkin, Gilbert, Spencer, Pincus y Silva, 2008). Por lo general, en algunos dominios de las ciencias sociales, se recomiendan soluciones oblicuas ya que reflejan los factores que están correlacionados.

En el Anexo se presentan las tablas de porcentajes de los ítems según el grupo de pertenencia Riesgo-Control; la matriz de saturaciones factoriales de los AFE y las correlaciones entre factores, así como el índice de discriminación de los ítems. También los análisis de medias de los ítems distribuidos por Riesgo-Control y agrupados por la institución de referencia de los centros.

11. RESULTADOS

Los resultados obtenidos del análisis de los datos se exponen a continuación. Están agrupados en veintisiete apartados que corresponden a los constructos y variables estudiadas.

11.1. VIDA ACADÉMICA Y RIESGO

La muestra se distribuye según el tipo de colegio en: el 82,4% de los individuos estudia, o ha estudiado en el último año cursado, en colegios públicos, el 13,1% en concertados, y el 4,4% en colegios privados. Para conocer el rendimiento académico se pregunta por los resultados del último año que hayan cursado estudios.

Tabla 1: Porcentajes del ítem distribuidos según los grupos Riesgo-Control

Resultados académicos curso anterior	Riesgo	Control	Total
Aprobar todo	23,4%	54,7%	35,4%
Suspender menos de tres	18,4%	22,6%	20,0%
Suspender más de tres	24,7%	12,4%	20,0%
Abandonar	20,4%	4,7%	14,4%
Expulsión	8,8%	0,7%	5,7%
Sin escolarizar	4,3%	4,7%	4,5%

El grupo de Riesgo tiene aspiraciones académicas modestas (tabla 2) y no tiene buen rendimiento académico. En la tabla 1 destaca el porcentaje de expulsión y abandono del grupo de Riesgo.

Los residuos tipificados son predecibles, es decir, se perciben menos observaciones de aprobados de las esperadas en el grupo de Riesgo (-4,2) y más en el grupo Control (5,4). En el resto de las categorías, el sentido es contrario y se observan más casos de los esperados en el grupo de Riesgo y menos en el grupo Control. Los residuos tipificados son significativos para las categorías “Suspender más de tres”: (2,2) para el grupo de Riesgo y (-2,8) para Control; “Abandonar”: (3,3) para el grupo de Riesgo y (-4,2) para Control; y “Expulsión”: (2,7) para el grupo de Riesgo y (-3,5) para Control.

Para calcular el Riesgo de obtener malos resultados académicos perteneciendo a un determinado grupo, se recodifica la variable “Resultados académicos del curso anterior”. Esta variable incluye seis categorías de respuesta: Aprobé todo, Suspendí menos de tres asignaturas, Suspendí más de tres asignaturas, Abandoné, Me expulsé,

saron y No estuve escolarizado y se transforma en dos: “Aprobé todo” como *Aprobado* y el resto como *No aprobado*; “expulsión” como no aprobado y como pérdida discreta “sin escolarizar”. Encontramos relaciones significativas entre la variable “Resultados académicos del curso anterior R” y la pertenencia a los grupos Riesgo-Control ($\chi^2 (682, 1) = 75,594$; $V = 0,333$; P valor $< 0,001$). Los resultados reflejan que es 2,3 veces (Odds = 2,297) más probable suspender si se pertenece al grupo de Riesgo.

Tabla 2 Porcentajes del ítem distribuidos según los grupos Riesgo-Control

Qué estudios espera terminar	Riesgo	Control	Total
ESO	29,8%	9,5%	22,0%
Módulo profesional grado medio	17,6%	6,9%	13,5%
Bachillerato	9,3%	8,4%	8,9%
Módulo profesional grado superior	9,5%	9,5%	9,5%
Carrera universitaria	15,3%	60,2%	32,5%
Otros	9,7%	1,5%	6,6%
Ninguno	8,8%	4,0%	7,0%

Existen relaciones significativas entre la variable “Qué estudios esperas terminar” y la pertenencia a los grupos Riesgo-Control ($\chi^2 (717, 6) = 174,089$; $V = 0,493$; P valor $< 0,001$).

Las expectativas sobre qué tipo de estudios se espera terminar son mayores en el grupo Control, debido a que en la muestra hay un número elevado de universitarios y su expectativa es acabar la carrera. Los residuos más destacados se refieren a la categoría “Carrera universitaria”, con valores -6,3 para de estudio y 8,0 para Control, reflejando la distancia entre los sujetos del grupo de Riesgo y la Universidad. La relación para estas variables es estadísticamente significativa ($N = 717$; $\chi^2 (6) = 174,089$; V de Cramer = 0,493; P valor $< 0,001$). En el análisis no paramétrico las diferencias son significativas entre los grupos: (H (4) = 45,377, P valor $< 0,001$). Las diferencias entre los grupos se exponen en la tabla 3.

Tabla 3 Contraste de U de Mann-Whitney del ítem distribuidos según los grupos Riesgo-Control y tamaño del efecto

	N	Z (U de Mann-Whitney)	r	
IMMF	188	CP	-2,665**	-0,152
		ARRMI	-1,509 ^{ns}	-0,088
		CAD	-0,783 ^{ns}	-0,054
		Control	-6,795***	-0,314
Qué estudios espera terminar	121	ARRMI	-0,637 ^{ns}	-0,042
		CAD	-0,836 ^{ns}	-0,069
		Control	-2,671*	-0,132
ARRMI	104	CAD	-0,225 ^{ns}	-0,020
		Control	-3,107**	-0,158
CAD	25	Control	-3,075**	-0,176
		Control	282	

*** p < 0,001; ** p < 0,01; * p < 0,05; Ns = No significativo

Las diferencias significativas se marcan con el grupo de Control. Los grupos del CAD y el CP destacan por la baja puntuación obtenida; algunos adolescentes del CAD están en edad escolar, los jóvenes del CP no.

Para conocer la valoración subjetiva del rendimiento académico se pregunta por el último curso realizado. En general 39,2% valora sus estudios “Bien”, y el grupo Control valora mejor el rendimiento en sus estudios. La relación es estadísticamente significativa para estas variables. En la valoración subjetiva del resultado de sus estudios, el grupo Control obtiene unos porcentajes más altos en las mejores valoraciones, excepto en sobresaliente. La relación es estadísticamente significativa para estas variables (N = 717; $\chi^2(4) = 50,972$; V = 0,266; P < 0,001).

Tabla 4: Porcentajes del ítem distribuidos según los grupos Riesgo-Control

Valoración del resultado general de sus estudios	Riesgo	Control	Total
Insuficiente	33,7%	14,6%	26,4%
Suficiente	16,2%	20,4%	17,8%
Bien	38,4%	40,5%	39,2%
Notable	6,5%	19,7%	11,5%
Sobresaliente	5,2%	4,7%	5,0%

Las sanciones son un instrumento de disciplina escolar descritas en el *DECRETO 15/2007, de 19 de abril, por el que se establece el marco regulador de la convivencia en los centros docentes de la Comunidad de Madrid* y son la respuesta institucional a las faltas de disciplina o a aquellas conductas que infrinjan las normas del centro. Estas faltas se clasifican en leves, graves y muy graves, y están tipificadas en el decreto mencionado; así como las sanciones correspondientes.

El grupo de Riesgo es, con diferencia, el más sancionado, duplicando el porcentaje del grupo Control. Se puede ver en la tabla 9 que la relación entre ambas variables es significativa, y que el riesgo de ser sancionado es 1,7 veces mayor si se pertenece al grupo de Riesgo. La relación es estadísticamente significativa para estas variables. (N = 722; $\chi^2 (1) = 32,018$; V = 0, 211; P valor < 0,001).

Figura 1: Porcentajes del ítem distribuidos según los grupos Riesgo-Control: Haber sido sancionado en el colegio

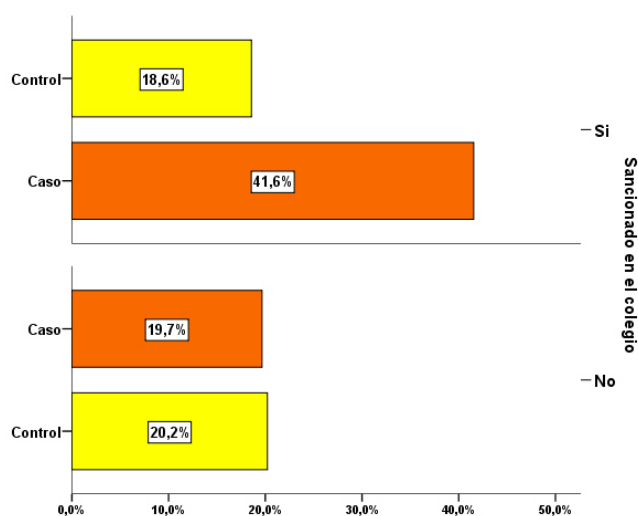


Tabla 5: Estadísticos de contraste y asociación para los grupos Riesgo-Control*Tipo de sanción

	N	$\chi^2 (4)$	V	P valor
Expulsión temporal	722	133,048	0,429	0,000
Expulsión definitiva	722	67,574	0,306	0,000
Expediente. disciplinario	722	78,530	0,330	0,000
Avisar a mi familia	722	70,065	0,312	0,000
Enviado a dirección	722	95,832	0,364	0,000
Reparar el daño	722	54,750	0,229	0,000
Séptima hora	722	37,770	0,275	0,000

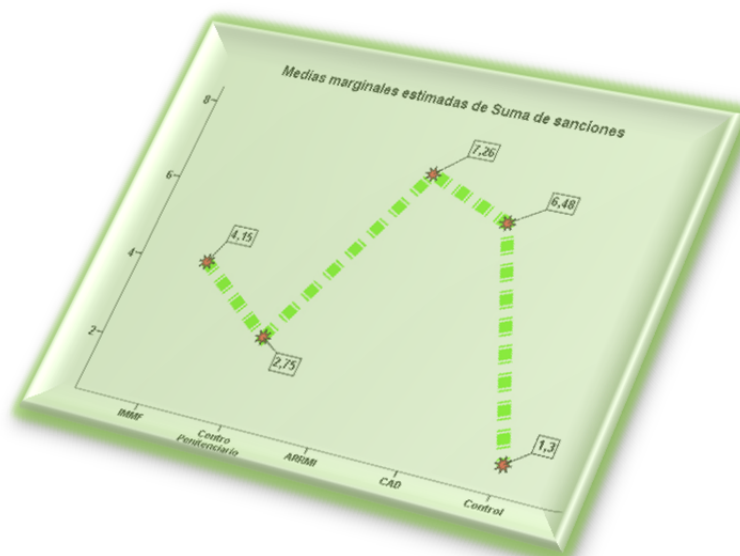
El ítem “Séptima hora” se refiere a una hora añadida al horario escolar para estudiantes que no pueden ir a casa; deformándose su uso se utiliza como castigo. Los residuos en esta variable no son significativos dado el pequeño número de casos. El 61% del total ha sido sancionado (68% del grupo de Riesgo y 47% del grupo Control). Los residuos tipificados indican que existen más sujetos de los esperados en el grupo Control que han sido sancionados (5,4) y menos sujetos de los esperados en el grupo de Riesgo (-5,4). La sanción más aplicada es “avisar a la familia” seguida de “expulsión temporal del centro y de “ser enviado a dirección”. “Ser enviado a dirección” y “avisar a la familia” son variables que se dan más en el grupo Control con la

menor frecuencia, es decir, “alguna vez”; en el resto de categorías el número mayor de sujetos está en el grupo de Riesgo.

Las sanciones más graves las acapara el grupo de Riesgo. Los residuos tipificados son estadísticamente significativos para la variable “Ser enviado a dirección”, donde, en la categoría “Alguna vez”, los residuos tienen signo negativo para el grupo Control y positivo para el grupo de Riesgo, es decir, es la sanción más utilizada para este grupo ya que las conductas que provocan la sanción son más benignas o menos graves. En las variables “Expulsión temporal del centro”, “Expulsión definitiva del centro”, “Expediente disciplinario” y “Reparar el daño ocasionado” los residuos siguen el mismo sentido y dirección, es decir, son significativos y negativos para el grupo Control, indicando que hay menos casos de los esperados en las distintas categorías de respuesta; y significativos y positivos para el grupo de Riesgo, indicando que existen más casos de los esperados.

Elaboramos una variable formada por el conjunto de todas las sanciones a las que denominamos “Suma de sanciones”, y analizamos las medias de los grupos y sus diferencias. No asumimos la igualdad de varianzas de los grupos $F(4,718) = 62,471$, $P < 0,001$. Existen diferencias significativas entre los grupos ($F(1,718) = 55,819$, $P \text{ valor} < 0,001$, $\eta^2_p = 0,227$; potencia observada = 1) Control y CP con el resto de los grupos; y ARMMI con todos excepto con el CAD (contraste Games-Howell). Como puede observarse en el Figura 3, ARMMI, seguido de CAD son los grupos que más sanciones han recibido.

Figura 2: Medias de la variable distribuidas según los la institución de referencia: Suma de sanciones



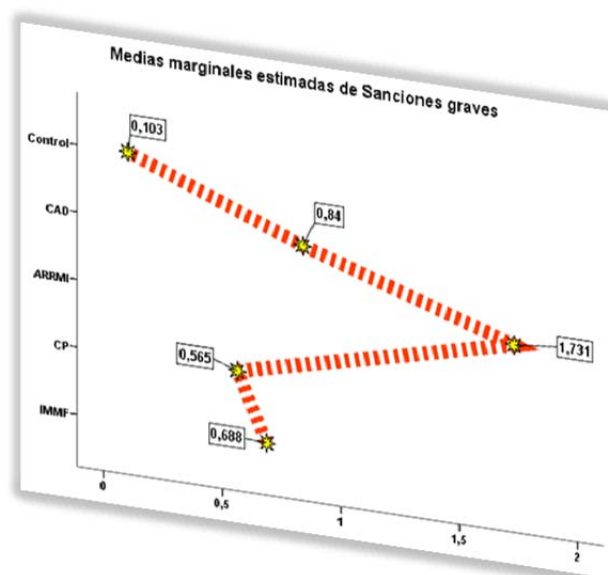
Con objeto de obtener indicadores de naturaleza más global, se realizó un análisis de componentes de los indicadores, seguido de rotación Normalización Oblimín con Kaiser con el conjunto de las respuestas. El estadístico de KMO para la adecuación de la matriz alcanzó un valor aceptable (0,642). Se examinaron varias soluciones optando por la solución de dos factores que explica el 58% de la varianza total. $\chi^2(15) = 27,072$, $P < 0.001$. Para el análisis excluimos el ítem "Séptima hora", porque no es una práctica generalizada como sanción. Los factores extraídos pueden interpretarse:

Sanciones leves. Formado por cuatro ítems: Avisar a mi familia, Ser enviado a dicción, Reparar daño ocasionado y Expulsión temporal del centro, y obtiene un coeficiente $\alpha = 0,88$; IC (95%): 0,86 - 0,89.

Sanciones graves. Formado por dos ítems: Expediente disciplinario y Expulsión definitiva, y obtiene un coeficiente $\alpha = 0,63$; IC (95%): 0,57 - 0,68.

El coeficiente α para el conjunto de los ítems es de 0,68 (IC 95%: 0,54 - 0,79), Media 11 DT 2,90.

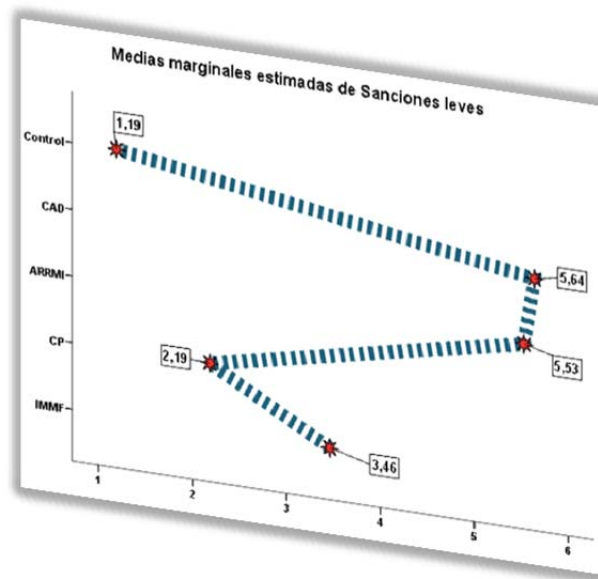
Figura 3 Medias de la variable distribuidas según los la institución de referencia: Sanciones graves



En el análisis de medias de las sanciones graves y leves según la institución de referencia, rechazamos la hipótesis de homogeneidad de varianzas para ambos factores: *Sanciones graves* $F(4,718) = 78,369$; $P < 0,001$; y *Sanciones leves* $F(4,718) = 44,580$; $P < 0,001$. Encontramos diferencias significativas entre los grupos para *Sanciones graves* ($F(4,718) = 44,580$; $P < 0,001$; $\eta^2_p = 0,199$; Potencia observada = 1)

entre ARMMI y Control con el resto de los grupos (contraste Games Howell). En el factor *Sanciones leves* ($F(4,718) = 50,224$; $P < 0,001$; $\eta^2_p = 0,219$; potencia observada = 1) las diferencias están entre CP y Control con el resto de los grupos; y el grupo IMMF con ARMMI y CAD (contraste Games Howell).

Figura 4: Medias de la variable distribuidas según la institución de referencia: Sanciones leves



En el factor *Sanciones leves*, ARMMI y CAD son los que obtienen mayores puntuaciones medias a bastante distancia del resto de los grupos. En *sanciones graves* es ARMMI quien obtiene la puntuación mayor también con bastante diferencia del resto. Estas figuras sobre las sanciones nos acercan a la idea de cómo es o ha sido la conducta de los grupos en la escuela. Debemos incidir en la posición del IMMF como grupo con conductas en un nivel de Riesgo que hacen pensar en la necesidad de una intervención preventiva.

11.2. ESCALA DE BIENESTAR ADOLESCENTE

La escala de bienestar adolescente agrupa variables que se relacionan con los dominios de referencia del individuo: la familia, el hogar, los amigos, el entorno social cercano y el futuro. En el cuestionario se propone una escala de 1 a 7 para valorar ítems en torno a estos dominios.

Para el conjunto de la muestra, el elemento de la escala más valorado es “los amigos”, seguido del ocio, la madre y los hermanos; pero en el análisis de medias sobre los grupos Riesgo-Control, encontramos diferencias significativas; los amigos están más valorados por el grupo de Riesgo; el ocio por el grupo Control; la madre y los hermanos por el grupo de Riesgo. Los residuos para el ítem “Valora cómo te sientes en tu casa o residencia” son significativos desde la puntuación 4. En las puntuaciones 5 y 6 existen menos casos de los esperados en el grupo de Control (4,9 y 4,3 respectivamente) y menos casos de los esperados en el grupo de Riesgo (-4,9 y -4,3 respectivamente), indicando que en este tramo de puntuación se sienten mejor, en su casa, los adolescentes del grupo Control. Sin embargo, en la puntuación 7, se invierte el sentido (7,3 para el grupo de Riesgo y -7,3 para Control), mostrando que los adolescentes del grupo de Riesgo que han elegido esta opción (64,5%) se sienten mejor que sus iguales del grupo Control.

Las puntuaciones son muy altas en todos los ítems referidos al bienestar. El elemento menos valorado es el centro educativo (en primer lugar para Riesgo), seguido de los profesores (en primer lugar para Control).

Para analizar las evidencias de validez en cuanto a la dimensionalidad sometemos a prueba el modelo con un AFC, obteniendo una solución bien definida con tres variables latentes de primer orden, una de segundo orden y un buen grado de ajuste de los datos. Estas variables pueden definirse como:

- *Entorno social* (VES), formado por tres ítems, siendo el coeficiente α para el conjunto de 0,60 (IC 95%: 0,54 - 0,65).
- *Familia* (VF), formado por dos ítems, siendo el coeficiente α para el conjunto de 0,47 (IC 95%: 0,38 - 0,54).
- *Futuro* (VFU), formado por dos ítems. Vinculan a su futuro la formación y ponen como protagonistas a sus profesores, siendo el coeficiente α para el conjunto de 0,60 (IC 95%: 0,54 - 0,65).

A la variable latente de segundo orden la denominamos *Bienestar* (VCTS), con un coeficiente α para la escala de 0,70 (IC 95%: 0,67 - 0,73); Media 67,80 y DT 9,05.

Tabla 1: Indicadores de ajuste del modelo

$\chi^2(14)$	91,29 (P = 0,00)	RMSEA	0,0874	CFI	0,951	IFI	0,951	RMR	1,172	GFI	0,969
--------------	------------------	-------	--------	-----	-------	-----	-------	-----	-------	-----	-------

Tabla 2: Matriz ξ y θ

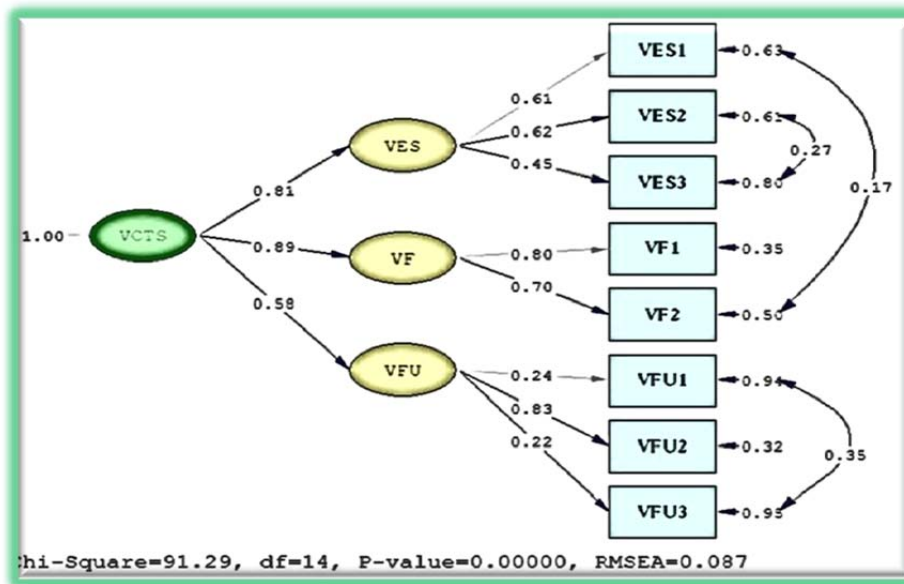
Factores	Entorno	Familia	Futuro	CVTS
Entorno	1.000			
Familia	0,722	1.000		
Futuro	0,470	0,518	1.000	
Bienestar	0,809	0,893	0,581	1.000

Tabla 3: Saturaciones factoriales y fiabilidad de los indicadores

Valora cómo te sientes con	Entorno	Familia	Futuro	R ²
	Saturación (t)	Saturación (t)	Saturación (t)	
tus amigos VES1	1,841			0,367
tus compañeros VES2	1,960 (9,154)			0,388
tu ocio y tiempo libre VES3	1,222 (2,414)			0,198
tu padre VF1		5,815		0,645
tus hermanos VF2		3,982 (12,106)		0,479
lo que aprendes VFU1			1,419	0,058
tu futuro VFU2			4,240 (3,386)	0,681
tus profesores y/o educadores VFU3			1,810 (4,780)	0,049

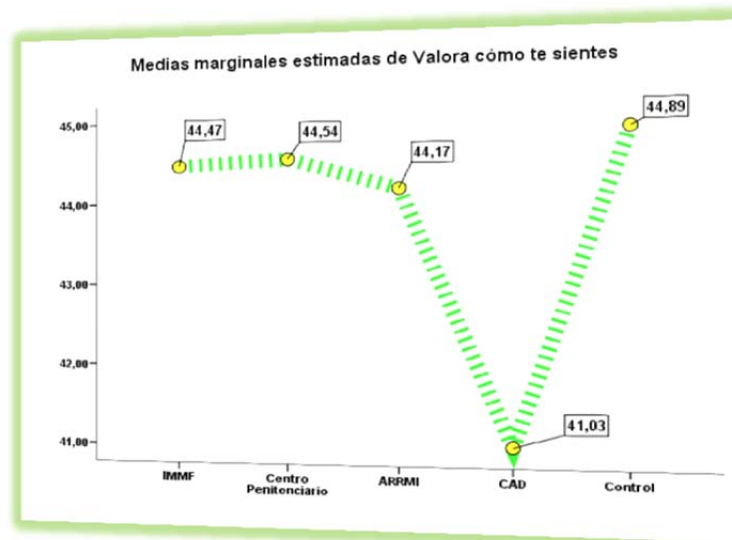
Los valores de R^2 oscilan en un rango de 0,198 para “Valora cómo te sientes con tu tiempo libre”, que es el ítem menos explicado a 0,681, para “Valora cómo te sientes con tu futuro” que es el indicador más fiable de la variable latente *Futuro*; para *Familia*: “Valora cómo te sientes con tu padre” $R^2 = 0,645$; y para la variable *Entorno social*: “Valora cómo te sientes con tus compañeros” $R^2 = 0,388$. Todos los ítems tienen un elevado nivel de significación $p < 0,001$; el valor mínimo del estadístico t es de 2,414.

Figura 1: Modelo estructural de segundo orden para el constructo *Valora cómo te sientes* (VCTS)



Asumimos la igualdad de varianzas $F(4,718) = 1,273, P = 0,376$. La variable edad no es significativa en este factor ($F(1,717) = 2,065, P = 0,151$). Aunque no existen diferencias significativas entre los grupos ($F(4,717) = 2,065, P = 0,151$), podemos observar en la figura 2 que son los adolescentes del grupo de Control los que obtienen la media más alta y los del grupo CAD la más baja, son los que peor se sienten. El resto de los grupos obtienen valores similares.

Figura 2: Medias del factor distribuidas según las instituciones de referencia



11.3. PERCEPCIÓN DE RESILIENCIA

La resiliencia explora cómo la teoría de las experiencias negativas ayuda a un individuo a prepararse para manejar los riesgos y desafíos futuros. Para medir esta característica en nuestro cuestionario se seleccionaron 12 ítems para la elaboración de la escala de Wagnild y Young (1993). Esta escala identifica el grado de resiliencia individual considerada como una característica de personalidad positiva que mejora la adaptación individual.

En el análisis de los ítems para los grupos Riesgo-Control, encontramos diferencias significativas en “Soy decidido” y en “La confianza en mí mismo me saca de malos momentos”; en ambos casos la media más alta la tiene el grupo de Riesgo. Controlando el efecto de la edad, el estadístico de Levene para la igualdad de varianzas es significativo para todos los ítems en el contraste con los grupos Riesgo-Control.

Tabla 1: Estadísticos descriptivos, de contraste y alternativos no paramétricos (contraste de U de Mann-Whitney) de los ítems distribuidos según los grupos Riesgo-Control y tamaño del efecto

Ítem		Media	DT	η^2	T (gl)	P	Z (UMW)	P																																																																																																																														
Siempre cabo lo que empiezo	Riesgo	5,19	1,440	0,003	1,440 (613,542)	0,158	-1,603	0,109																																																																																																																														
	Control	5,04	1,327						Estoy orgulloso de lo que he conseguido	Riesgo	5,26	1,725	0,008	-2,542 (695,614)	0,011	-1,108	0,268	Control	5,55	1,272	Me siento bien conmigo mismo	Riesgo	5,41	1,750	0,000	-0,467 (671,446)	0,641	-0,987	0,323	Control	5,47	1,396	Puedo manejar muchas cosas a la vez	Riesgo	4,85	1,652	0,001	-1,016 (690,877)	0,310	-0,132	0,895	Control	4,96	1,240	Soy decidido	Riesgo	5,31	1,577	0,012	2,923 (721)	0,004	-3,502	0,000	Control	4,96	1,462	Puedo mantener el interés por las cosas	Riesgo	5,39	1,579	0,002	1,235 (679,718)	0,217	-2,578	0,010	Control	5,26	1,229	Siempre encuentro por lo que reír	Riesgo	5,63	1,563	0,005	-2,006 (662,601)	0,045	-1,024	0,306	Control	5,85	1,278	La confianza en mí mismo me saca de malos momentos	Riesgo	5,33	1,665	0,009	2,563 (595,881)	0,011	-3,118	0,002	Control	5,01	1,596	Puedo ver una situación de distintas maneras	Riesgo	4,82	1,605	0,006	-2,214 (648,359)	0,027	-1,788	0,074	Control	5,07	1,361	Mi vida tiene sentido	Riesgo	5,49	1,835	0,003	-1,611 (672,783)	0,108	-0,122	0,903	Control	5,69	1,458	En situaciones difíciles encuentro la salida	Riesgo	5,17	1,590	0,004	-1,715 (671,479)	0,087	-0,803	0,422	Control	5,36	1,590	Tengo capacidad para hacer lo que tengo que hacer	Riesgo	5,41	1,454	0,001	-0,633 (651,577)
Estoy orgulloso de lo que he conseguido	Riesgo	5,26	1,725	0,008	-2,542 (695,614)	0,011	-1,108	0,268																																																																																																																														
	Control	5,55	1,272						Me siento bien conmigo mismo	Riesgo	5,41	1,750	0,000	-0,467 (671,446)	0,641	-0,987	0,323	Control	5,47	1,396	Puedo manejar muchas cosas a la vez	Riesgo	4,85	1,652	0,001	-1,016 (690,877)	0,310	-0,132	0,895	Control	4,96	1,240	Soy decidido	Riesgo	5,31	1,577	0,012	2,923 (721)	0,004	-3,502	0,000	Control	4,96	1,462	Puedo mantener el interés por las cosas	Riesgo	5,39	1,579	0,002	1,235 (679,718)	0,217	-2,578	0,010	Control	5,26	1,229	Siempre encuentro por lo que reír	Riesgo	5,63	1,563	0,005	-2,006 (662,601)	0,045	-1,024	0,306	Control	5,85	1,278	La confianza en mí mismo me saca de malos momentos	Riesgo	5,33	1,665	0,009	2,563 (595,881)	0,011	-3,118	0,002	Control	5,01	1,596	Puedo ver una situación de distintas maneras	Riesgo	4,82	1,605	0,006	-2,214 (648,359)	0,027	-1,788	0,074	Control	5,07	1,361	Mi vida tiene sentido	Riesgo	5,49	1,835	0,003	-1,611 (672,783)	0,108	-0,122	0,903	Control	5,69	1,458	En situaciones difíciles encuentro la salida	Riesgo	5,17	1,590	0,004	-1,715 (671,479)	0,087	-0,803	0,422	Control	5,36	1,590	Tengo capacidad para hacer lo que tengo que hacer	Riesgo	5,41	1,454	0,001	-0,633 (651,577)	0,527	-0,051	0,960	Control	5,48	1,223						
Me siento bien conmigo mismo	Riesgo	5,41	1,750	0,000	-0,467 (671,446)	0,641	-0,987	0,323																																																																																																																														
	Control	5,47	1,396						Puedo manejar muchas cosas a la vez	Riesgo	4,85	1,652	0,001	-1,016 (690,877)	0,310	-0,132	0,895	Control	4,96	1,240	Soy decidido	Riesgo	5,31	1,577	0,012	2,923 (721)	0,004	-3,502	0,000	Control	4,96	1,462	Puedo mantener el interés por las cosas	Riesgo	5,39	1,579	0,002	1,235 (679,718)	0,217	-2,578	0,010	Control	5,26	1,229	Siempre encuentro por lo que reír	Riesgo	5,63	1,563	0,005	-2,006 (662,601)	0,045	-1,024	0,306	Control	5,85	1,278	La confianza en mí mismo me saca de malos momentos	Riesgo	5,33	1,665	0,009	2,563 (595,881)	0,011	-3,118	0,002	Control	5,01	1,596	Puedo ver una situación de distintas maneras	Riesgo	4,82	1,605	0,006	-2,214 (648,359)	0,027	-1,788	0,074	Control	5,07	1,361	Mi vida tiene sentido	Riesgo	5,49	1,835	0,003	-1,611 (672,783)	0,108	-0,122	0,903	Control	5,69	1,458	En situaciones difíciles encuentro la salida	Riesgo	5,17	1,590	0,004	-1,715 (671,479)	0,087	-0,803	0,422	Control	5,36	1,590	Tengo capacidad para hacer lo que tengo que hacer	Riesgo	5,41	1,454	0,001	-0,633 (651,577)	0,527	-0,051	0,960	Control	5,48	1,223																		
Puedo manejar muchas cosas a la vez	Riesgo	4,85	1,652	0,001	-1,016 (690,877)	0,310	-0,132	0,895																																																																																																																														
	Control	4,96	1,240						Soy decidido	Riesgo	5,31	1,577	0,012	2,923 (721)	0,004	-3,502	0,000	Control	4,96	1,462	Puedo mantener el interés por las cosas	Riesgo	5,39	1,579	0,002	1,235 (679,718)	0,217	-2,578	0,010	Control	5,26	1,229	Siempre encuentro por lo que reír	Riesgo	5,63	1,563	0,005	-2,006 (662,601)	0,045	-1,024	0,306	Control	5,85	1,278	La confianza en mí mismo me saca de malos momentos	Riesgo	5,33	1,665	0,009	2,563 (595,881)	0,011	-3,118	0,002	Control	5,01	1,596	Puedo ver una situación de distintas maneras	Riesgo	4,82	1,605	0,006	-2,214 (648,359)	0,027	-1,788	0,074	Control	5,07	1,361	Mi vida tiene sentido	Riesgo	5,49	1,835	0,003	-1,611 (672,783)	0,108	-0,122	0,903	Control	5,69	1,458	En situaciones difíciles encuentro la salida	Riesgo	5,17	1,590	0,004	-1,715 (671,479)	0,087	-0,803	0,422	Control	5,36	1,590	Tengo capacidad para hacer lo que tengo que hacer	Riesgo	5,41	1,454	0,001	-0,633 (651,577)	0,527	-0,051	0,960	Control	5,48	1,223																														
Soy decidido	Riesgo	5,31	1,577	0,012	2,923 (721)	0,004	-3,502	0,000																																																																																																																														
	Control	4,96	1,462						Puedo mantener el interés por las cosas	Riesgo	5,39	1,579	0,002	1,235 (679,718)	0,217	-2,578	0,010	Control	5,26	1,229	Siempre encuentro por lo que reír	Riesgo	5,63	1,563	0,005	-2,006 (662,601)	0,045	-1,024	0,306	Control	5,85	1,278	La confianza en mí mismo me saca de malos momentos	Riesgo	5,33	1,665	0,009	2,563 (595,881)	0,011	-3,118	0,002	Control	5,01	1,596	Puedo ver una situación de distintas maneras	Riesgo	4,82	1,605	0,006	-2,214 (648,359)	0,027	-1,788	0,074	Control	5,07	1,361	Mi vida tiene sentido	Riesgo	5,49	1,835	0,003	-1,611 (672,783)	0,108	-0,122	0,903	Control	5,69	1,458	En situaciones difíciles encuentro la salida	Riesgo	5,17	1,590	0,004	-1,715 (671,479)	0,087	-0,803	0,422	Control	5,36	1,590	Tengo capacidad para hacer lo que tengo que hacer	Riesgo	5,41	1,454	0,001	-0,633 (651,577)	0,527	-0,051	0,960	Control	5,48	1,223																																										
Puedo mantener el interés por las cosas	Riesgo	5,39	1,579	0,002	1,235 (679,718)	0,217	-2,578	0,010																																																																																																																														
	Control	5,26	1,229						Siempre encuentro por lo que reír	Riesgo	5,63	1,563	0,005	-2,006 (662,601)	0,045	-1,024	0,306	Control	5,85	1,278	La confianza en mí mismo me saca de malos momentos	Riesgo	5,33	1,665	0,009	2,563 (595,881)	0,011	-3,118	0,002	Control	5,01	1,596	Puedo ver una situación de distintas maneras	Riesgo	4,82	1,605	0,006	-2,214 (648,359)	0,027	-1,788	0,074	Control	5,07	1,361	Mi vida tiene sentido	Riesgo	5,49	1,835	0,003	-1,611 (672,783)	0,108	-0,122	0,903	Control	5,69	1,458	En situaciones difíciles encuentro la salida	Riesgo	5,17	1,590	0,004	-1,715 (671,479)	0,087	-0,803	0,422	Control	5,36	1,590	Tengo capacidad para hacer lo que tengo que hacer	Riesgo	5,41	1,454	0,001	-0,633 (651,577)	0,527	-0,051	0,960	Control	5,48	1,223																																																						
Siempre encuentro por lo que reír	Riesgo	5,63	1,563	0,005	-2,006 (662,601)	0,045	-1,024	0,306																																																																																																																														
	Control	5,85	1,278						La confianza en mí mismo me saca de malos momentos	Riesgo	5,33	1,665	0,009	2,563 (595,881)	0,011	-3,118	0,002	Control	5,01	1,596	Puedo ver una situación de distintas maneras	Riesgo	4,82	1,605	0,006	-2,214 (648,359)	0,027	-1,788	0,074	Control	5,07	1,361	Mi vida tiene sentido	Riesgo	5,49	1,835	0,003	-1,611 (672,783)	0,108	-0,122	0,903	Control	5,69	1,458	En situaciones difíciles encuentro la salida	Riesgo	5,17	1,590	0,004	-1,715 (671,479)	0,087	-0,803	0,422	Control	5,36	1,590	Tengo capacidad para hacer lo que tengo que hacer	Riesgo	5,41	1,454	0,001	-0,633 (651,577)	0,527	-0,051	0,960	Control	5,48	1,223																																																																		
La confianza en mí mismo me saca de malos momentos	Riesgo	5,33	1,665	0,009	2,563 (595,881)	0,011	-3,118	0,002																																																																																																																														
	Control	5,01	1,596						Puedo ver una situación de distintas maneras	Riesgo	4,82	1,605	0,006	-2,214 (648,359)	0,027	-1,788	0,074	Control	5,07	1,361	Mi vida tiene sentido	Riesgo	5,49	1,835	0,003	-1,611 (672,783)	0,108	-0,122	0,903	Control	5,69	1,458	En situaciones difíciles encuentro la salida	Riesgo	5,17	1,590	0,004	-1,715 (671,479)	0,087	-0,803	0,422	Control	5,36	1,590	Tengo capacidad para hacer lo que tengo que hacer	Riesgo	5,41	1,454	0,001	-0,633 (651,577)	0,527	-0,051	0,960	Control	5,48	1,223																																																																														
Puedo ver una situación de distintas maneras	Riesgo	4,82	1,605	0,006	-2,214 (648,359)	0,027	-1,788	0,074																																																																																																																														
	Control	5,07	1,361						Mi vida tiene sentido	Riesgo	5,49	1,835	0,003	-1,611 (672,783)	0,108	-0,122	0,903	Control	5,69	1,458	En situaciones difíciles encuentro la salida	Riesgo	5,17	1,590	0,004	-1,715 (671,479)	0,087	-0,803	0,422	Control	5,36	1,590	Tengo capacidad para hacer lo que tengo que hacer	Riesgo	5,41	1,454	0,001	-0,633 (651,577)	0,527	-0,051	0,960	Control	5,48	1,223																																																																																										
Mi vida tiene sentido	Riesgo	5,49	1,835	0,003	-1,611 (672,783)	0,108	-0,122	0,903																																																																																																																														
	Control	5,69	1,458						En situaciones difíciles encuentro la salida	Riesgo	5,17	1,590	0,004	-1,715 (671,479)	0,087	-0,803	0,422	Control	5,36	1,590	Tengo capacidad para hacer lo que tengo que hacer	Riesgo	5,41	1,454	0,001	-0,633 (651,577)	0,527	-0,051	0,960	Control	5,48	1,223																																																																																																						
En situaciones difíciles encuentro la salida	Riesgo	5,17	1,590	0,004	-1,715 (671,479)	0,087	-0,803	0,422																																																																																																																														
	Control	5,36	1,590						Tengo capacidad para hacer lo que tengo que hacer	Riesgo	5,41	1,454	0,001	-0,633 (651,577)	0,527	-0,051	0,960	Control	5,48	1,223																																																																																																																		
Tengo capacidad para hacer lo que tengo que hacer	Riesgo	5,41	1,454	0,001	-0,633 (651,577)	0,527	-0,051	0,960																																																																																																																														
	Control	5,48	1,223																																																																																																																																			

Sometemos a prueba este modelo unidimensional utilizando el AFC y obtenemos una solución bien definida y un excelente grado de ajuste de los datos; conservamos el nombre de la escala original: *Resiliencia*. El coeficiente α para la escala es de 0,90 (IC 95%: 0,89 - 0,91).

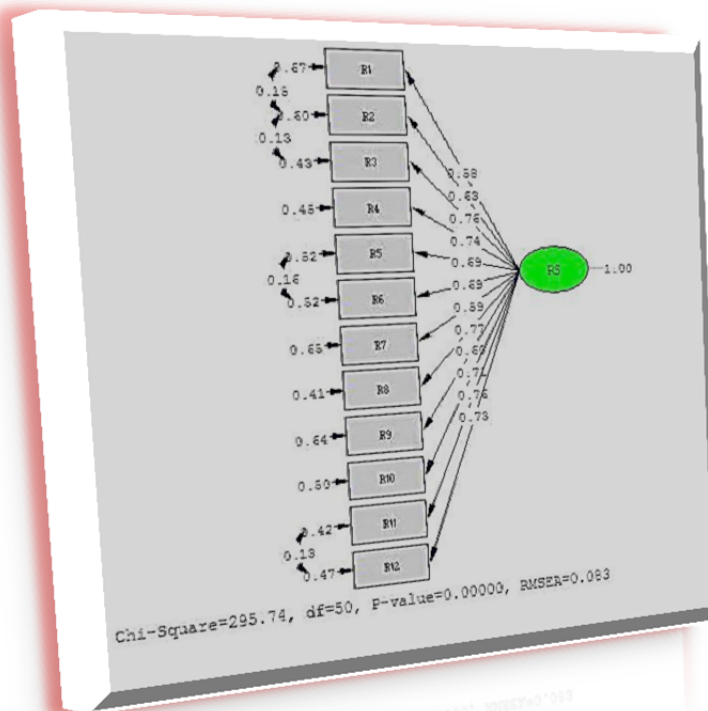
Tabla 2: Indicadores de ajuste del modelo

$\chi^2(50)$	292,491 (P< 0,000)	IFI	0,979
RMSEA	0,0825	RMR	0,089
CFI	0,979	GFI	0,936

Tabla 3: Saturaciones factoriales y fiabilidad de los indicadores

Resiliencia	Saturación (t)	R ²
Siempre cabo lo que empiezo R1	1,033 (16,325)	0,334
Estoy orgulloso de lo que he conseguido R2	1,438 (18,206)	0,401
Me siento bien conmigo mismo R3	2,872 (23,189)	0,572
Puedo manejar muchas cosas a la vez R4	1,389 (22,624)	0,552
Soy decidido R5	1,364 (20,543)	0,481
Puedo mantener el interés por las cosas R6	2,354 (20,430)	0,477
Siempre encuentro por lo que reír R7	1,364 (16,666)	0,345
La confianza en mí mismo me saca de malos momentos R8	2,195 (23,817)	0,593
Puedo ver una situación de distintas maneras R9	1,262 (17,159)	0,362
Mi vida tiene sentido R10	2,273 (21,148)	0,501
En situaciones difíciles encuentro la salida R11	3,172 (23,434)	0,582
Tengo capacidad para llevar a cabo lo que tengo que hacer R12	1,706 (21,822)	0,527

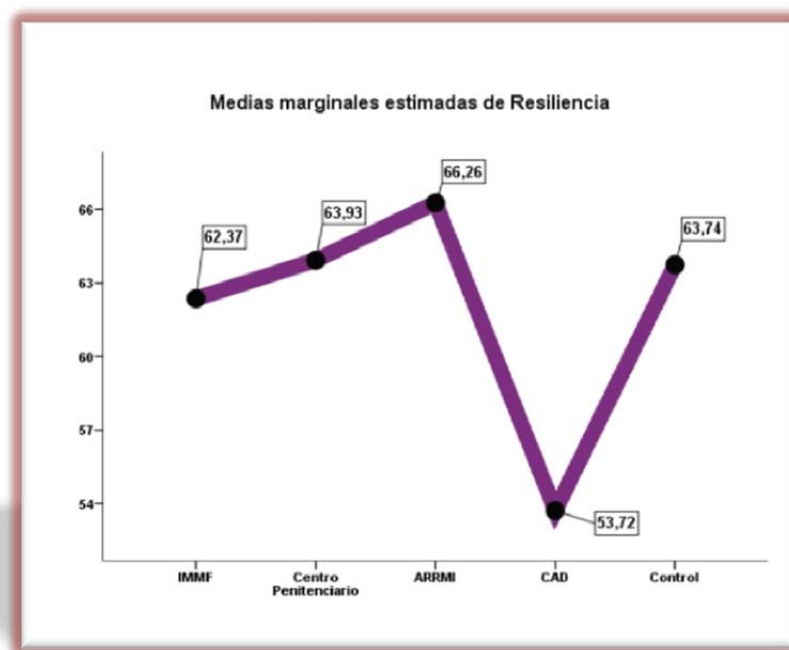
Figura 1: Modelo estructural de primer orden para el constructo Resiliencia (RS)



Los valores de R^2 oscilan en un rango de 0,334 para “Siempre acabo lo que empiezo” a 0,582 para “En situaciones difíciles encuentro la salida”, que es el mejor indicador de la variable latente. Todos los ítems tienen un elevado nivel de significación $p < 0,001$; el valor mínimo del estadístico t es de 16,325.

No asumimos la homogeneidad de las varianzas ($F(1,718) = 2,677, P = 0,03$). La variable edad no se encuentra linealmente relacionada con el factor Resiliencia. ($F(1,717) = 0,063, P = 0,795$). Se encontraron diferencias significativas entre CAD y el resto de los grupos ($P < 0,004$, contraste Games-Howell).

Figura 2: Medias de la variable distribuidas según la institución de referencia



Como puede verse en este gráfico, son los miembros del grupo CAD los que menos puntúan en *Resiliencia* y los del grupo ARRMI los que obtienen la puntuación más alta.

Si atendemos al concepto longitudinal de resiliencia que la define como el mantenimiento de un desarrollo saludable a pesar de la presencia de amenazas, debemos preguntarnos por qué los jóvenes de los grupos ARRMI y CP obtienen las puntuaciones más altas. Si nos referimos al proceso de superación de los efectos negativos de la exposición al riesgo, afrontando con éxito experiencias traumáticas y evitando lo negativo de las trayectorias relacionadas con la exposición continuada al riesgo, encontramos jóvenes con capacidad de transformarse en resilientes que, aunque han estado sometidos a múltiples riesgos, están en posesión de múltiples “activos”

y, en la situación en la que se encuentran (cumpliendo medidas y penas privativas de libertad) tienen acceso a muchas oportunidades (sobre todo los adolescentes del grupo ARMMI) de aprender habilidades (de afrontamiento) que les ayudarán a superar los efectos negativos. Nuestros resultados indican que son individuos resilientes, porque están preparados para manejar los riesgos y desafíos futuros, pero sin el resultado deseado. Así queda clara la diferencia entre el concepto **resiliencia** y el concepto **ajuste positivo**, entendido como el resultado del proceso de resiliencia.

La pregunta que queda por contestar es: ¿Qué les sucede a los adolescentes del CAD?

11.4. PERCEPCIÓN DE LA AUTOEFICACIA

La autoeficacia generalizada es un constructo referido a la creencia estable del individuo sobre su capacidad para manejar adecuadamente una amplia gama de estresores de la vida cotidiana e influye en sentimientos, pensamientos y acciones. Para conocer esta característica, en nuestra muestra seleccionamos 5 ítems de la versión española de la escala de autoeficacia generalizada de Bäßler, Schwarzer y Jerusalem, (1993).

Tabla1: Estadísticos descriptivos y alternativos no paramétricos de los ítems distribuidos según los grupos Caso-Control

Autoeficacia generalizada		Media	D. T.	η^2	T (gl)	P	Z (UMW)	P
Puedo encontrar la manera de obtener lo que quiero.	Riesgo	2,67	1,213	0,001	1,026	0,305	-0,812	0,417
	Control	2,58	1,090		(615,964)			
Puedo alcanzar mis metas.	Riesgo	3,70	1,131	0,005	-1,872	0,062	-1,508	0,132
	Control	3,85	0,991		(626,113)			
Puedo manejar acontecimientos inesperados modo eficaz.	Riesgo	3,17	1,164	0,004	-1,681	0,093	-1,743	0,081
	Control	3,31	1,023		(625,072)			
Venga lo que venga soy capaz de manejarlo.	Riesgo	3,13	1,123	0,003	-1,366	0,172	-1,464	0,143
	Control	3,24	1,019		(698)			
Si me encuentro en una situación difícil sé qué debo hacer.	Riesgo	3,35	1,124	0,000	0,097	0,923	0,000	1,000
	Control	3,34	1,038		(701)			

En el análisis no encontramos diferencias significativas para los grupos Riesgo-Control para cada uno de los ítems que forma la escala. En el análisis de los ítems distribuidos por la institución de referencia, asumimos la igualdad de varianzas para los ítems. Corregido el efecto de la edad, solo existen diferencias significativas para “Puedo encontrar la manera de obtener lo que quiero” ($F(4,687) = 7,243$; $P < 0,001$; $\eta^2_p = 0,040$; potencia observada 0,996) entre los grupos ARMMI y IMMF, CP y Control, y CP y CAD.

Sometemos a prueba este modelo utilizando el AFC y obtenemos una solución unidimensional, bien definida, y un excelente grado de ajuste de los datos. Conservamos el nombre de la escala original de donde se extrajeron los ítems: *Autoeficacia generalizada*, y el coeficiente α para el conjunto de los cinco ítems es de 0,830 (IC 95%: 0,80 - 0,85).

Tabla 2: Indicadores de ajuste del modelo

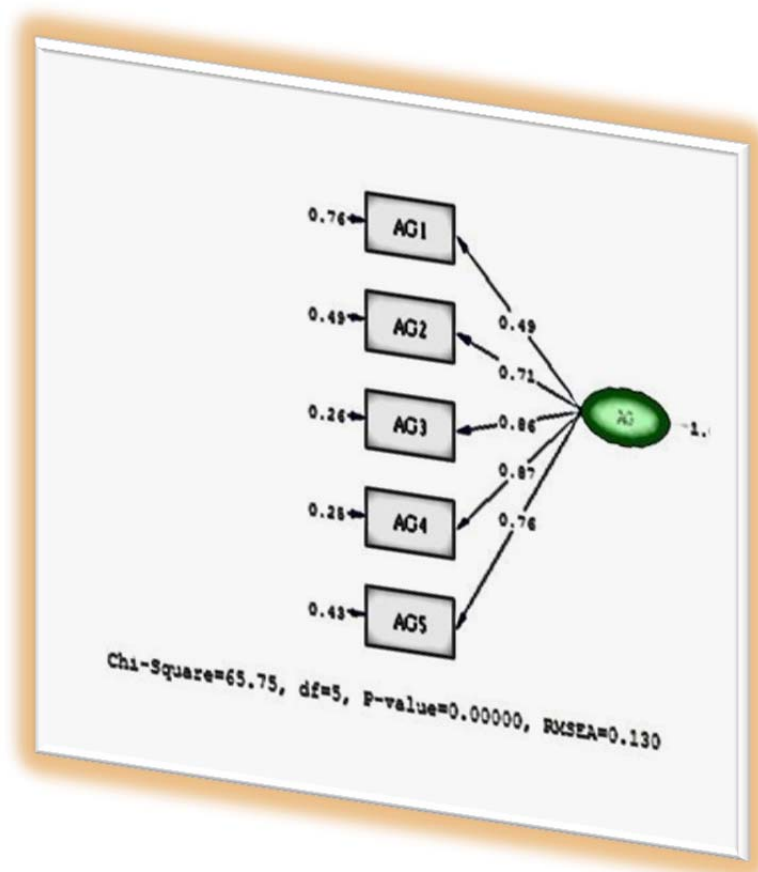
$\chi^2(5)$	62,798 (P < 0,000)	IFI	0,974	CFI	0,974
RMSEA	0,130	RMR	0,034	GFI	0,965

Tabla 3: Saturaciones factoriales y fiabilidad de los indicadores

Autoeficacia Generalizada	Saturación (t)	R ²
Puedo encontrar la manera de obtener lo que quiero. AG1	0,645 (13,408)	0.242
Puedo alcanzar mis metas. AG2	1.651 (21,127)	0.506
Puedo manejar acontecimientos inesperados modo eficaz. AG3	1,316 (27,766)	0.742
Venga lo que venga soy capaz de manejarlo. AG4	1,321 (28,076)	0.753
Si me encuentro en una situación difícil sé qué debo hacer. AG5	1,212 (23,023)	0.573

Los valores de R² oscilan en un rango de 0,242 para “Puedo encontrar la manera de obtener lo que quiero”, a 0,753 para “Venga lo que venga puedo manejarlo” que es el mejor indicador de la variable latente.

Figura 1: Modelo estructural de primer orden para el constructo Autoeficacia generalizada



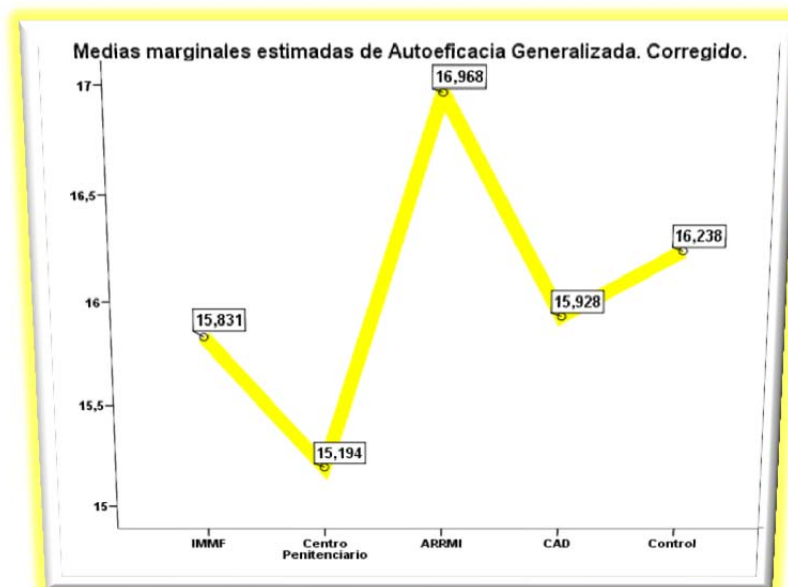
Asumiendo la homogeneidad de las varianzas $F(1,718) = 5524,14; P < 0,001; \eta^2_p = 0,885$; Potencia observada = 1. Se aprecian diferencias estadísticamente significativas entre los grupos CAD y ARMI. Corrigiendo el efecto de la edad ($F(1,717) = 28,88; P < 0,001$), la mayor variación de la media se observa en los grupos

IMMF (los más pequeños) y Centro Penitenciario (los mayores). $F(1, 717) = 63,45$; $P < 0,001$; $\eta^2_p = 0,081$; Potencia observada = 1.

Tabla 4: Estadísticos descriptivos de la muestra distribuida según la institución de referencia

	Media	DT	Media corregida
IMMF	15,00	4,440	15,831
Centro Penitenciario	16,29	3,983	15,194
ARRMI	17,01	4,595	16,968
CAD	16,28	3,565	15,928
Control	16,26	4,067	16,238

Figura 2: Medias del factor distribuidas según las instituciones de referencia



Al igual que en el constructo Resiliencia, son los adolescentes de la ARRMi quienes obtienen puntuaciones más altas en esta variable, mostrando personas hábiles para manejar situaciones de riesgo y estrés, y ejercer el control en situaciones importantes de la vida en distintos dominios.

La teoría social cognitiva entiende que la conducta delictiva está determinada por la autoeficacia para delinquir, y esta conducta está regida por los mismos mecanismos psicológicos básicos que cualquier otra conducta. Si tenemos en cuenta estas dos dimensiones de la autoeficacia: por un lado, la conducta delincuente se vale de la autoeficacia del individuo para conseguir resultados positivos, y por otro, la autoeficacia como capacidad para manejar estresores en situaciones de riesgo; respondemos a la pregunta de por qué es ARRMi quien puntúa más alto en esta variable.

11.5. RELACIONES FAMILIARES

Con el fin de conocer las características relacionales del núcleo familiar de los adolescentes, elaboramos una escala compuesta por 19 ítems: 6 referidos al conflicto familiar, 7 a la comunicación familiar y 6 a los estilos educativos.

Para analizar las evidencias de validez en cuanto a la dimensionalidad, sometemos a prueba el modelo utilizando el AFC y obtenemos una solución bien definida con cuatro variables latentes de primer orden y una variable de segundo orden, con un buen grado de ajuste de los datos. Las variables latentes de primer grado pueden definirse como:

- *Relaciones familiares basadas en la comunicación (CF)*, formado por ocho ítems: Mis padres me escuchan; Mis padres se sienten orgullosos de mí; Mis padres me ayudan a tomar decisiones; Me gusta hablar con mis padres; Escucho con atención a mis padres; Mis padres están disponibles cuando los necesito; Las normas se establecen con la participación de todos; Mis padres y yo nos ponemos de acuerdo cuando discutimos. Y obtiene un coeficiente $\alpha = 0,85$; IC (95%): 0,83 - 0,87.
- *Normas (N)*, formado por cuatro ítems: Sin acuerdo se hace lo que dicen mis padres; Las normas las ponen mis padres; Siempre se mantienen los castigos; Conozco las consecuencias de incumplir mis responsabilidades. Y obtiene un coeficiente $\alpha = 0,66$; IC (95%): 0,60 - 0,70.
- *Relación con los hermanos (RH)*, formado por tres ítems; Con quien tengo más confianza en la familia es con mi hermano; Uno de mis hermanos es mi mejor amigo; Me gusta hablar con mis hermanos. Y obtiene un coeficiente $\alpha = 0,82$; IC (95%): 0,80 - 0,83.
- *Conflictividad familiar (CON)*, formado por cuatro ítems: Tengo discusiones con mis padres en las que se grita; En mi familia tenemos grandes discusiones por pequeñas cosas; Me amenazan con castigos que no cumplen; Sin acuerdo, me dejan hacer lo que quiero. Y obtiene un coeficiente $\alpha = 0,48$; IC (95%): 0,40 - 0,55.

La Variable de segundo orden, que puede definirse como *Relaciones Familiares* (RF) obtiene un coeficiente $\alpha = 0,85$; IC (95%): 0,83 - 0,87; media 10,87 y desviación típica 3,82.

Tabla 1: Matriz θ y ξ

	CF	N	CON	RH	RF
CF	1,000				
N	-0,754	1,000			
CON	-0,417	0,382	1,000		
RH	-0,957	0,751	0,416	1,000	
RF	-0,980	0,770	0,926	0,976	1,000

Tabla 2: Indicadores de ajuste del modelo

$\chi^2_{(108)}$	478,146 (P< 0,001)
RMSEA	0,0689
CFI	0,901
IFI	0,902
RMR	0,0885
GFI	0,928

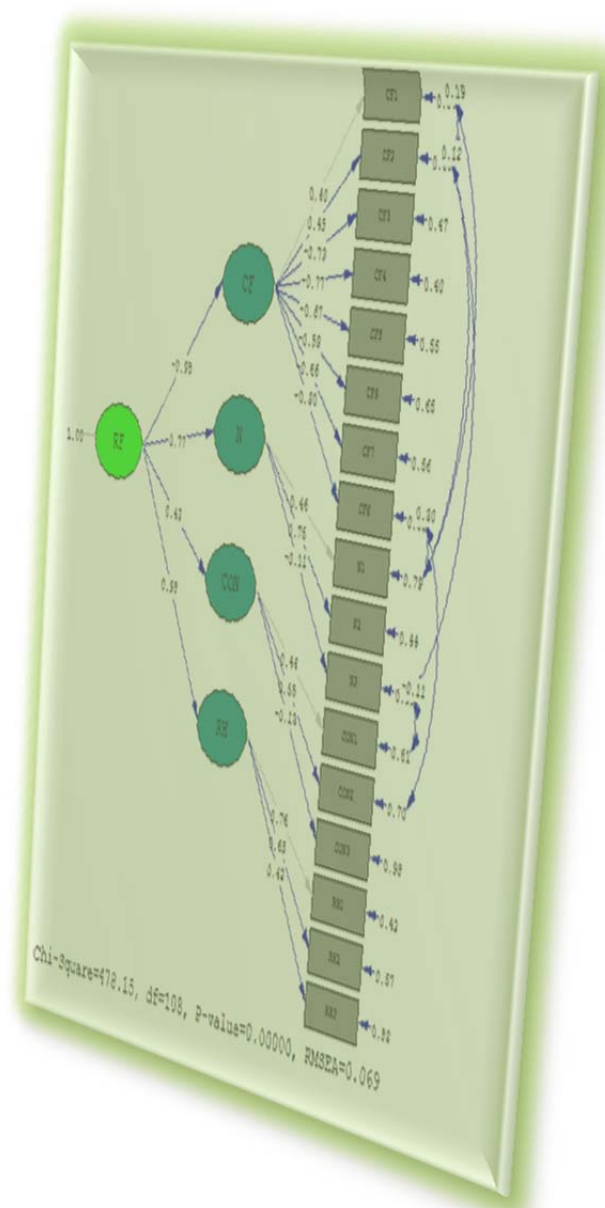
Tabla 3: Saturaciones factoriales y fiabilidad de los indicadores

	Matiz de saturaciones				R ²
	Sat. (t)	Sat. (t)	Sat. (t)	Sat. (t)	
Me gusta hablar con mis padres CF1	0,414	-	-	-	0,156
Mis padres me escuchan CF2	0,476	(13,119)	-	-	0,201
Escucho con atención a mis padres CF3	-0,937	(-9,980)	-	-	0,526
Mis padres y yo nos ponemos de acuerdo cuando discutimos CF4	-1,023	(-10,155)	-	-	0,596
Mis padres están disponibles cuando los necesito CF5	-0,811	(-9,735)	-	-	0,448
Mis padres me ayudan a tomar decisiones CF6	-0,724	(-9,289)	-	-	0,345
Mis padres se sienten orgullosos de mi CF7	-0,857	(-9,710)	-	-	0,441
Las normas se establecen con la participación de todos CF8	-0,374	(-6,349)	-	-	0,088
Las normas las ponen mis padres N1	-	0,569	-	-	0,212
Conozco las consecuencias de incumplir mis responsabilidades N2	-	1,038	(9,080)	-	0,560
Siempre se mantienen los castigos N3	-	-0,128	(-2,556)	-	0,013
Tengo discusiones con mis padres en las que se grita CON1	-	-	0,549	-	0,195
En mi familia tenemos grandes discusiones por pequeñas cosas CON2	-	-	0,715	(4,405)	0,305
Me amenazan con castigos que no cumplen CON3	-	-	-0,141	(-2,360)	0,018
Me gusta hablar con mis hermanos RH1	-	-	-	1,008	0,582
Uno de mis hermanos es mi mejor amigo RH2	-	-	-	0,837	0,427
Con quien tengo más confianza en la familia es con mi hermano RH3	-	-	-	0,517	0,175
	-	-	-	(16,721)	
	-	-	-	(10,527)	

Los valores del estadístico R^2 oscilan en un rango de 0,018 para “Me amenazan con castigos que luego no cumplen” vinculado a la variable *Conflictividad familiar*, a

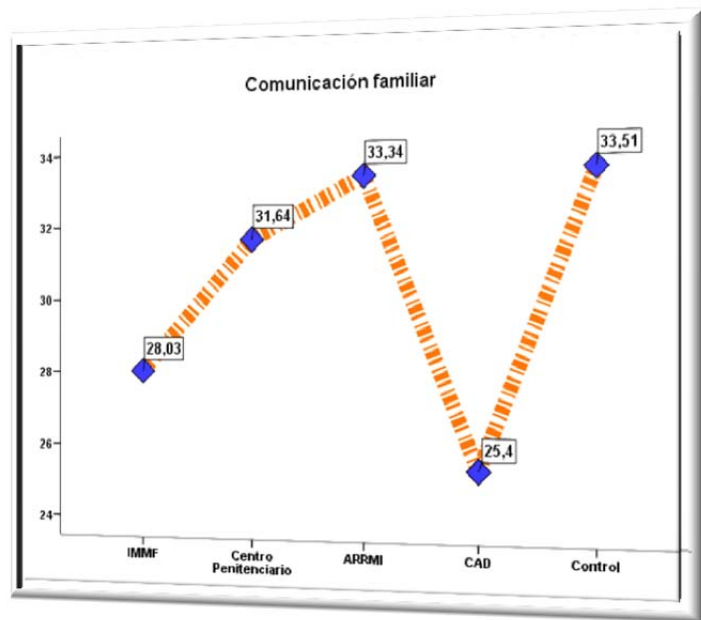
0,656 para “Mis padres y yo nos ponemos de acuerdo cuando discutimos” perteneciente a la variable latente *Comunicación familiar* que es el indicador más fiable de la variable. Para la variable *Normas*: “Conozco las consecuencias de incumplir mis responsabilidades” $R^2 = 0,560$; para la variable *Conflictividad familiar*: “En mi familia tenemos grandes discusiones por pequeñas cosas” $R^2 = 0,305$; y para *Relación con los hermanos*: “Me gusta hablar con mis hermanos” $R^2 = 0,582$.

Figura 1: Modelo estructural de segundo orden para el constructo Relaciones familiares (RF)



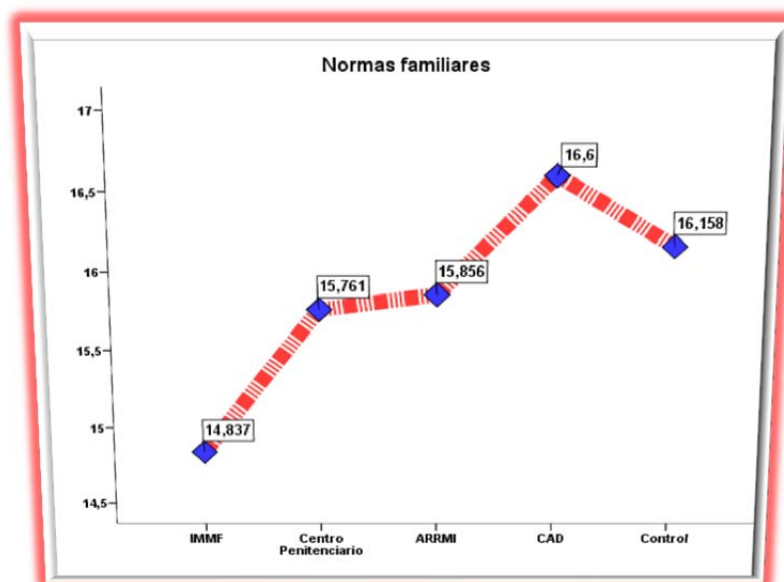
La prueba de Levene de la homogeneidad de las varianzas es significativa excepto para la variable “Relación con los hermanos”.

Figura 2: Medias de la variable distribuidas según las instituciones de pertenencia: Comunicación familiar



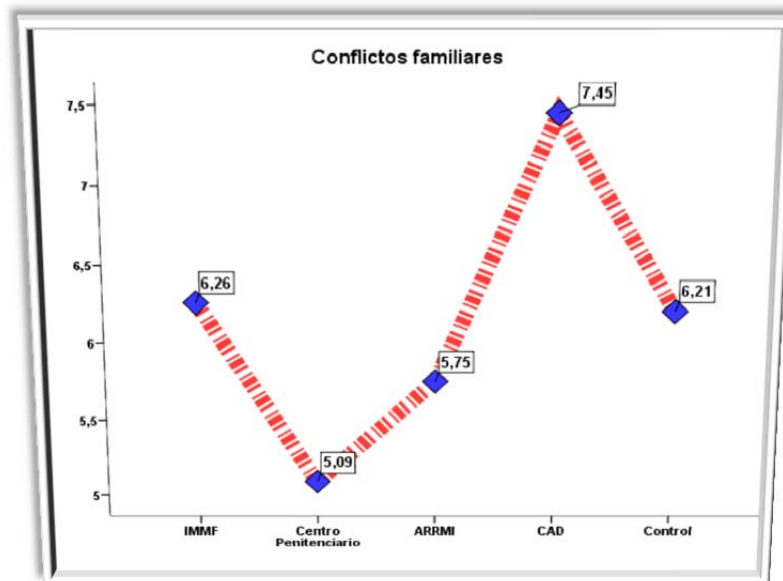
($F(4,646) = 15,215$; $P < 0,001$; $\eta^2_p = 0,085$; Potencia observada = 1). Las diferencias significativas las encontramos entre el CAD y el resto de los grupos, excepto IMMF; y entre Control e IMMF.

Figura 3: Medias de la variable distribuidas según las instituciones de pertenencia: Normas familiares



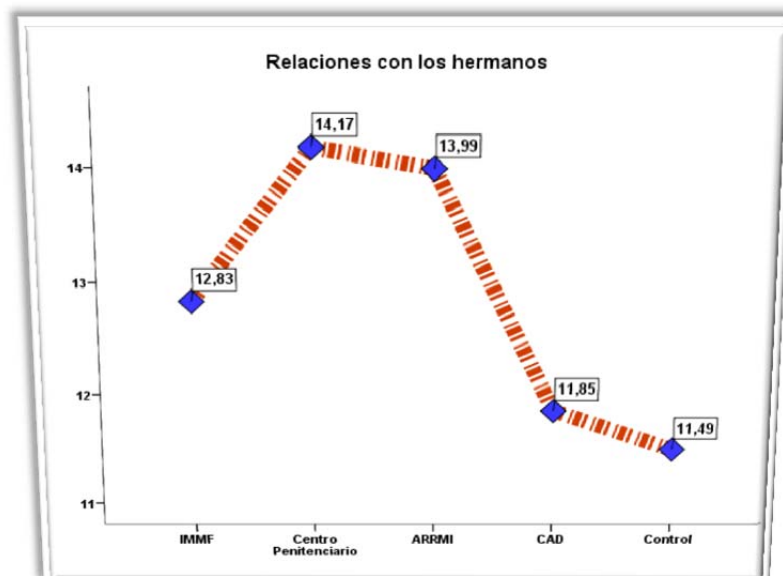
($F(4,646) = 3,203$; $P < 0,05$; $\eta^2_p = 0,019$; Potencia observada = 0,828). Encontramos diferencias significativas entre el grupo Control e IMMF.

Figura 4: Medias de la variable distribuidas según las instituciones de pertenencia: Conflictos



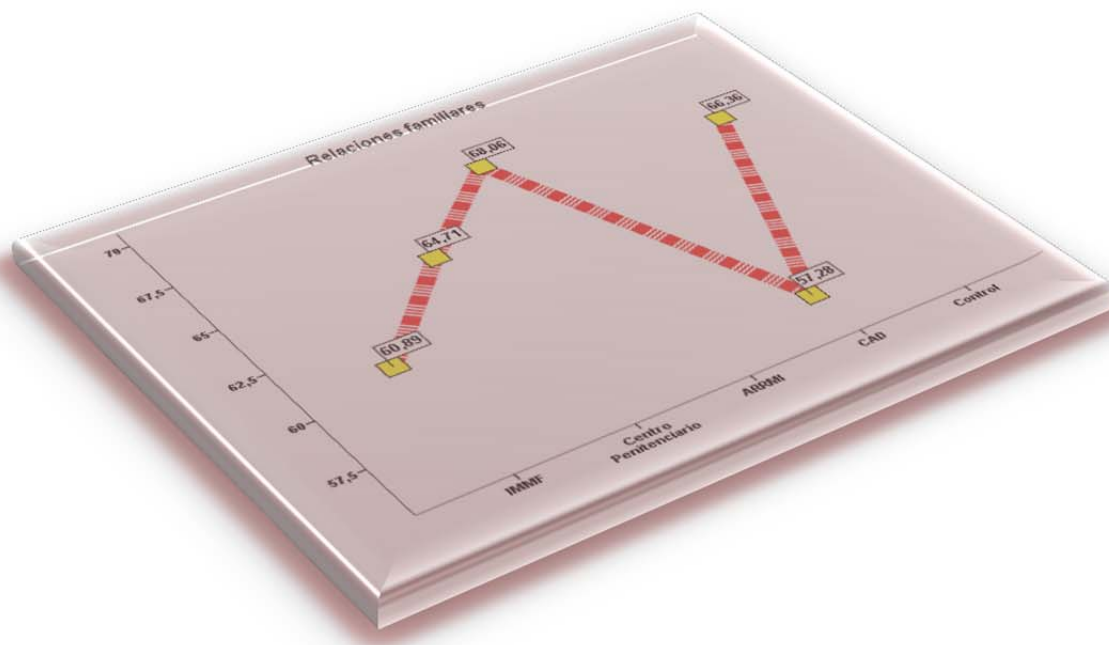
($F(4,646) = 9,741$; $P < 0,001$; $\eta^2_p = 0,057$; Potencia observada = 1). Las diferencias significativas entre el CP y el resto, excepto la ARRMI; y este grupo y el CAD.

Figura 5: Medias de la variable distribuidas según las instituciones de pertenencia: Hermanos



($F(4,646) = 14,795$; $P < 0,001$; $\eta^2_p = 0,084$; Potencia observada = 1). Las diferencias entre los grupos aparecen de manera significativa entre el grupo de Control y el resto, excepto el CAD; y el IMMF y el CP.

Figura 6: Medias de la variable de segundo orden distribuidas según las instituciones de pertenencia: Relaciones familiares



La edad no es significativa para esta variable. No asumiendo la homogeneidad de las varianzas, encontramos diferencias significativas en los grupos CAD e IMMF que tienen diferencia con ARRM y Control. ($F(4,718) = 10,360$; $P < 0,001$; $\eta^2_p = 0,055$; Potencia observada = 1).

El grupo ARRM nuevamente es el que más alto puntúa en esta variable, superando al grupo Control, formado por familias de baja conflictividad; y el grupo CAD el más bajo seguido del IMMF.

Podríamos esperar que los adolescentes con un comportamiento mayor de riesgo, no pudieran mantener unas relaciones familiares adecuadas. Este es el caso del grupo CAD que es el que mayor puntuación obtiene en conflicto y en normas, y menor en comunicación y relación con los hermanos. Los padres de estos adolescentes intensifican y aumentan las normas de convivencia familiar para intentar mantener el control y mejorar su conducta, pero no consiguen mejorar la comunicación, produciéndose un clima familiar inadecuado para este fin.

Pero este no es el caso de grupo ARRM que mantiene unas relaciones familiares similares al grupo de Control. En este grupo, aparecen sobrevalorados algunos as-

pectos de la relación familiar y sorprende, dado el nivel de conflicto que supone para un menor y su familia el cumplimiento de medidas por la comisión de un/unos delito/s, la calidad de las relaciones familiares que expresan. La explicación más realista es que estos adolescentes valoran mucho la posición y el apoyo de su familia respecto a su conducta y su situación.

El grupo IMMF también presenta relaciones familiares problemáticas, alta conflictividad, nada de normas, mala comunicación. La diferencia entre los grupos CAD e IMMF está en que en el IMMF la fuente de conflicto no son los adolescentes.

Las relaciones con los hermanos tienen un importante papel para los grupos pertenecientes al grupo de Riesgo, exceptuando el CAD, con valores similares a Control.

11.6. HERMANOS

El 11,9% del total de la muestra tiene hermanos con problemas relacionados con la conducta, las drogas, y donde suele intervenir la justicia etc. (10,4% para los grupos de Riesgo y 1,9% para el grupo de Control) y el 65% de ellos son los hermanos mayores (11,5% IMMF; 9,6% CP; 25,0% ARPMI 7,7% CAD y 11,5% Control).

La relación entre la variable “Hermanos con problemas” y los grupos Riesgo y Control es estadísticamente significativa ($\chi^2 (624,1) = 22,998$; P valor <0,001; V = 0,192). Los residuos indican que se existen más casos de los esperados en el grupo de Riesgo (4,8), y menos en el Control (-4,8).

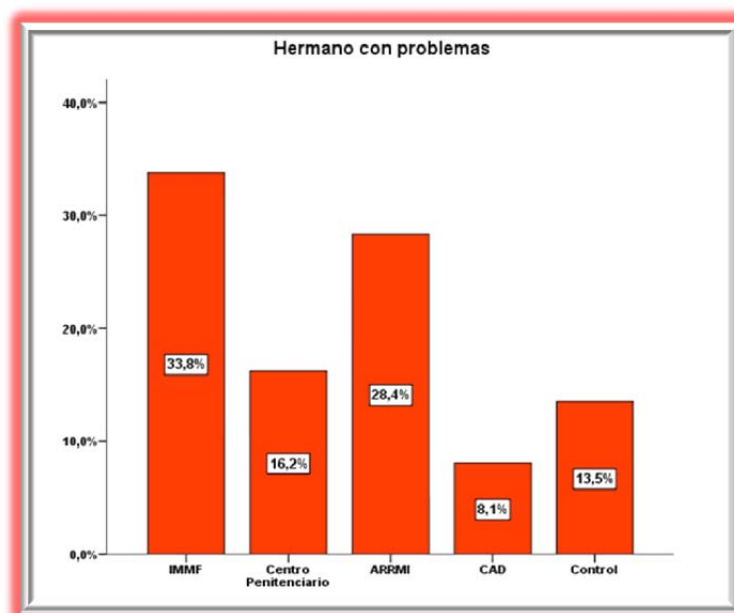
Tabla 1: Porcentajes de hermanos con problemas distribuidos según los grupos Riesgo-Control

Hermanos con problemas	Riesgo	Control
No	83,3%	96,2%
Si	16,7%	3,8%

Con un intervalo de confianza del 95%, tener un hermano con “problemas” es 4,3 veces mayor que si se pertenece al grupo Control (ODDS = 4,333).

Según la institución de referencia, los que más hermanos tienen con problemas son los adolescentes del IMMF seguidos del ARPMI.

Figura 1: Porcentajes de hermanos con problemas distribuidos según la institución de pertenencia



Los residuos indican que encontramos más casos de los esperados en los grupos ARRFMI (3,5) y CAD (2,4) y menos en el grupo Control (-4,7).

En relación a los hermanos admirados, el 24,6% del total de la muestra, tiene un hermano al que siente como modelo y es el hermano mayor el 72% de las ocasiones; este porcentaje se distribuye según la institución de referencia en: 18,5% IMMF; 11,3% CP; 11,3%, ARRFMI; 0,7% CAD y 30,5% Control.

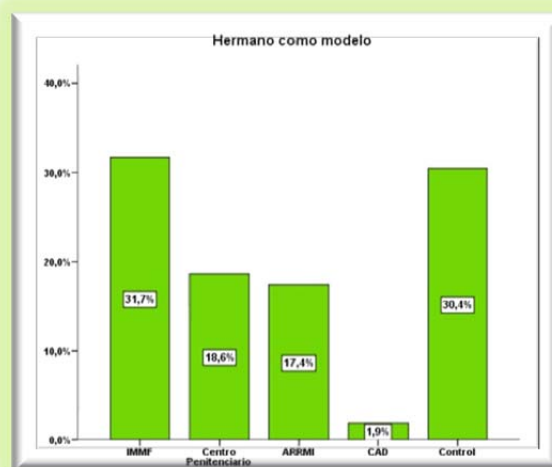
Tabla 2: Porcentajes de hermanos como modelo distribuidos según los grupos Riesgo-Control

Hermanos como modelo	Riesgo	Control
No	44,5%	17,7%
Si	30,9%	6,9%

La relación entre la variable “Hermano como modelo” y la pertenencia al grupo de Riesgo o a Control es significativa ($\chi^2(654,1) = 8,759; P = 0,03; V = 0,192$). Respecto al análisis de los residuos, indican que existen menos casos de hermanos admirados en el grupo Control de los que cabría esperar (-3) y más en el grupo de Riesgo (3).

En general, para el conjunto de la muestra y en términos absolutos, se tienen más hermanos admirados, 161, que con problemas, 74; y es el grupo IMMF, al igual que en el caso de hermanos con problemas, el que alcanza un porcentaje mayor de “hermano modelo”. Debemos tener presente que son el grupo de los más pequeños y que muchos de ellos tienen a sus padres ausentes, aunque las diferencias con el grupo Control son muy pequeñas.

Figura 1: Porcentajes de hermano como modelo, distribuidos según las instituciones de referencia



11.7. AMIGOS

Observamos, a lo largo de nuestra trayectoria profesional, que los individuos con conductas de Riesgo no conservan los amigos. Por regla general, los van perdiendo porque estos no comparten aquellas conductas que se mantienen a lo largo de la adolescencia o la juventud. Solo la familia permanece cerca cuando el individuo tiene problemas y está a su lado para afrontar las consecuencias de su conducta o someterse a tratamiento, etc. Esta fue la causa por la que estudiamos esta variable ya que los amigos son los personajes más importantes en la vida de un adolescente.

Tabla 1: Estadísticos descriptivos, de contraste y alternativos no paramétricos (contraste U de Mann-Whitney) de la variable distribuidos según los grupos Riesgo- Control y tamaño del efecto

Amigos de verdad	N	Media	DT	η^2	T (gl)	P	Z (UMW)	P
Caso	449	2,80	3,468	0,050	-6,180	0,000	-9,155	0,000
Control	274	4,36	2,998		(640,700)			

Encontramos diferencias significativas para los grupos de Riesgo y Control en la variable Amigos de verdad. Para toda la muestra, la frecuencia que más se repite es no tener amigos (18,1%), 24,9% para el grupo de Riesgo y 6,9% para el grupo Control. Los residuos tipificados son significativos para el recuento 0 y 1; positivos para el grupo de Riesgo (6,3 y 5, respectivamente) lo que indica que hay más casos de los esperados; y negativos para el grupo Control (-6,3 y -5, respectivamente).

Tabla 2: Contraste de medias de la variable distribuidas según la institución de referencia

	N	Media	DT	η^2	Post-Hoc: Games Howell			
					Dif. medias	P		
Amigos de verdad	IMMF	189	3,48	16,612	0,054	CP	1,72	0,000
						ARRMI	1,04	0,099
						CAD	0,33	0,986
						Control	-0,81	0,167
	CP	124	1,82	10,199		IMMF	-1,72	0,000
						ARRMI	-0,68	0,273
						CAD	-1,39	0,159
						Control	-2,53	0,000
	ARRMI	104	2,44	11,702		IMMF	-1,04	0,099
						CP	0,68	0,273
						CAD	-0,71	0,787
						Control	-1,85	0,000
	CAD	25	3,11	11,723		IMMF	-0,33	0,986
						CP	1,39	0,159
						ARRMI	0,71	0,787
						Control	-1,14	0,321
Control	281	3,48	12,139	IMMF	0,81	0,167		
				CP	2,53	0,000		
				ARRMI	1,85	0,000		
				CAD	1,14	0,321		

Figura 1: Medias de la variable distribuidas según los grupos Riesgo-Control

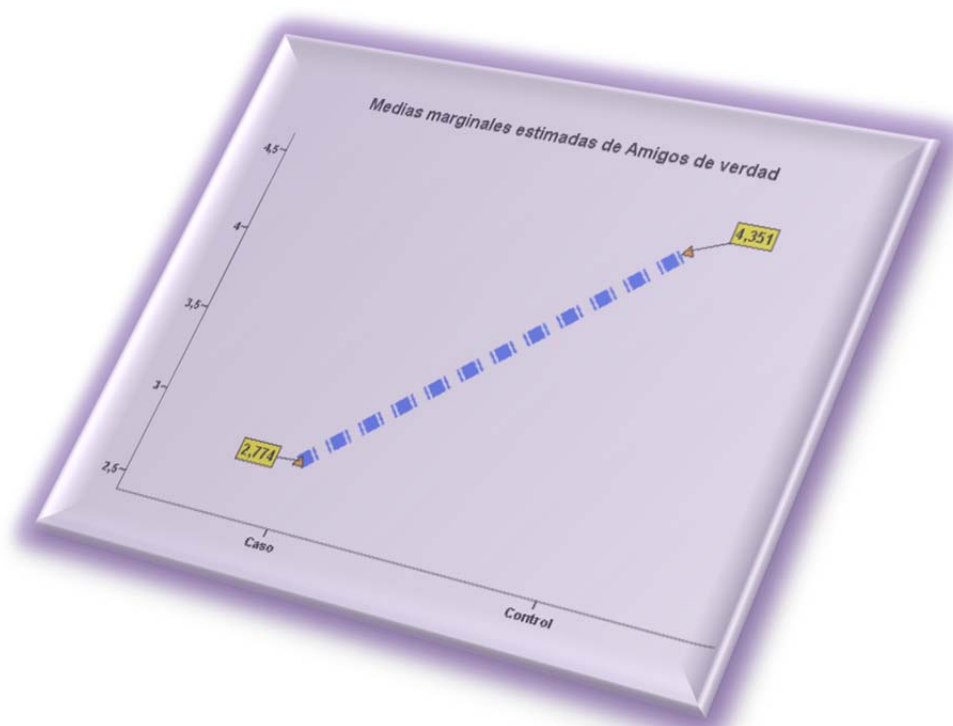
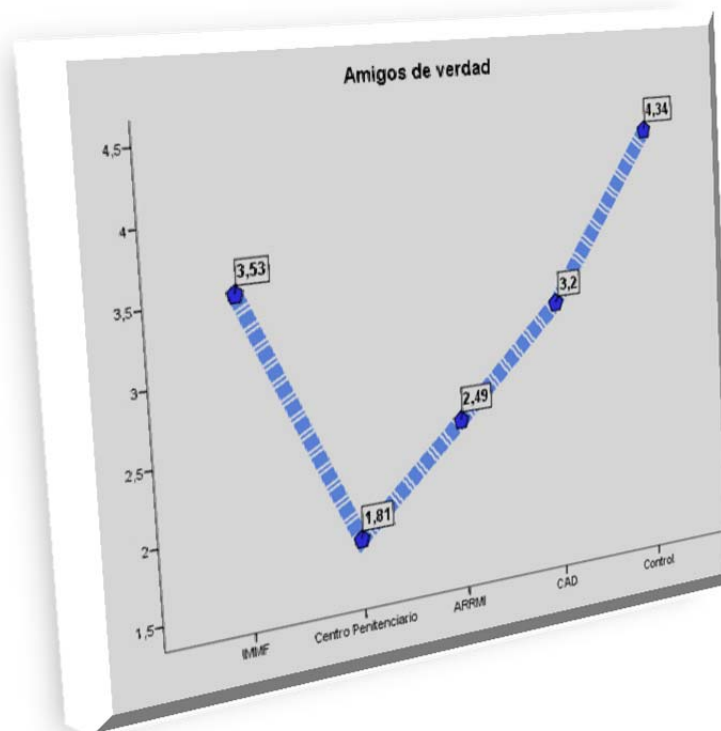


Figura 2: Medias de la variable distribuidas según las instituciones de pertenencia Amigos de verdad



En el análisis de la variable para los grupos distribuidos según la institución de referencia, no asumimos la igualdad de las varianzas, encontrando diferencias significativas ($F(4,718) = 15,394$; $P < 0,001$; $\eta^2_p = 0,079$; Potencia observada = 1) entre los grupos Control, ARMMI y CP; y entre este e IMMF. La edad no es una variable significativa para este contraste.

Como se observa en la figura, 1 el grupo Control tiene más amigos que el grupo de Riesgo, doblando su puntuación media; y, según la institución de referencia, los que menos amigos tienen son los del grupo CP, seguidos de los del ARMMI, los del CAD y por último los del IMMF. Estos resultados confirman nuestra hipótesis de partida y explican, en parte, las relaciones familiares que mantienen estos jóvenes.

11.8. OCIO

Con el objeto de examinar las formas de ocio en los adolescentes y sus consecuencias en la conducta, se replican dos escalas del cuestionario realizado para la investigación de Martínez, Fernández-Alba y Salgado (2004).

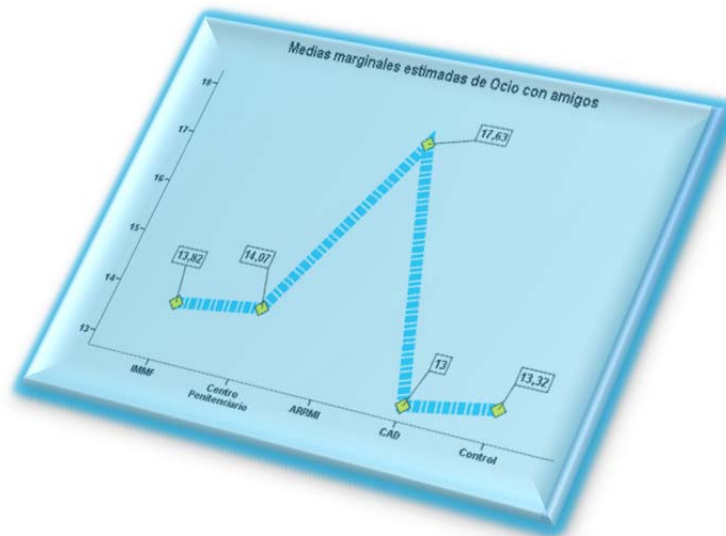
Para obtener indicadores de naturaleza más global, se realizó un análisis de componentes de los indicadores, seguido de rotación Normalización Oblimín con Kaiser con el conjunto de las respuestas. El estadístico de Kaiser-Meyer-Olkin para la adecuación de la matriz alcanzó un valor aceptable (0,702). Se examinaron varias soluciones, optando por la solución de cinco factores que explica el 54% de la varianza total. $\chi^2(171) = 2845,952$, $P < 0.001$. Para la realización del AFE, se excluyen las actividades: “Ir al cine”, porque puntúa en más de un factor; “Ir a conciertos pop-rock”, “Acampadas, excursiones y senderismo”, “Colaborar con asociaciones, grupos de tiempo libre, ONG’s” y “Ocio en servicios sociales”, porque son actividades de muy baja frecuencia. “Ir a centros comerciales y de ocio” reúne una variedad de actividades que se pueden realizar en este tipo de centros y no discrimina de forma adecuada. “No hacer nada” no se considera actividad de ocio.

Los cinco factores extraídos pueden interpretarse como sigue:

- *Ocio con amigos*. Formado por cinco elementos: Ir a casa de algún amigo; En el parque con los amigos; Salir de fiesta; Estar con los amigos en casa; Ir a bares o discotecas.
- *Ocio individual o solitario*. (No se necesita a nadie para realizarlo.) Formado por cinco elementos: Oír la radio; Leer libros, revistas, cómics; Hablar por teléfono; Escuchar música; Ver la televisión.
- *Ocio relacionado con actividades deportivas*. Formado por dos elementos: Ver alguna actividad deportiva; Practicar algún deporte.
- *Ocio relacionado con las últimas tecnologías realizado en solitario*. Formado por tres elementos: Chatear; Navegar por internet; Jugar a videojuegos o a juegos de ordenador.
- *Ocio relacionado con las últimas tecnologías de carácter social*. Formado por cuatro elementos: Jugar a tragaperras, Ir a salones de recreativos, Ir a cibercafés, Conocer chicos/as por citas a través de internet.

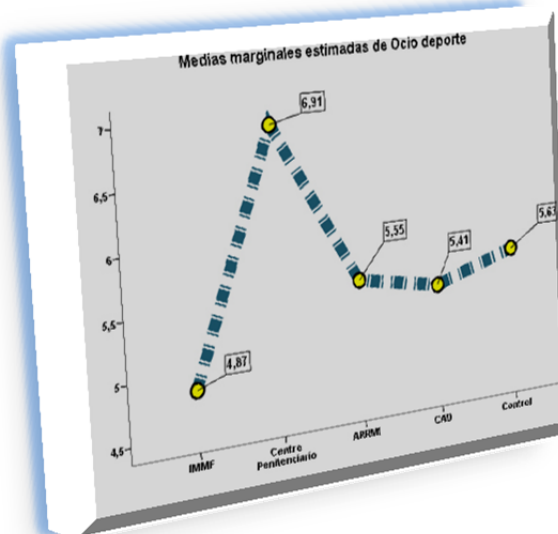
No asumimos la homogeneidad de la varianza para los factores excepto para *Ocio relacionado con actividades deportivas*, $F(1,718) = 1,41$; $P = 0,228$. El efecto de la edad es estadísticamente significativo para los factores menos para *Ocio con amigos*, $F(1,717) = 1,545$; $P = 0,214$.

Figura 1: Medias del factor distribuidas según las instituciones de pertenencia: Ocio con amigos



Encontramos diferencias significativas entre los grupos, $F(4,717) = 25,108$; $P < 0,001$; $\eta^2_p = 0,123$; potencia observada = 1. El grupo ARRM presenta diferencias significativas con el resto de los grupos.

Figura 2: Medias del factor distribuidas según las instituciones de pertenencia: Ocio relacionado con actividades deportivas

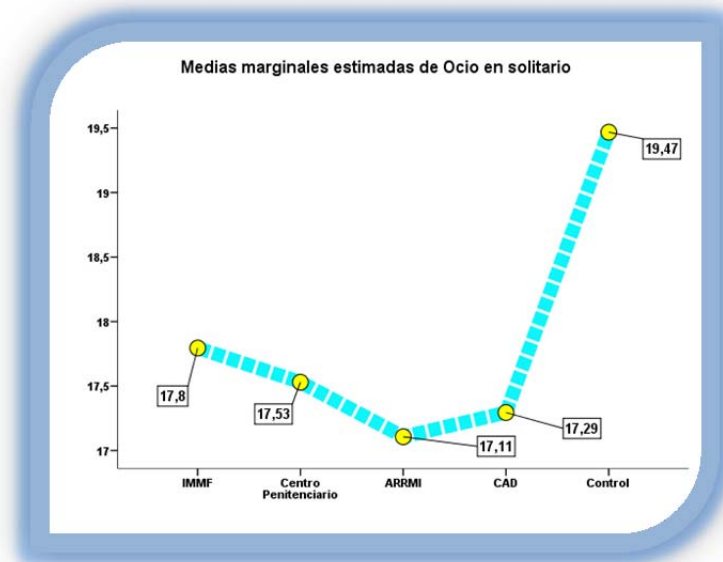


Encontramos diferencias significativas entre los grupos, $F(4,717) = 9,70$; $P < 0,001$; $\eta^2_p = 0,051$; potencia observada = 1. El grupo CP presenta diferencias significativas con el resto de los grupos.

Tabla 1: Medias, desviaciones típicas y medias corregidas: Ocio relacionado con actividades deportivas

	Media	DT	Media corregida
IMMF	5,27	2,430	4,866
Centro Penitenciario	6,38	2,443	6,914
ARRMI	5,53	2,057	5,550
CAD	5,24	2,107	5,410
Control	5,62	2,353	5,632

Figura 3: Medias del factor distribuidas según las instituciones de pertenencia: Ocio individual o en solitario

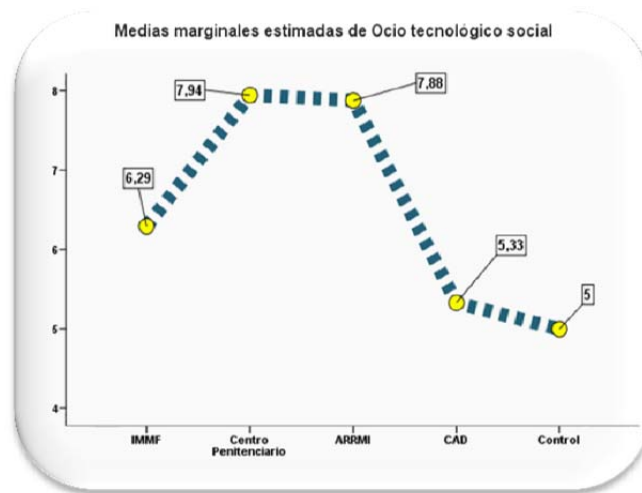


Encontramos diferencias significativas entre los grupos, $F(4,717) = 12,51$; $P < 0,001$; $\eta^2_p = 0,065$; potencia observada = 1. El grupo Control presenta diferencias significativas con el resto de los grupos.

Tabla 2: Medias, desviaciones típicas y medias corregidas: Ocio individual o en solitario

	Media	DT	Media corregida
IMMF	17,07	4,080	17,795
Centro Penitenciario	18,48	4,538	17,530
ARRMI	17,14	3,895	17,107
CAD	17,60	3,000	17,294
Control	19,49	3,064	19,468

Figura 4: Medias del factor distribuidas según las instituciones de pertenencia: Ocio tecnológico social

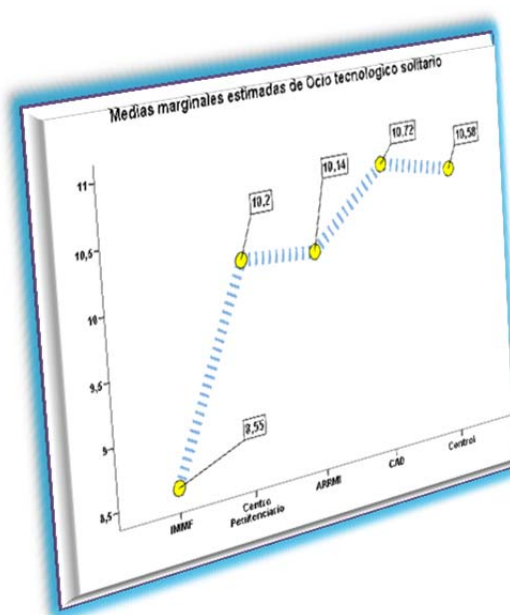


Encontramos diferencias significativas entre los grupos, $F(4,717) = 55,686$; $P < 0,001$; $\eta^2_p = 0,237$; potencia observada = 1. Las diferencias significativas están entre los grupos Control e IMM, CP y ARMI; CAD, CP y ARMI; ARMI e IMM.

Tabla 3: Medias, desviaciones típicas y medias corregidas: Ocio tecnológico social

	Media	DT	Media corregida
IMMF	6,50	2,351	6,293
Centro Penitenciario	7,67	2,798	7,944
ARRMI	7,87	2,863	7,876
CAD	5,24	1,422	5,327
Control	4,99	1,294	4,996

Figura 5: Medias del factor distribuidas según las instituciones de pertenencia: Ocio tecnológico en solitario



Encontramos diferencias significativas entre los grupos, $F(4,717) = 8,88$; $P < 0,001$; $\eta^2_p = 0,047$; potencia observada = 10,999. El grupo IMMF presenta diferencias significativas con el resto de los grupos.

Tabla 4: Medias, desviaciones típicas y medias corregidas: Ocio tecnológico solitario

	Media	DT	Media corregida
IMMF	9,13	3,727	8,554
Centro Penitenciario	9,43	3,652	10,197
ARRMI	10,11	3,824	10,136
CAD	10,48	2,551	10,725
Control	10,56	3,098	10,577

Observamos una clara pauta de ocio en cada uno de los grupos. Es un hallazgo que se repite a lo largo del riesgo en las variables estudiadas, pero en el ocio sorprende de forma singular la influencia del centro de referencia ya que parece que es una actividad más relacionada con la libertad de elección del individuo. Las puntuaciones alcanzadas en estas variables por el grupo IMMF merecen una pequeña reflexión ya que es preocupante la conclusión de que su ocio es **muy pobre**, siendo un elemento preventivo importante y que, como otras conductas, la adolescencia es un momento adecuado para aprender.

La variable "Dinero disponible para el fin de semana" correlaciona positivamente, aunque con valores bajos, con la variable "Ocio con amigos" ($r = 0,170$, $P < 0,001$) y con "Ocio tecnológico-social" ($r = 0,236$, $P < 0,001$). La variable "Días que sales a la semana" correlaciona, aunque con valores bajos, con "Ocio de fin de semana" ($r = 0,200$, $P < 0,001$); "Discurso sobre la fiesta" ($r = 0,113$, $P < 0,001$); "Ocio en solitario" ($r = -0,130$, $P < 0,001$); "Ocio en solitario relacionado con las últimas tecnologías" ($r = 0,139$, $P < 0,001$); "Ocio tecnológico y social" ($r = 0,182$, $P < 0,001$); y "Ocio con amigos" ($r = 0,231$, $P < 0,001$).

11.9. DISCURSOS HACIA LA FIESTA

Las noches de los fines de semana, el *territorio joven*, el consumo de drogas asociado al ocio o el botellón son elementos del ocio adolescente que forman parte del discurso que se pone en práctica cuando los jóvenes salen “de fiesta”. La escala elaborada con la información extraída del análisis de las entrevistas tiene como objetivo analizar este tipo de ocio.

Se excluyen del modelo los ítems “Una actividad divertida es reírse del más débil” porque no es considerada una actividad de ocio y “Yo siempre controlo, tome lo que tome” que debería formar parte de un constructo en primera persona.

Para analizar las evidencias de validez en cuanto a la dimensionalidad, sometemos a prueba el modelo utilizando el AFC y obtenemos una solución bien definida de cuatro variables latentes de primer orden, una de segundo orden con un buen grado de ajuste de los datos.

Las variables pueden expresarse como:

- *Ocio de fin de semana*, esta variable está formada por cuatro ítems (O1, O2, O3 y O4). El coeficiente α para el factor = 0,70, IC 95%: 0,66 - 0,74.
- *Discurso ante el consumo de drogas*, formado por cuatro ítems (D1, D2, D3 y D4). Coeficiente α para el factor = 0,54; IC 95%: 0,49 - 0,60.
- *Botellón I*, formado por dos ítems (B1 y B2), Coeficiente α para el factor = 0,69 IC 95%: 0,62 - 0,72.
- *Consumo de drogas como forma de ocio: “Discurso sobre la fiesta”*, formado por dos ítems (F1 y F2), Coeficiente α para el factor = 0,77, IC 95%: 0,73 - 0,80.

A la variable latente de segundo orden la denominamos *Discursos sobre la fiesta* (Coeficiente α = 0,78, IC 95%: 0,66 - 0,83; Media = 42,22 y DT = 9,10).

Tabla 1: Saturaciones factoriales y fiabilidad de los indicadores

Discursos sobre la fiesta – A	Matriz de saturaciones				R ²
	Sat. (t)	Sat. (t)	Sat. (t)	Sat. (t)	
Si no consumes alcohol o drogas no hay fiesta - F1.	1,179	-	-	-	0,757
La mejor forma de diversión que tenemos los jóvenes es la fiesta, incluyendo el consumo de alcohol y drogas - F2.	0,872 (13,174)	-	-	-	0,526
Los jóvenes son los que más drogas consumen - D1.	-	0,578	-	-	0,201
Conseguir marihuana, cocaína o pastillas es muy fácil - D2.	-	0,540 (7,046)	-	-	0,203
El mejor sitio para consumir drogas es el parque - D3.	-	0,612 (7,607)	-	-	0,287
Una cosa es conocer lo peligrosas que son las drogas y otra dejar de tomarlas - D4.	-	0,589 (7,449)	-	-	0,250
La noche es el único momento en que los jóvenes podemos expresarnos como somos - O1.	-	-	0,860	-	0,481
Mis mejores ratos son los que paso en el parque con mis amigos - O2.	-	-	0,676 (10,611)	-	0,258
Lo mejor del fin de semana es hacer en todo momento lo que te apetece - O3.	-	-	0,585 (9,486)	-	0,197
Cuanto más grande sea el grupo con el que sales mejor te lo pasas - O4.	-	-	0,444 (6,566)	-	0,107
Es más divertido botellón que tomar copas en un local. - B1	-	-	-	0,807	0,420
Hacemos botellón porque es más barato. - B2	-	-	-	0,813 (11,560)	0,351

Los valores del estadístico R^2 oscilan en un rango de 0,107 para “Cuanto más grande sea el grupo con el que sales mejor te lo pasas” vinculado a la variable *Ocio de fin de semana*, a 0,757 para “Si no consumes alcohol o drogas no hay fiesta” perteneciente a la variable latente *Discursos sobre la fiesta* y que es el indicador más fiable de la variable. Para la variable *Discurso ante el consumo de drogas*, el indicador más fiable es “El mejor sitio para consumir drogas es el parque” $R^2 = 0,287$; y para la variable *Ocio de fin de semana*: “La noche es el único momento en que los jóvenes podemos expresarnos como somos” $R^2 = 0,481$.

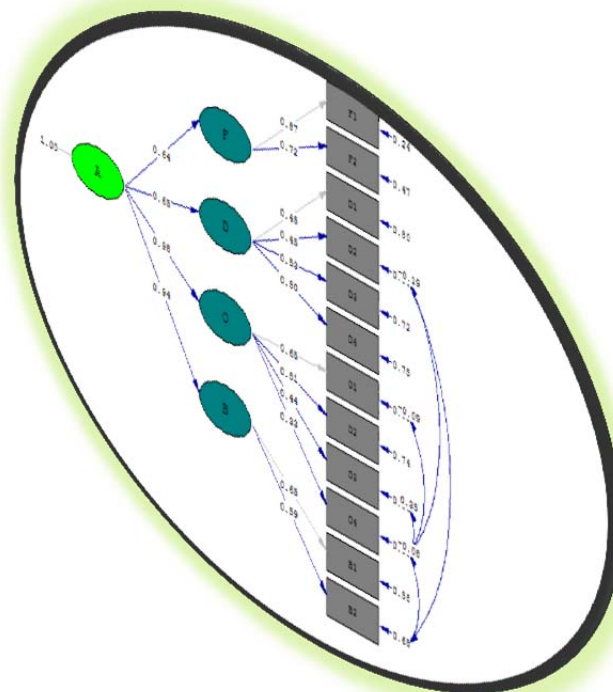
Tabla 2: Matriz ϕ

	F	D	O	B	A
F	1,000				
D	0,414	1,000			
O	0,624	0,637	1,000		
B	0,599	0,612	0,923	1,000	
A	0,636	0,650	0,981	0,941	1,000

Tabla 3: Indicadores de ajuste del modelo

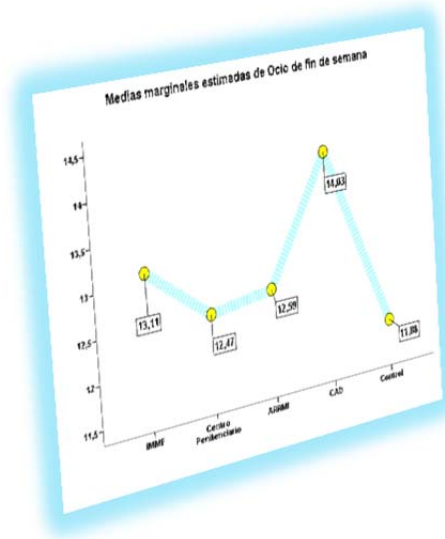
$\chi^2(44)$	183.422 (P< 0,000)	IFI	0,93
RMSEA	0,066	RMR	0,082
CFI	0,930	GFI	0,96

Figura 1: Modelo estructural de segundo orden para el constructo "Discursos sobre la fiesta"



No asumimos la homogeneidad de la varianza para los factores y el efecto de la edad no es estadísticamente significativo para los factores *Discurso ante el consumo de drogas*, $F(1,717) = 0,492$, $P = 0,483$ y *Discurso sobre la fiesta*, $F(1,717) = 0,986$, $P = 0,321$.

Figura 2: Medias de la variable distribuidas según la institución de referencia: Ocio de fin de semana

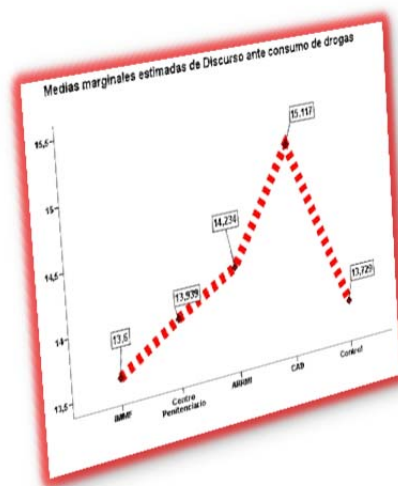


Encontramos diferencias significativas entre los grupos, $F(4,717) = 4,15$; $P = 0,002$; $\eta^2_p = 0,023$; potencia observada = 0,921. En los grupos Control e IMMF es donde aparecen diferencias significativas en este factor.

Tabla 4: Medias, desviaciones típicas y medias corregidas del factor *Ocio de fin de semana* distribuidas según la institución de referencia

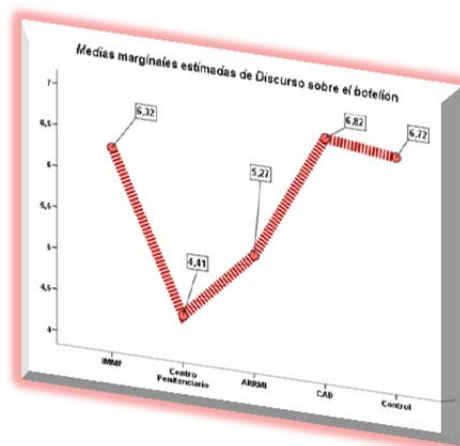
Centro	Media	DT	Media corregida
IMMF	13,99	3,886	13,109
Centro Penitenciario	11,31	4,137	12,474
ARRMI	12,54	4,093	12,589
CAD	13,66	4,115	14,032
Control	11,85	3,410	11,882

Figura 3: Medias de la variable distribuidas según la institución de referencia: *Discurso ante el consumo de drogas*



No existen diferencias significativas entre los grupos, $F(4 \text{ y } 717) = 1,52$; P valor = 0,195; η^2 parcial = 0,008; potencia observada = 0,472.

Figura 4: Medias de la variable distribuidas según la institución de referencia: *Botellón*

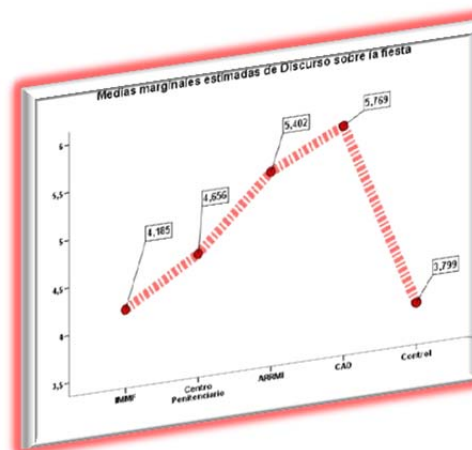


Existen diferencias significativas entre los grupos, $F(4,717) = 23,51$; $P < 0,001$; $\eta^2_p = 0,116$; potencia observada = 1. Estas diferencias están entre los grupos IMMF, CAD y Control; CP, CAD y Control; CAD, ARMI y Control; y ARMI con Control.

Tabla 5: Medias, desviaciones típicas y medias corregidas del factor *Botellón* distribuidas según la institución de referencia

Centro	Media	DT	Media corregida
IMMF	5,90	2,485	6,319
Centro Penitenciario	4,96	2,166	4,405
ARRMI	5,29	2,432	5,267
CAD	7,00	1,825	6,823
Control	6,73	2,114	6,716

Figura 5: Medias de la variable distribuidas según la institución de referencia: Discurso sobre la fiesta

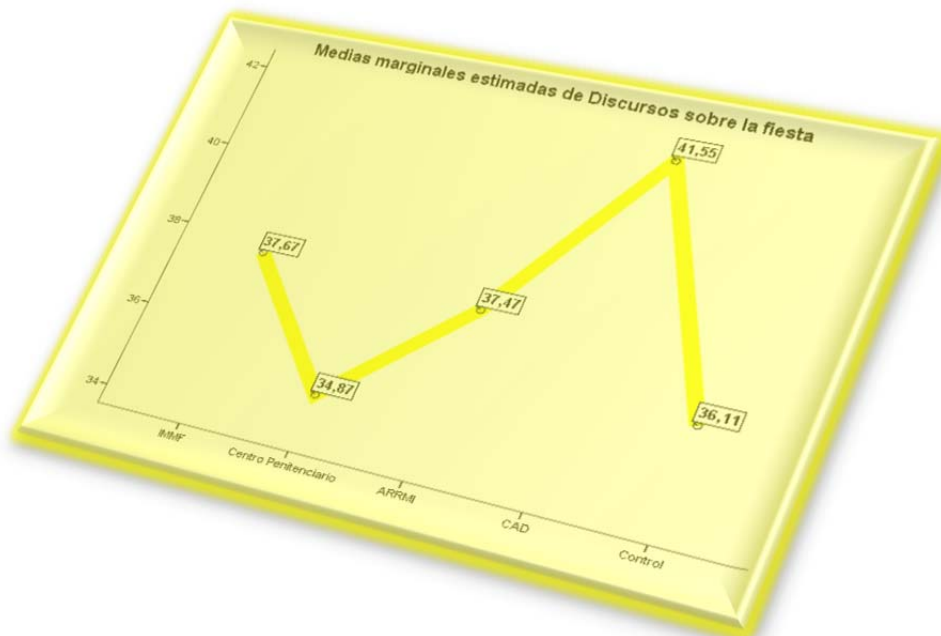


Existen diferencias significativas entre los grupos, $F(4,717) = 12,88$; $P < 0,001$; $\eta^2_p = 0,067$; potencia observada = 1. Las diferencias significativas entre los grupos están entre el grupo Control y el resto de los grupos, excepto IMMF; entre IMMF, ARMI y CAD.

La edad no influye de forma significativa en la variable de segundo orden *Discursos sobre la fiesta*, $F(1,717) = 2,164$; $P < 0,142$; $\eta^2_p = 0,03$; potencia observada = 0,321.

No asumiendo la igualdad de varianzas, existen diferencias significativas entre las medias de los grupos, $F(1,717) = 7661$; $P < 0,001$ $\eta^2_p = 0,914$; potencia observada = 1. La diferencia entre las medias para cada par de puntuaciones entre los tipos de centro es significativa para los grupos CAD con Control y Centro Penitenciario.

Figura 6: Medias de la variable de segundo orden distribuidas según la institución de referencia: Discursos sobre la fiesta



Existe una relación lineal significativa entre las variables “Discursos sobre la fiesta” y “Número de días que sales a la semana”: $r = 0,113$; $P \text{ valor} = 0,003$, $n = 707$.

Las variables “*Discursos sobre la fiesta*” y “Dinero disponible para el fin de semana” no están correlacionadas significativamente: $r = - 0,052$; $P \text{ valor} = 0,165$, $n = 723$. Es decir, el aumento en la cantidad de dinero disponible para un fin de semana no varía la actividad escogida, la puede prolongar en el tiempo o en el consumo; es decir, cambiar los hábitos de ocio de un adolescente no pasa por aumentar sus recursos económicos. ***Discursos sobre la fiesta*** expresa una forma de entender el ocio, no estructurado, elegido, asociado al fin de semana, que se realiza en un espacio propio o “territorio joven”, donde los tiempos (la noche) permitan adueñarse del espacio sin tener que compartirlo, y una identificación grupal significativa; un fin de semana sin horarios, sin responsabilidades y sin ocio programado, que se dota de sentido en la búsqueda de la diversión donde todo está permitido y donde “todo está por pasar”. Este tiempo se asocia al consumo de drogas, en particular al botellón, como forma de ocio. Los adolescentes del CAD, como ya hemos visto, puntúan muy bajo en los ítems referidos a las formas de ocio adolescente y encuentran y defienden su forma de diversión en estas actividades. Los adolescentes del IMMF van detrás convirtiéndose, por su edad y características, en “grupo con prácticas riesgo” en lo que se refiere a este tipo de ocio que realizan, que es “ocio de riesgo”.

11.10. DINERO DISPONIBLE PARA EL FIN DE SEMANA

Nuestro objetivo, al estudiar esta variable es mostrar la incidencia de la cantidad de dinero disponible para las actividades del fin de semana y el tipo de ocio seleccionado. Estos resultados aparecen en el apartado de Ocio. A continuación se describen los resultados de los análisis de medias en los grupos Riesgo-Control y las instituciones de referencia.

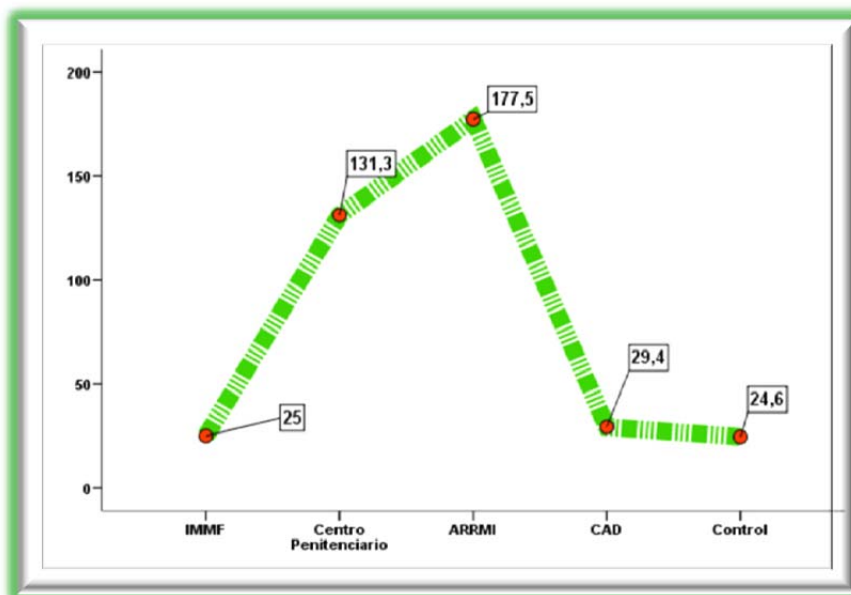
Tabla 1: Estadísticos descriptivos, de contraste de la variable distribuido según los grupos Riesgo-Control: Dinero disponible para el fin de semana

Dinero disponible para fin de semana (Euros)		Media	DT	T (gl)	P
Riesgo		89,49	185,037	7,1085	0,000
Control		25,21	32,212	(491,610)	

Encontramos diferencias significativas de la variable para los grupos de Riesgo y Control. Dispone de más dinero para el fin de semana el grupo de Riesgo con una diferencia muy considerable, aunque la desviación típica de la media es muy alta.

Para la variable institución de referencia, no se asumen la homogeneidad de las varianzas para el ítem “Dinero disponible para el fin de semana”. $F(4,18) = 99,929$; $P < 0,001$.

Figura 1: Medias de la variable “Dinero disponible para el fin de semana” distribuidas según los la institución de referencia



Eliminado el efecto de la edad ($F(1,717) = 5,579$; $P < 0,002$), existen diferencias significativas entre los grupos $F(4,717) = 32,324$; $P < 0,001$; $\eta^2_p = 0,193$; Potencia observada = 1.

Tabla 2: Medias, desviaciones típicas y medias corregidas

		Media	DT	Media corregida
Dinero disponible para el fin de semana	IMMF	13,06	16,504	24,968
	CP	147,02	192,064	131,261
	ARRMI	178,12	282,827	177,495
	CAD	34,44	51,603	29,391
	Control	24,94	31,895	24,560

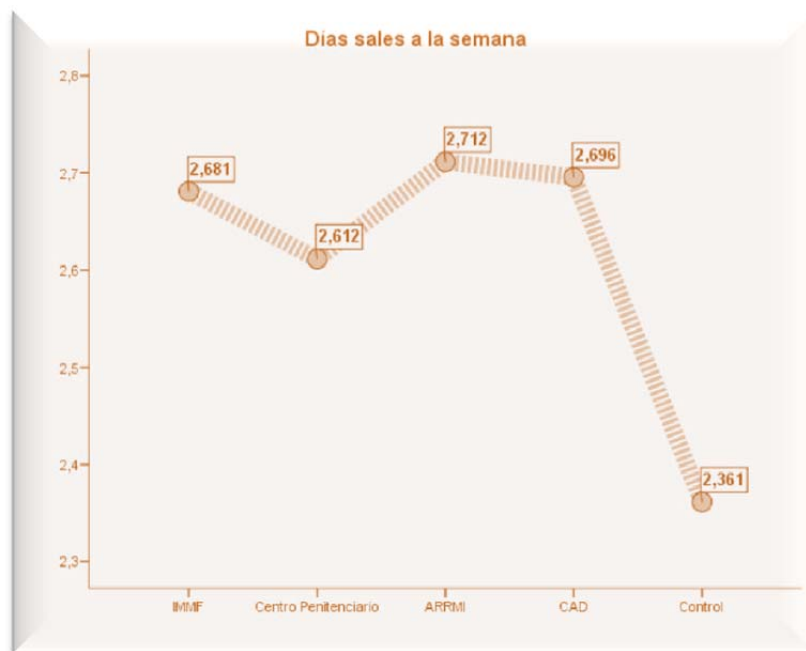
Los grupos en los que aparecen diferencias significativas (contraste Games-Howell) son el IMMF con el CP, la ARMMI y el Control; El CP con el CAD y el Control; y el ARMMI con el CAD y el Control. El grupo ARMMI es el que obtiene la media más alta, aunque también con una desviación típica muy alta.

11.11. DIAS QUE SALES A LA SEMANA

Nuestro objetivo, al estudiar esta variable es mostrar los días disponibles para el ocio de los adolescentes. Estos resultados aparecen en el apartado de Ocio. A continuación se describen los resultados de los análisis de medias en los grupos Riesgo-Control y las instituciones de referencia.

Para la variable Institución de referencia, no se asume la homogeneidad de las varianzas para el ítem "Días que sales a la semana". $F(4, 702) = 5,371$; $P \text{ valor} < 0,001$.

Figura 1: Medias de la variable distribuidas según los la institución de referencia



Se observa en el gráfico que la ARMI es el grupo que más días sale a la semana, seguido del CAD y del IMMF con diferencias muy pequeñas. Existen diferencias significativas entre los grupos $F(4,707) = 8,126$; $P < 0,001$; $\eta^2_p = 0,044$; potencia observada = 0,998. Los grupos en los que aparecen diferencias significativas (contraste Games-Howell) son el Control con el resto de los grupos, excepto con el CAD.

11.12. PRESIÓN DE GRUPO

Se diseñó una escala de “presión de grupo” a partir de la aplicación de las entrevistas en profundidad y con el objetivo de responder a nuestra hipótesis sobre esta variable: *La presión de grupo es un continuo entre la presión explícita y coercitiva para la realización de una conducta y la sutil e implícita para la aceptación*; y que nos ayudará a reconocer los extremos de ese continuum.

Asumimos la igualdad de varianzas para el ítem: “En mi grupo se hace lo que yo digo porque es lo mejor” $F = 1,796$; $P = 0,181$.

Tabla 1: Indicadores de ajuste del modelo

$\chi^2(5)$	10,464 (P< 0,06)	IFI	0,995
RMSEA	0,040	RMR	0,0187
CFI	0,995	GFI	0,994

Para analizar las evidencias de validez en cuanto a la dimensionalidad, sometemos a prueba este modelo unidimensional utilizando el AFC y obtenemos una solución bien definida y un excelente grado de ajuste de los datos. Esta variable latente puede definirse como *Presión de grupo*. La escala obtiene un coeficiente $\alpha = 0,67$; IC (95%): 0,63 - 0,70; media 10,87 y desviación típica 3,82.

Tabla 2: Saturaciones factoriales y fiabilidad de los indicadores

Presión de grupo	Saturación (t)	R ²
Haría lo que me pidieran por ser amigo de la gente que me gusta. PG1	0,883 (17,846)	0,441
Para formar parte de un grupo has de hacer lo que todos hacen. PG2	1,042 (12,785)	0,249
En mi grupo se hace lo que yo digo. PG3	0,921 (21,738)	0,614
A veces me he sentido presionado por mi grupo para hacer cosas que no quería. PG4	0,795 (14,423)	0,307
En mi grupo cada miembro hace lo que quiere, pero al final todos hacemos lo mismo. PG5	0,718 (17,663)	0,433

El indicador más fiable para esta variable es “En mi grupo se hace lo que yo digo” $R^2 = 0,614$. El ítem menos explicado es “Para formar parte de un grupo has de hacer lo que todos hacen: PG2” con una puntuación menor de 0,30. El más explicado es “En mi grupo se hace lo que yo digo porque es lo mejor”, relacionado con un sentimiento subjetivo de liderazgo; el siguiente es “Haría lo que me pidieran por ser amigo de la gente que me gusta, relacionado con un extremo del continuo “aceptación social”; y por último, “En mi grupo cada miembro hace lo que quiere, pero al final to-

dos hacemos lo mismo”, revelando la conducta propia de aquellos que creen “hacer lo que quieren” pero terminan bajo el poder del grupo siempre. Este ítem también apunta al tipo homogéneo de ocio que practican.

Figura 1: Modelo estructural de primer orden para el constructo Presión de grupo (PG)

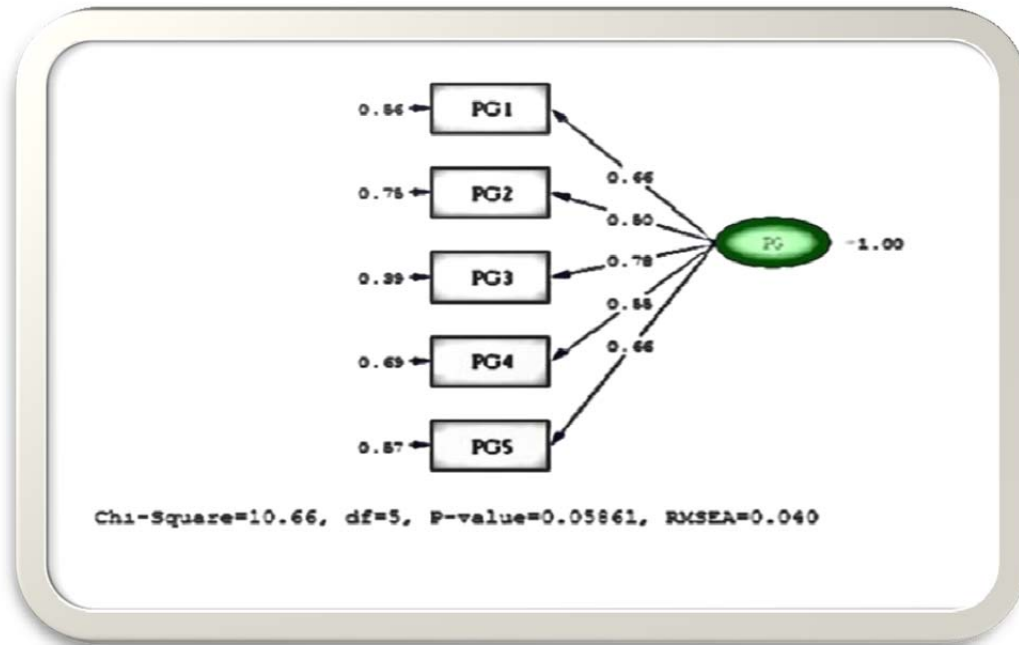
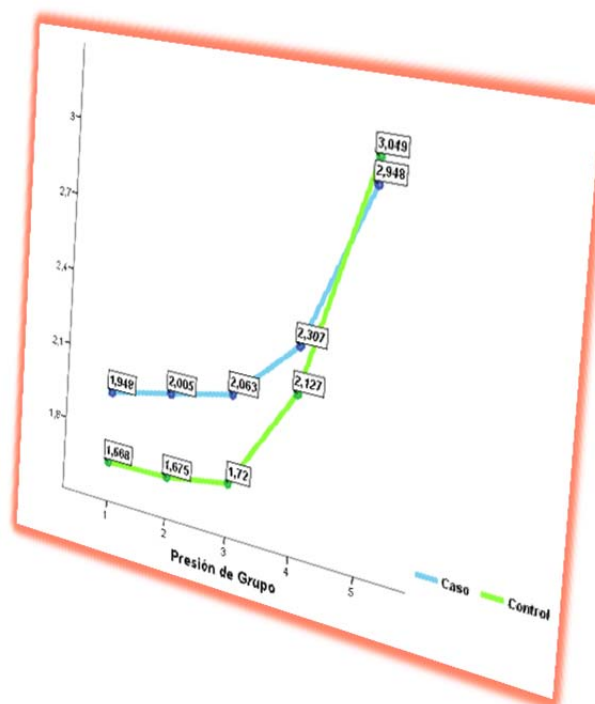


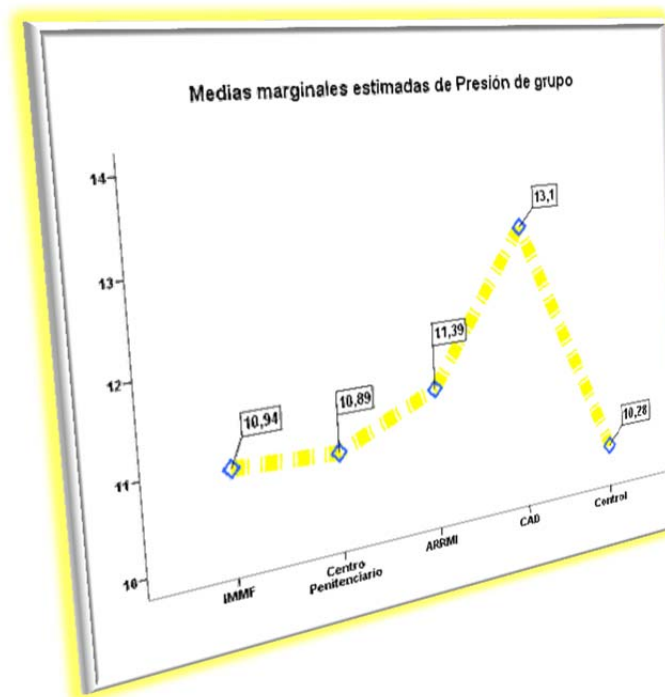
Figura 2: Medias de la variable distribuidas según los grupos Riesgo-Control



Rechazamos la hipótesis de esfericidad (W de Mauchly = 0,864; $P < 0,001$) y escogemos el estadístico F corregido de Huynh-Feldt: $F_{H_F}(3,754, 2601,3) = 173,36$; $P < 0,001$; $\eta^2_p = 0,2$. Efectos inter-sujetos: $F(1, 693) = 5299,3$; $P < 0,001$; $\eta^2_p = 0,884$.

No existen efectos de interacción entre ambos grupos; los perfiles muestran diferencias de nivel, no de patrón. Eliminamos el efecto de la variable edad (que es significativa para $F(4-717) = 9,28$, $P = 0.002$), encontramos diferencias significativas ($F(4,717) = 4,428$, $P = 0.002$; $\eta^2_p = 0,024$; Potencia observada 0,938.) entre los grupos Control y CAD ($P = 0,003$).

Figura 3: Medias de la variable distribuidas según la institución de referencia



El grupo que puntúa más alto es el CAD. Este sentimiento aumentado de presión se relaciona con los propósitos de no consumir sustancias en su tiempo de ocio, que no se cumplen y provocan una disonancia que se alivia responsabilizando al grupo.

No hemos obtenido las dimensiones que expresen que la presión de grupo no es una categoría absoluta, sino que recorre una estructura continua donde el extremo de la coerción es el más difícil de medir porque se asocia a situaciones de presión o violencia física sin considerar otro tipo de presiones más sutiles.

11.13. CONDUCTA PROBLEMA

Para evaluar la conducta problema, realizamos un análisis con el modelo teórico y los ítems para el cuestionario que usaron Farrell, Kung, White y Valois (2000)

El contraste F de igualdad de varianzas solo soporta dicho supuesto para “Tomar vino” ($F = 0,044$; $P = 0,834$) y para “Criticar a otros”, ($F = 3,047$; $P = 0,081$). En las restantes variables se ha utilizado el contraste T para varianzas desiguales.

Para analizar las evidencias de validez en cuanto a la dimensionalidad, sometemos a prueba el modelo con un AFC. Como en el riesgo de Farrell et al. (2000) se ensayó la solución de cuatro factores diferenciando la violencia en dos variables que responden o explican la violencia física y la violencia no física. Como en el caso de Farrell et al. (2000) se optó por la solución de tres variables por el mejor grado de ajuste de los datos.

Estas variables de primer orden pueden definirse como:

- ▶ *Drogas*, formado por seis ítems (f1d a f6d) y que obtiene un coeficiente $\alpha = 0,88$; IC (95%): 0,87 - 0,89.
- ▶ *Delincuencia*, formado por cinco ítems (f7dl a f11dl) y que obtiene un coeficiente $\alpha = 0,81$; IC (95%): 0,78 - 0,83. Utilizamos *Delincuencia*, siguiendo la nomenclatura de Farrell et al., (2000), para describir conductas inadecuadas que suceden en el ámbito escolar y que puede tener como resultado, la falta de integración escolar y puede ser el antecedente de una conducta de riesgo mayor.
- ▶ *Violencia*, formado por catorce ítems (f12f a f25f) y que obtiene un coeficiente $\alpha = 0,94$; IC (95%): 0,93 - 0,94.

Las correlaciones entre estos tres factores explican un factor de orden superior al que denominamos *Conducta Problema* y obtiene un coeficiente $\alpha = 0,93$; IC (95%): 0,92 - 0,94; media 51,76 y desviación típica 23,38.

Tabla 1: Indicadores de ajuste del modelo

$\chi^2_{(260)}$	926,832(P< 0,000)	IFI	0,92	CFI	0,92
RMSEA	0,067	RMR	0,06	GFI	0,89

Tabla 2: Matriz θ y ξ

	Drogas	Delincuencia	Violencia	Conducta desviada
Drogas (Dro)	1.000			
Delincuencia (Del)	0,399	1.000		
Violencia (Viol)	0,351	0,672	1.000	
Conducta Problema (CD)	0,456	0,875	0,769	1.000

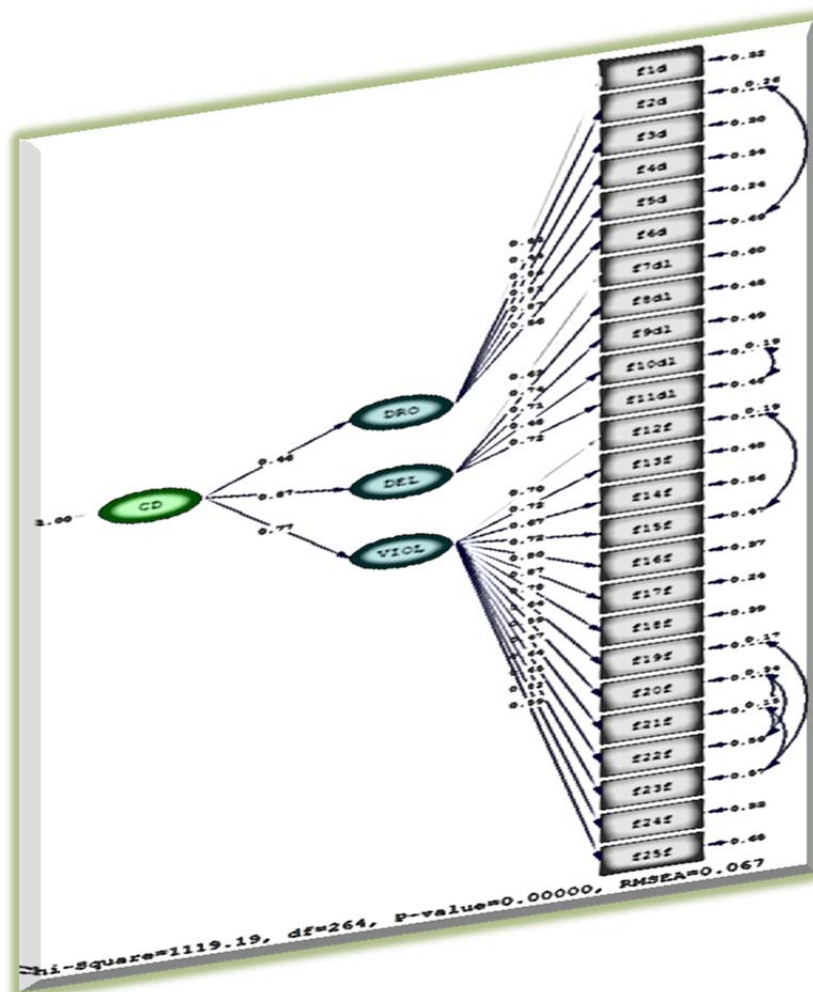
Tabla 3: Saturaciones factoriales y fiabilidad de los indicadores

En los últimos 30 días:	Matriz de saturaciones			R ²
	Drogas Saturación (t)	Delincuencia Saturación (t)	Violencia Saturación (t)	
me he emborrachado (f1d)	1,340 (-)	-	-	0,685
he fumado cigarrillos (f2d)	1,007 (11,784)	-	-	0,192
he tomar cerveza (f3d)	1,564 (26,364)	-	-	0,701
he tomado vino (f4d)	1,313 (25,292)	-	-	0,661
he tomado licores (f5d)	1,525 (27,838)	-	-	0,759
he fumado marihuana (f6d)	1,135 (15,597)	-	-	0,313
he faltado a clase (f7dl)	-	0,944 (-)	-	0,403
he dañado propiedades privadas (f8dl)	-	0,730 (15,422)	-	0,552
he robado a alguien (f9dl)	-	0,856 (15,020)	-	0,509
he copiado en exámenes (f10dl)	-	0,648 (10,826)	-	0,233
he sido sancionado en el colegio (f11dl)	-	0,919 (15,076)	-	0,517
he participado en peleas y alguien ha salido herido (f12f)	-	-	0,602 (-)	0,489
He amenazado con golpear a otro chico/a (13f)	-	-	0,689 (18,452)	0,521
he amenazado a un profesor/a (f14f)	-	-	0,510 (17,062)	0,443
he amenazado a alguien con un arma (f15f)	-	-	0,606 23.519	0,525
he empujado a otros chicos/as (f16f)	-	-	0,936 (20,284)	0,634
he pegado o abofeteado a otros chicos/as (f17f)	-	-	1,020 (22,132)	0,763
he lanzado un objeto contra alguien (f18f)	-	-	0,816 (19,880)	0,608
he hecho callar a otros/as (f19f)	-	-	0,817 (16,398)	0,409
he expandido un rumor contra alguien (f20f)	-	-	0,569 (15,113)	0,346
he criticado a otros/as (f21f)	-	-	0,567 (12,041)	0,218
he hecho el vacío a alguien para hacerle daño (f22f)	-	-	0,586 (16,377)	0,407
he mirado mal o agresivamente a otros/as (f23f)	-	-	0,875 (16,771)	0,428
he comenzado una pelea y alguien ha salido herido (f24f)	-	-	0,927 (20,877)	0,674
he insultado a la familia de otros (f25f)	-	-	0,688 (15,219)	0,350

El ítem menos explicado es “he fumado cigarrillos”, “seguido de he copiado en exámenes” y “he criticado a otros”, con puntuaciones menores a 0,30. Todos los ítems tienen un elevado nivel de significación $p < 0,001$; el valor mínimo del estadístico t es de 4,964; 7,792; 7,534 y 7,403 para los ítems que puntúan en dos factores.

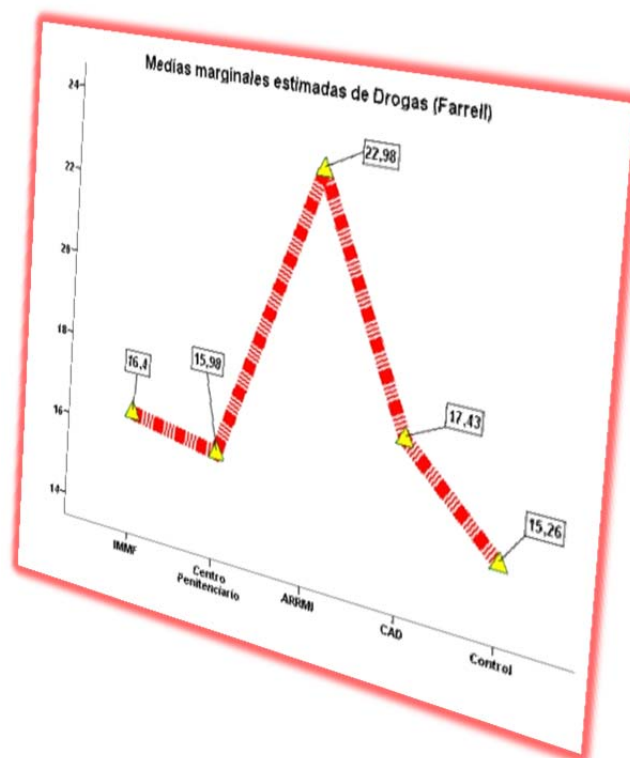
La conducta problema es una conducta de riesgo relacionada con la adolescencia y que no atraviesa límites de ilegalidad ni es antisocial; también la podríamos definir como **conducta problema escolar**. Los adolescentes que se ajustan a este comportamiento son considerados como problemáticos, y es una conducta iniciática para aquellos que están en un nivel superior de riesgo; mostrando una situación similar a la hipótesis de la escalada en drogas, es decir, aquellos adolescentes con conductas más graves también ejecutan otras más leves. Este fenómeno también se expresa en las sanciones escolares o para la conducta disocial.

Figura 1: Modelo estructural de segundo orden para el constructo Conducta problema (CP)



No asumimos la igualdad de varianzas para todas las variables de primer orden excepto para Drogas $F(4,718) = 1,366$; $P = 0,244$. Estudiamos el efecto de la edad y es estadísticamente significativa para el factor *Drogas* $F(1,717) = 42,195$; $P < 0,001$; $\eta^2_p = 0,56$; potencia observada = 1; y para el factor *Violencia* $F(1,717) = 5,403$; $P = 0,020$; $\eta^2_p = 0,07$; Potencia observada = 0,641.

Figura 2: Medias de la variable distribuidas según la institución de referencia: Drogas

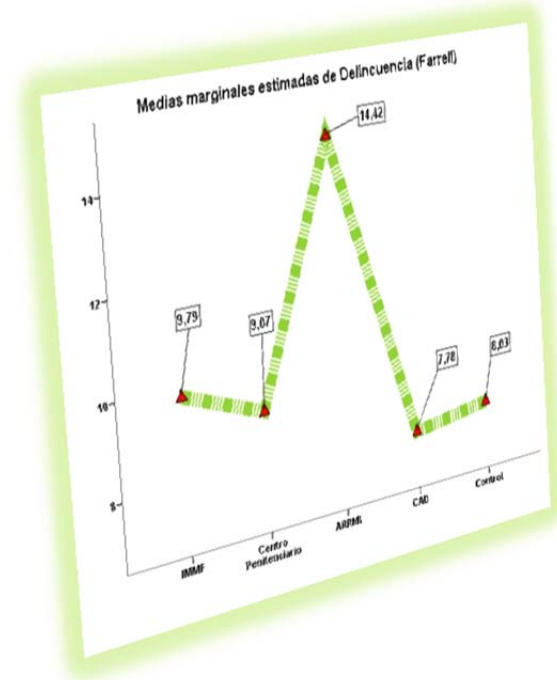


Se comprueban diferencias significativas entre los grupos del factor para $F(4,717) = 15,843$; $P < 0,001$; $\eta^2_p = 0,081$; potencia observada = 1. Encontramos diferencias significativas entre el grupo ARMI y el resto de los grupos ($P < 0,001$, excepto para el grupo CAD, en el que la significación es menor, $P = 0,042$).

Tabla 4: Medias, desviaciones típicas y medias corregidas: Drogas (Farrell)

	Media	DT	Media corregida
IMMF	14,30	8,984	16,401
Centro Penitenciario	18,76	8,670	15,980
ARRMI	23,09	8,800	22,977
CAD	18,32	9,486	17,430
Control	15,33	8,942	15,260

Figura 3: Medias de la variable distribuidas según la institución de referencia: Delincuencia



Se comprueban diferencias significativas entre los grupos del factor para $F(4,717) = 30,780$; $P < 0,001$; $\eta^2_p = 0,147$; Potencia observada = 1. Encontramos diferencias significativas entre el grupo ARRM y el resto de los grupos ($P < 0,001$). También las encontramos entre el grupo Control y el IMM ($P = 0,007$).

Figura 4: Medias de la variable distribuidas según la institución de referencia: Violencia

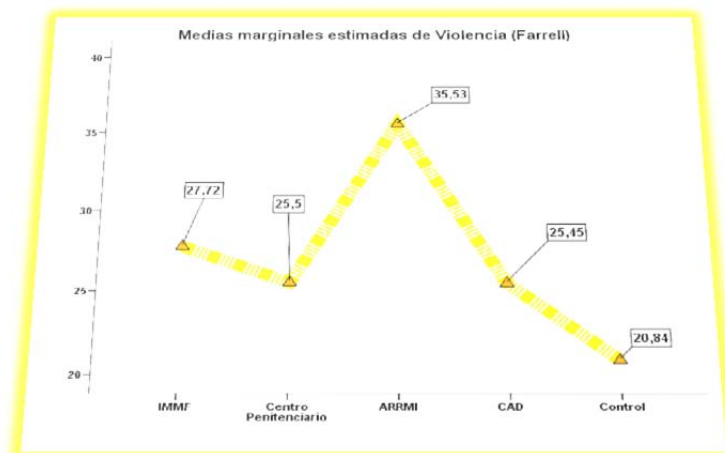
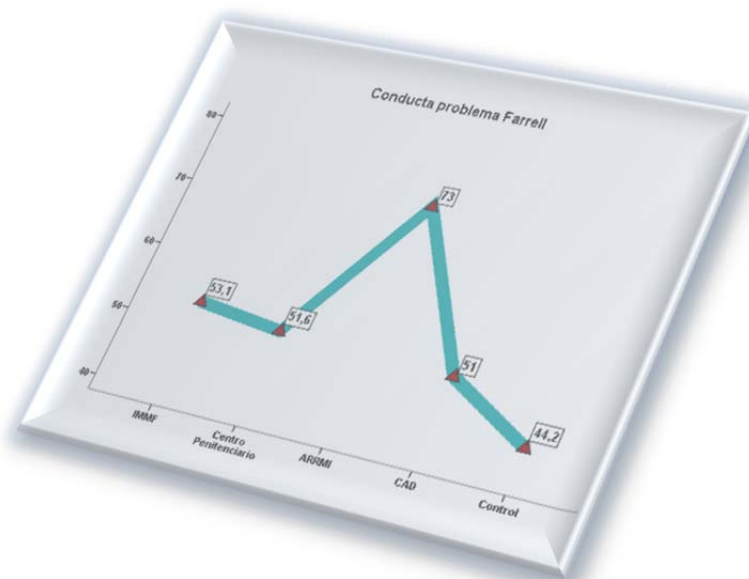


Tabla 5: Medias, desviaciones típicas y medias corregidas: Violencia (Farrell)

	Media	DT	Media corregida
IMMF	28,78	15,656	27,717
Centro Penitenciario	24,09	10,238	25,499
ARRMI	35,47	17,080	35,527
CAD	25,00	14,566	25,452
Control	20,81	7,295	20,842

Se comprueban diferencias significativas entre los grupos del factor para $F(4,717) = 26,666$; $P < 0,001$; $\eta^2_p = 0,138$; Potencia observada = 1. Encontramos diferencias significativas entre el grupo ARRFMI y el resto de los grupos ($P < 0,001$). También encontramos diferencias significativas entre el grupo Control y el IMMF (P valor $< 0,001$), y el grupo Control y el CP ($P = 0,014$).

Figura 5: Medias de la variable de segundo orden distribuidas según la institución de referencia: Conducta problema



No asumimos la igualdad de varianzas para la variable de segundo orden Conducta problema $F(4,718) = 17,671$; $P < 0,001$. Se comprueban diferencias significativas entre los grupos de la variable para $F(4,718) = 36,734$; P valor $< 0,001$; $\eta^2_p = 0,170$; Potencia observada = 1. Estas diferencias están entre ARRFMI con el resto de los grupos, y Control con todos los demás excepto con el grupo CAD.

La figura 5 resume cómo se sitúan los grupos en relación a la *Conducta problema*. Las medias más altas son las del grupo ARRFMI seguido del IMMF como grupo situado en un nivel de riesgo susceptible de intervención preventiva.

11.14. BÚSQUEDA DE SENSACIONES

La tendencia a afrontar riesgos para vivir experiencias complejas y novedosas constituye un rasgo de personalidad definido como búsqueda de sensaciones. Se ha utilizado una selección de ítems del ZKPQ-50-CC en la construcción de una escala que valore esta dimensión.

No existen diferencias significativas entre los grupos ($F = 0,353$, $P = 0,553$) para el ítem “Amigos marginales”.

Para analizar las evidencias de validez en cuanto a la dimensionalidad, sometemos a prueba el modelo utilizando el AFC y obtenemos una solución bien definida de dos variables latentes de primer orden con un excelente grado de ajuste de los datos. En el análisis factorial se excluyen los ítems “Amigos marginales” ya que es un concepto distinto entre los grupos; y el ítem “Permanecer poco tiempo en el mismo sitio” porque está más relacionado con la variable “Hiperactividad – Impulsividad”.

Las variables latentes pueden expresarse como:

- *Conductas consideradas como ilegales*, formada por 5 ítems ($\alpha = 0,802$. IC 95%: 0,78 - 0,82). Coincide con la escala a la que Zuckerman llama “Desinhibición”.
- *Conductas de aventura*, compuesta por 3 ítems ($\alpha = 0,624$. IC 95%: 0,57 - 0,67). Zuckerman lo denomina “Búsqueda de emociones y de excitación”.

El coeficiente α para el conjunto de la escala es $\alpha = 0,82$. IC 95%: 0,80 - 0,84; Media = 20,84 y DT = 7,15.

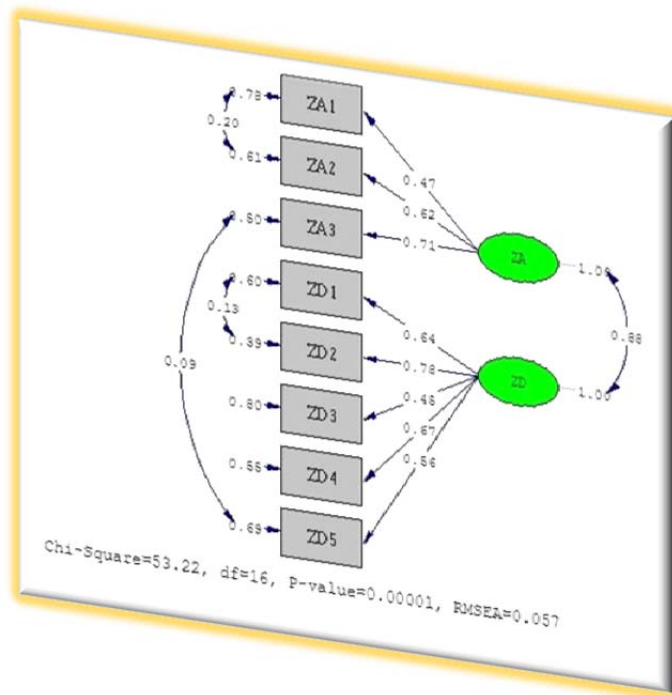
Tabla 1: Matriz ϕ

	Ilegales	Aventura
Ilegales ZD	1,000	
Aventura ZA	0,880	1,000

Tabla 2: Indicadores de ajuste del modelo

$\chi^2(16)$	53.22 (P< 0,001)	IFI	0,98
RMSEA	0,057	RMR	0,056
CFI	0,98	GFI	0,98

Figura 1: Modelo estructural de primer orden de dos factores correlacionados para el constructo “Búsqueda de sensaciones”



Los valores de R^2 oscilan en un rango de 0,220 para “Me gustan los deportes de riesgo”, que es el ítem menos explicado, a 0,609; para “Me gustaría probar drogas”, el indicador más fiable de la variable latente *Conductas consideradas como ilegales*. Para la variable *Conductas de aventura*; el ítem mejor explicado es “Me gustan los viajes sin tiempo ni itinerario” $R^2 = 0,500$. Todos los ítems tienen un elevado nivel de significación $p < 0,001$; el valor mínimo del estadístico t es de 11,226.

Tabla 3: Saturaciones factoriales y fiabilidad de los indicadores

Me gusta/me gustaría	Matriz de saturaciones		R^2
	Ilegal: Saturación (t)	Aventura: Saturación (t)	
los deportes de riesgo – ZA1	0,645 (11,226)	-	0.220
explorar un barrio desconocido – ZA2	0,800 (15,615)	-	0.386
los viajes sin tiempo ni itinerario – ZA3	0,905 (17,932)	-	0.500
las fiestas donde puedo hacer lo que quiera - ZD1	-	0,751 (16,258)	0.405
probar drogas – ZD2	-	1,000 (21,544)	0.609
tener experiencias ilegales – ZD3	-	0,634 (11,446)	0.202
sentirme bien tras unas copas – ZD4	-	0,839 (18,214)	0.450
vivir en un país sin prohibiciones – ZD5	-	0,824 (14,485)	0.313

No asumimos la igualdad de varianzas en ninguna de las variables. En la variable *Conducta de aventura* ($F(1,718) = 5,8$; $P < 0,001$; $\eta^2_p = 0,31$; Potencia observada = 0,983), encontramos diferencias significativas en los grupos ARMMI – IMMF ($P < 0,001$, contraste Games-Howell), CP – ARMMI y ARMMI – Control (P valor $< 0,001$, contraste Games-Howell). Para la variable *Conducta considerada ilegal*, $F(1,718) = 14,08$; $P < 0,001$; $\eta^2_p = 0,73$; Potencia observada = 1, encontramos diferencias significativas entre los grupos IMMF – ARMMI, IMMF – CAD, CP – ARMMI, CP – CAD, ARMMI Control y CAD – Control ($P < 0,003$, contraste Games-Howell).

Figura 2: Medias del factor distribuidas según la institución de referencia: Conducta ilegal

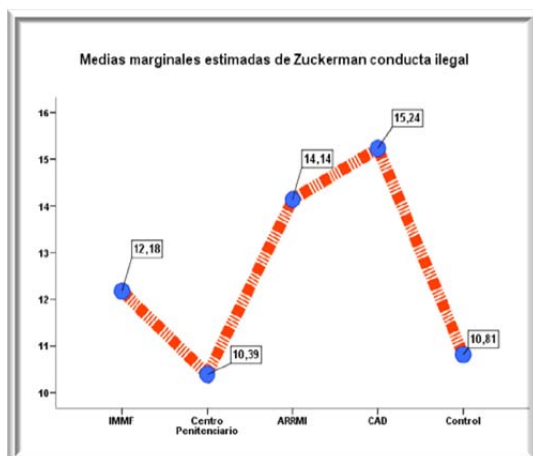
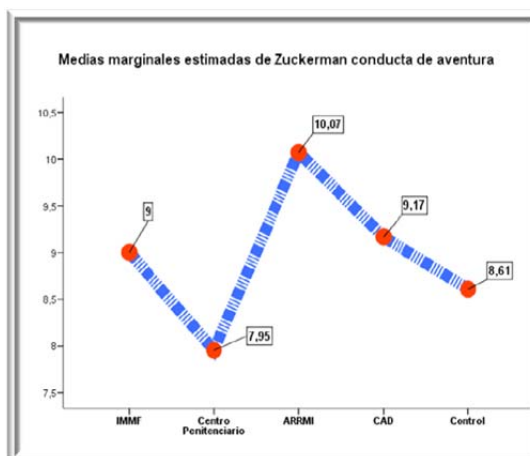


Figura 3: Medias del factor distribuidas según la institución de referencia: Conducta de aventura



El efecto de la edad es significativo para las dos variables: $F(1,717) = 5,21$; $P = 0,023$; $\eta^2_p = 0,07$ para la conducta de aventura y $F(1,717) = 7,63$; $P = 0,07$; $\eta^2_p = 0,011$, para la conducta ilegal. Corregido este efecto, encontramos diferencias significativas entre los grupos en la variable *Conducta considerada ilegal*, ($F(4,717) = 15,302$; $P = 0,001$; $\eta^2_p = 0,79$; potencia observada = 1) y en *Conducta de aventura* ($F(4,717) = 6,75$; $P = 0,001$; $\eta^2_p = 0,36$, Potencia observada = 0,993).

Es el grupo CAD el que obtiene la media más alta en la variable conducta ilegal porque está formado por ítems relacionados con el consumo de drogas, mostrando una actitud positiva por esta conducta. Este hecho obedece a la lógica de la recompensa, los intensos efectos del consumo minimizan los resultados negativos de la conducta, y a que una de las dimensiones de personalidad que más se ha relacionado con la susceptibilidad a la adicción ha sido el de búsqueda de sensaciones.

Junto con CAD, ARRFMI consigue las puntuaciones medidas más altas y el grupo IMMF se vuelve a situar en un nivel de riesgo inferior susceptible de intervención preventiva.

Tabla 4: Medias, desviaciones típicas y medias corregidas de los factores *Conducta de aventura* y *Conducta ilegal*, distribuías según la institución de referencia

Conducta		Media	DT	Media corregida
Ilegal	IMMF	11,69	5,265	12,177
	CP	11,03	4,737	10,393
	ARRMI	14,16	5,717	14,138
	CAD	15,44	4,184	15,235
	Control	10,83	3,856	10,814
Aventura	IMMF	8,74	3,336	9,002
	CP	8,30	3,103	7,953
	ARRMI	10,09	3,374	10,073
	CAD	9,28	2,909	9,169
	Control	8,62	2,756	8,607

11.15. CONSUMO DE DROGAS

La media en la edad de comienzo de consumos de sustancias (todo tipo de drogas incluidas alcohol y tabaco) es de 13,48 (DT = 2,45) y se distribuye por sustancias como se indica en la tabla 1.

Tabla 1: Estadísticos descriptivos de la edad de comienzo del consumo de drogas

	Mínimo	Máximo	Media	Desviación típica
Primer consumo de sustancias	4	22	13,48	2,458
Fumar tabaco	4	22	13,50	2,694
Beber alcohol	5	22	14,22	2,120
Consumir cannabis	6	21	14,19	2,347
Consumir cocaína	7	22	15,47	2,405
Consumir pastillas	11	19	14,86	1,889

Por grupos de pertenencia Riesgo-Control, los primeros en debutar son los adolescentes del grupo de Riesgo con el consumo de tabaco con 12,98 años, seguido del consumo de cannabis con 13,72 y en tercer lugar con alcohol con 13,99. Como se observa en la tabla 2, existen diferencias significativas en ambos grupos para todas las sustancias.

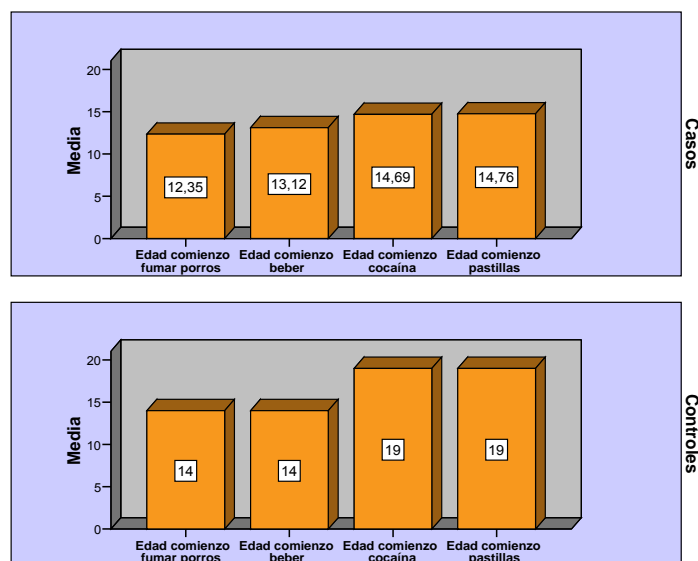
Tabla 2: Estadísticos de contraste de la edad de comienzo de consumo de drogas

		Media	DT	T (gl)	P valor
Primer consumo de sustancias	Riesgo	13,01	2,711	-7,376	0,000
	Control	14,33	1,603	580,286	
Fumar tabaco	Riesgo	12,98	2,788	-7,586	0,000
	Control	14,74	1,969	344,330	
Beber alcohol	Riesgo	13,99	2,355	-3,644	0,000
	Control	14,60	1,578	533,538	
Consumir cannabis	Riesgo	13,72	2,473	-7,816	0,000
	Control	15,37	1,433	306,830	
Consumir cocaína	Riesgo	15,22	2,262	-4,742	0,000
	Control	18,70	1,829	136	
Consumir pastillas ⁴	Riesgo	14,79	1,823	-	-
	Control	19,00	.	-	

Asumimos la igualdad de varianzas para el ítem “Edad de comienzo a tomar cocaína”, $F(1, 11,269) = 0,781$; $P = 0,379$. Como se aprecia en el Figura 1, las diferencias entre las medias de edad de comienzo de consumo son grades entre los grupos, llegando a cuatro años en el caso de la cocaína y de las pastillas, más de un año y medio en el caso de cannabis y casi un año en el alcohol.

⁴No se realiza el análisis para el ítem “Edad de comienzo de consumo de pastillas” ya que el grupo “control” está formado por un elemento. La media indicada es la edad del sujeto.

Figura 1: Medias de edad de comienzo de consumo de las distintas sustancias distribuidas según los grupos Riesgo-Control



Se analiza la relación entre los grupos Riesgo–Control y la variable “Consumo de otras sustancias” que hace referencia a las drogas no legales y encontramos la relación significativa ($\chi^2(723, 1) = 79,828$; $P < 0,001$). La probabilidad de encontrar consumidores en el grupo “de Riesgo” es 6,31 veces mayor que en el grupo Control.

Consumen “otras drogas” (la relación de drogas estudiadas excluyendo el tabaco, el alcohol y el cannabis) el 23,5% de los individuos, siendo el 21,4% del grupo de Riesgo y el 2,1% del grupo Control. Esta cantidad se distribuye en los siguientes porcentajes totales:

Tabla 3: Porcentajes de consumo de los distintos tipos de drogas distribuidos según los grupos Riesgo-Control

	Riesgo	Control	Total
Cocaína	83,5%	5,9%	89,4%
Pastillas	38,2%	0,6%	38,8%
Hongos	16,5%	4,1%	20,6%
Cristal	47,1%	4,7%	51,1%
Ácidos	15,9%	-	15,9%
Ketamina	4,1%	-	4,1%
GHB	5,9%	-	5,9%
Pegamento	13,5%	-	13,5%
Heroína	5,3%	-	5,3%
Otros	11,2%	-	11,2%

Como se observa en la tabla 3, el consumo de cocaína es muy superior al del resto de sustancias en ambos grupos, convirtiendo a la cocaína en la droga más usada después de las legales y el cannabis.

Tabla 4: Estadísticos de contraste y asociación para los grupos Riesgo-Control*tipo de droga

	N	χ^2 (1)	V	P valor	Odds
Riesgo – Control * Cocaína	170	8,990	0,230	0,003	1,38
Riesgo – Control * Pastillas	170	7,163	0,205	0,007	6,30
Riesgo – Control * Hongos	170	6,843	0,201	0,009	4
Riesgo – Control * Cristal	170	0,016	0,010	0,899	1,1
Riesgo – Control * Ácidos	170	3,106	0,135	0,078	-
Riesgo – Control * Ketamina	170	0,707	0,064	0,401	-
Riesgo – Control * GHB	170	1,028	0,078	0,311	-
Riesgo – Control * pegamento	170	2,574	0,332	0,109	-
Riesgo – Control * Heroína	170	0,920	0,110	0,338	-

Como se aprecia en la tabla, la probabilidad de encontrar sujetos consumidores de cocaína es 1,38 veces mayor en el grupo de Riesgo y la de consumidores de pastillas 6,30 veces mayor que en el grupo Control. La probabilidad de encontrar sujetos que consumen hongos es 4 veces mayor en el grupo de Riesgo, y Cristal 1,1 veces en el mismo grupo.

Tabla 5: Porcentaje de frecuencias de consumo de sustancias distribuidas según los grupos Riesgo-Control

Frecuencia consumo de cannabis	1	2	3	4	5	6
Riesgo	9,1%	6,0%	1,8%	9,6%	28,1%	45,3%
Control	11,5%	7,4%	2,5%	7,0%	4,5%	67,2%
Total	10,0%	6,5%	2,1%	8,6%	18,9%	53,8%

Frecuencia consumo de cocaína	1	2	3	4	5	6
Riesgo	8,5%	6,7%	3,0%	7,4%	4,1%	70,3%
Control	2,6%	1,1%	-	-	-	96,3%
Total	6,2%	4,5%	1,8%	4,5%	2,5%	80,4%

Frecuencia de consumo de pastillas	1	2	3	4	5	6
Riesgo	5,3%	2,5%	1,8%	2,5%	0,5%	87,4%
Control	0,4%	-	-	-	-	99,6%
Total	3,4%	1,5%	1,1%	1,5%	0,3%	92,1%

1: Una vez al mes;
2: Varias veces al

mes; 3: Una vez por semana; 4: Varias veces por semana; 5: Todos los días; 6: No consume

Tabla 6: Estadísticos descriptivos de la cantidad de consumo

	Mínimo	Máximo	Media	Desviación típica
Cannabis (Unidades)	1	50	9,08	9,217
Cocaína (Gramos)	0,25	10,00	2,5599	1,949
Pastillas (Unidades)	1	15	3,57	2,620

Tabla 7: Estadísticos de contraste y alternativos no paramétricos (contraste U de Mann-Whitney) de la frecuencia de consumo distribuidos según los grupos Riesgo- Control y tamaño del efecto: Consumo de cannabis, cocaína y pastillas

		Media	DT	η^2	T (gl)	P valor	Z (UMW)	P
Cannabis	Riesgo	3,76	1,562	0,011	5,916	0,000	-5,857	0,000
	Control	2,56	1,491		288			
Cocaína	Riesgo	2,73	1,456	0,083	7,163	0,000	-3,034	0,002
	Control	1,30	0,483		25,271			
Pastillas	Riesgo	2,24	1,290	0,045	-	-	-	-
	Control	-	-		-			

Se asume la igualdad de varianzas para el ítem “Frecuencia de consumo de cannabis” (F = 0,12; P. valor = 0,913). Existen grandes diferencias y significativas entre las medias de los grupos en relación a la cantidad y frecuencia de consumo de cannabis. También encontramos diferencias en la frecuencia de consumo de cocaína.

La cantidad y la frecuencia de consumo obtienen medias más altas en el grupo de Riesgo. Los sujetos no consumidores de cannabis son numerosos en este grupo y las diferencias entre ambos grupos (Riesgo y Control) las encontramos en la pauta de consumo, es decir, frecuencia y cantidad, que es superior en el grupo de Riesgo, donde se produce un tipo de consumo de mayor riesgo. Este patrón se repite en la frecuencia de consumo de cocaína y pastillas.

Respecto al lugar de consumo de alcohol, se describen patrones de consumo similares excepto para el “Botellón” que es más frecuente en el grupo Control.

Tabla 8: Porcentajes del lugar donde se bebe distribuidos según los grupos Riesgo-Control

Beber en la calle “Botellón”	Riesgo	Control	Total	Beber en alguna casa	Riesgo	Control	Total
No	49,0%	28,0%	41,2%	No	51,9%	50,7%	51,5%
Si	51,0%	72,0%	58,8%	Si	48,1%	49,3%	48,5%
Beber en la calle “Copas”	Riesgo	Control	Total	Beber en locales	Riesgo	Control	Total
No	81,0%	80,5%	80,8%	No	30,4%	28,3%	29,6%
Si	19,0%	19,5%	19,2%	Si	69,6%	71,7%	70,4%

Figuras de porcentajes del lugar donde se bebe alcohol distribuidos según los grupos Riesgo-Control.

Figura 2

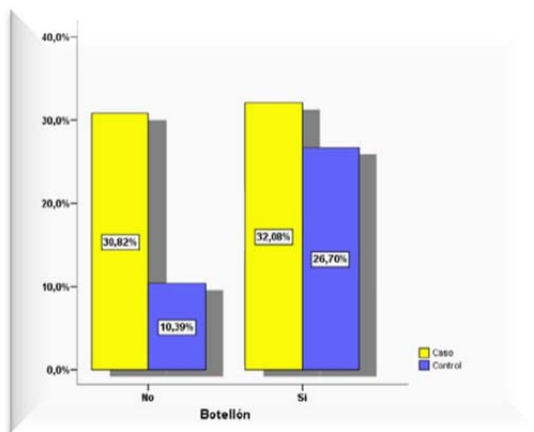


Figura 3

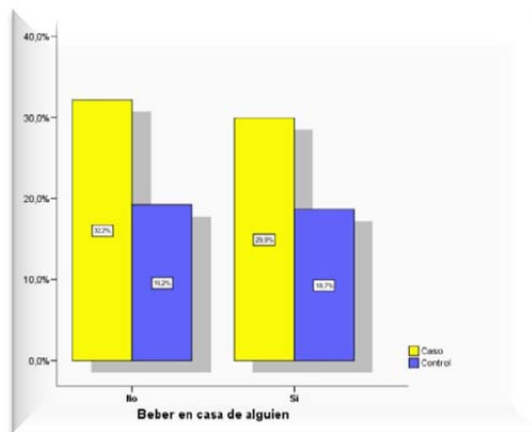


Figura 4

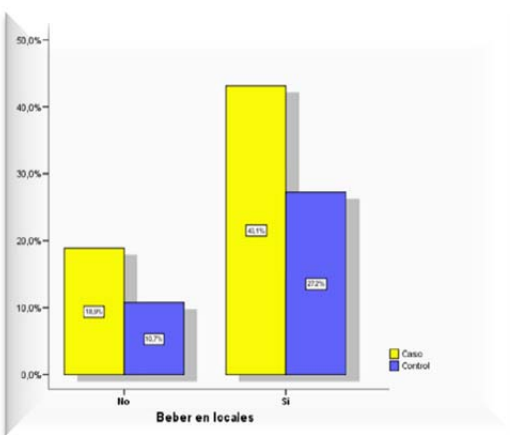


Figura 5

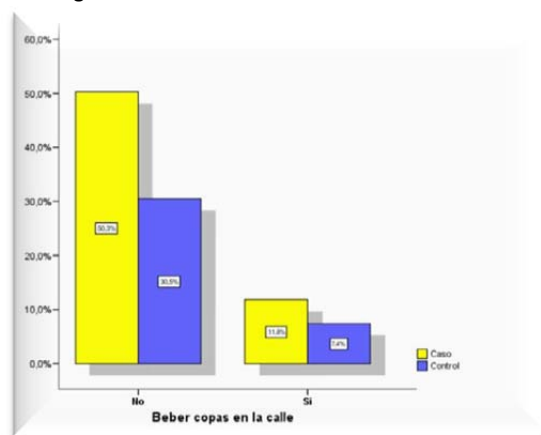


Tabla 9: Estadísticos de contraste y asociación para los grupos Riesgo-Control*lugar donde se consume alcohol

	N	$\chi^2(1)$	V	p
Riesgo – Control * Beber en la calle “Botellón”	558	23,663	0,206	0,000
Riesgo – Control * Beber en la calle “Copas”	541	0,018	0,006	0,894
Riesgo – Control * Beber en casa de alguien	540	0,074	0,012	0,785
Riesgo – Control * Beber en locales	540	0,283	0,023	0,595

Solo el ítem “Beber en la calle “Botellón” presenta diferencias significativas entre los grupos.

Con objeto de obtener indicadores de naturaleza más global, se realizó un análisis de componentes de los indicadores, seguido de rotación Normalización Oblimín con Kaiser con el conjunto de las respuestas. El estadístico de Kaiser-Meyer-Olkin para la adecuación de la matriz alcanzó un valor aceptable (0,542). Se seleccionaron dos

factores que explican el 60% de la varianza total. $\chi^2(6) = 50,752$, P valor < 0.001. Los factores pueden expresarse: 1. Copas y 2. Botellón.

En la matriz de configuración se puede observar cómo el ítem “Beber en la calle botellón” explica él solo el factor. Beber copas en la calle puntúa en ambos; el ítem no ha discriminado bien la respuesta.

Tabla 10: Análisis factorial. Matriz de configuración factorial

	Factores		Comunalidades de extracción
	1	2	
Beber en locales	0,671		0,453
Beber en alguna casa	0,666		0,460
Beber en la calle copas	0,636	0,452	0,619
Beber en la calle botellón		0,917	0,854

Existen diferencias significativas entre el “Consumo de otras sustancias” y la institución de pertenencia ($\chi^2(723,4) = 174,369$; P valor < 0,001, V = 0,491).

Tabla 11: Porcentajes de consumo de drogas ilegales (excepto el cannabis) distribuidos según la institución de pertenencia

	No	SI	Total
IMMF	29,1%	15,9%	26,0%
Centro penitenciario	13,4%	29,4%	17,2%
ARRMI	7,1%	38,2%	14,4%
CAD	2,4%	7,1%	3,5%
Control	47,9%	9,4%	38,9%

Los adolescentes que están en centros de la ARMMI son los que refieren haber consumido “otras sustancias” (drogas ilegales excepto cannabis) en mayor proporción.

Existen diferencias estadísticamente significativas entre los grupos clasificados según la institución de referencia y la edad de comienzo de consumo de cocaína ($F(4, 46) = 4,870$; $P = 0,002$; $\eta^2_p = 0,297$; potencia observada = 0,937.), de pastillas ($F(4, 46) = 6,009$; $P < 0,001$; $\eta^2_p = 0,343$; potencia observada = 0,976.) y de tabaco ($F(4, 46) = 4,279$; $P = 0,005$; $\eta^2_p = 0,271$; potencia observada = 0,901.). Las diferencias no son significativas para cannabis ($F(4, 46) = 2,005$; $P = 0,102$) y alcohol ($F(4, 46) = 2,189$; $P = 0,085$).

Figuras de medias de edad de comienzo de consumo de sustancias clasificadas según la institución de pertenencia

Figura 6

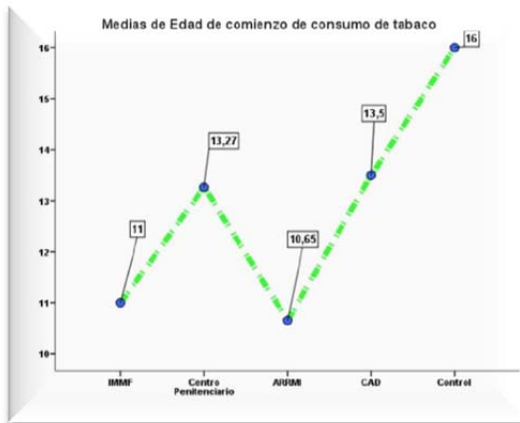


Figura 7

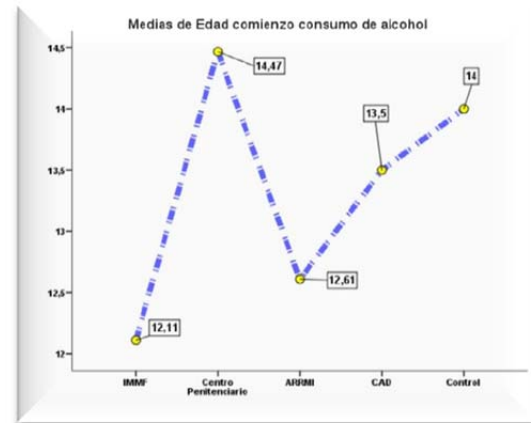


Figura 8

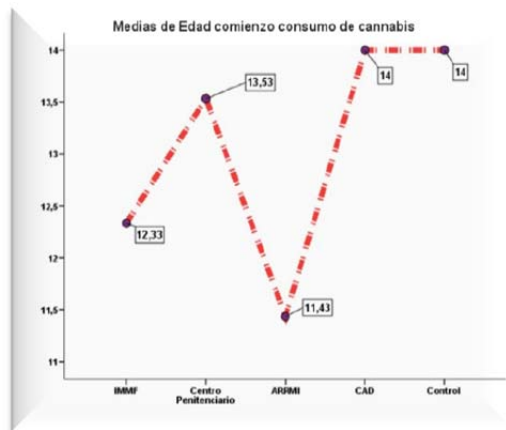


Figura 9

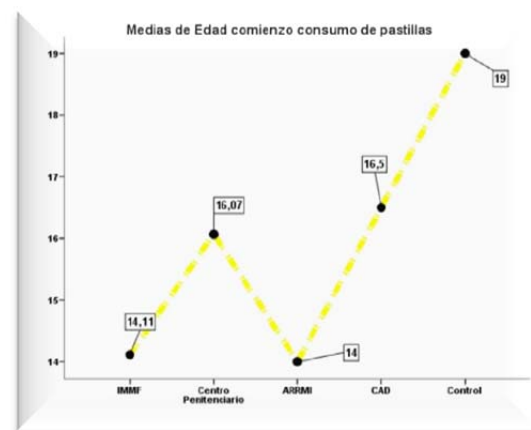


Figura 10

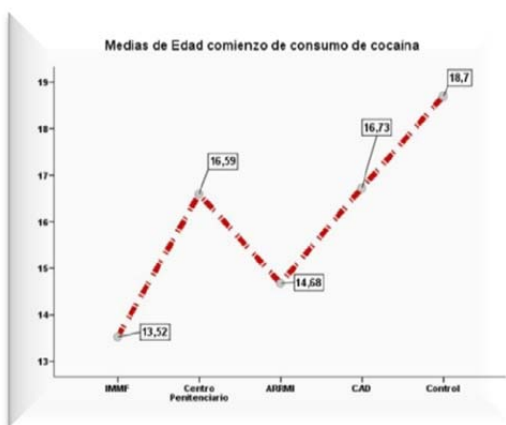
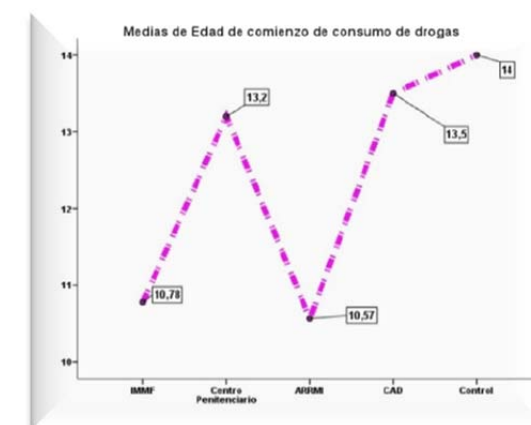


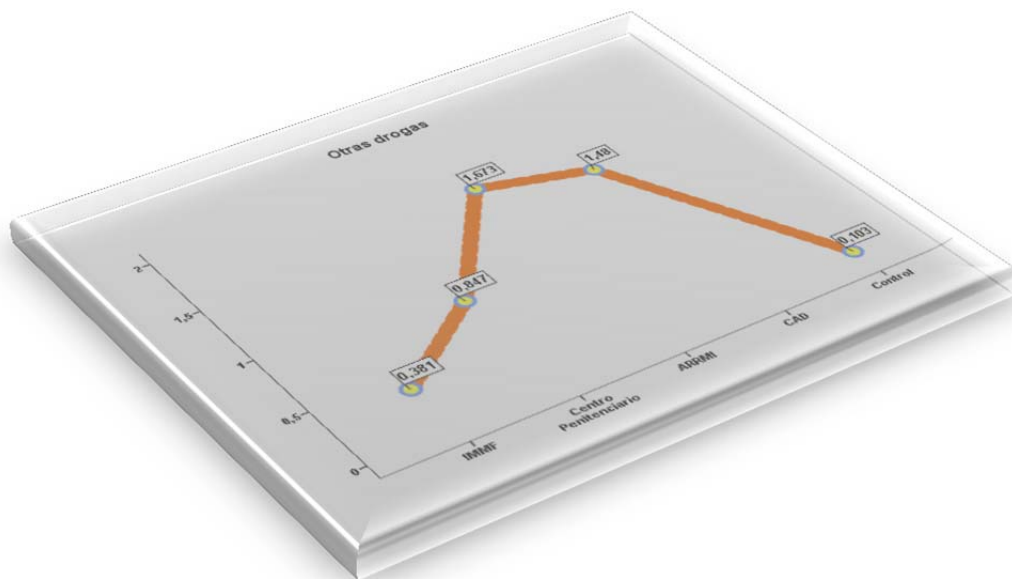
Figura 11



Las medias más bajas en la edad de comienzo de consumo de drogas están en los grupos IMM y ARRMI. Estos datos nos permiten clasificarlos como grupos con

prácticas de alto riesgo en el consumo de sustancias, en lo que se refiere a la edad de inicio.

Figura 12: Medias de la variable distribuidas según las instituciones de pertenencia: Consumo de drogas (excepto tabaco, cánnabis y alcohol)

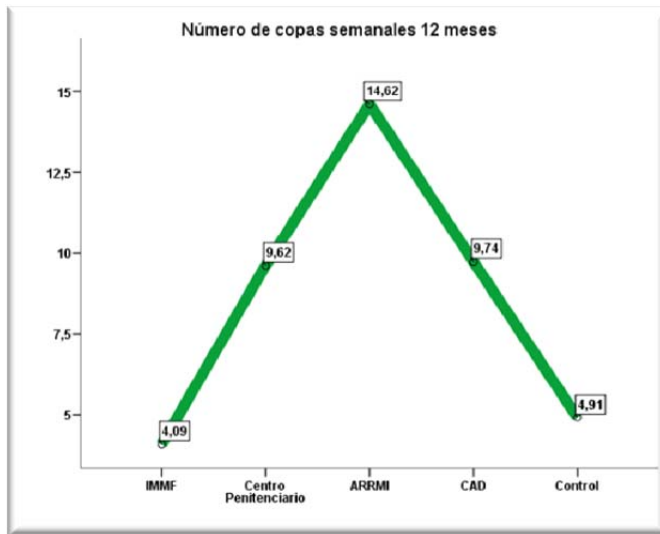


En este contraste no asumimos la hipótesis de homogeneidad de varianzas ($F(4,718) = 71,742; P < 0,001$). Encontramos diferencias significativas entre los grupos ($F(4,718) = 40,423; P < 0,001; \eta^2_p = 0,184$; Potencia observada = 1), ARRM con el resto de los grupos excepto el CAD, y Control con todos.

No podemos realizar las pruebas robustas de la igualdad de medias para “Frecuencia de consumo de cannabis en los últimos 12 meses” porque al menos un grupo tiene varianza 0. Para “Frecuencia de consumo de pastillas en los últimos 12 meses” el estadístico de Brown-Forsythe = 9,742; y el P valor < 0,001; y para “Frecuencia de consumo de cocaína en los últimos 12 meses” el estadístico de Bown-Forsythe = 29,854 y el P valor < 0,001.

Solo hemos obtenido resultados adecuados para la cantidad de consumo en el alcohol, en el resto de las sustancias no se disponía de datos adecuados para el análisis. Los adolescentes que más cantidad de alcohol beben son los de la ARRM, superando en 5 puntos a los del CAD y a los del CP, y en diez a los del IMMF y al Control.

Figura 13: Medias del número de copas semanales distribuidas según la institución de pertenencia



$F(4, 560) = 16,089$; p valor < 0,001; $\eta^2_p = 0,103$; potencia observada = 1.

El consumo de riesgo implica una ingesta diaria que en varones es superior a 40 gr de etanol (5 UBEs o más) y en mujeres superior a 20 gr de etanol (3 UBEs o más), y / o un consumo semanal igual o superior a 21 UBEs para varones y a 14 UBEs para mujeres; siendo 10 gr la medida más práctica y utilizada. Podemos concluir que el grupo de menores de la ARRM presenta consumo de riesgo, de acuerdo a estos parámetros (más de 14 copas semanales, lo que equivale a 28 UBEs). Es necesario señalar que este sistema permite la cuantificación rápida del consumo como método de referencia en los niveles asistenciales y consideración el consumo de riesgo como aquel en el cual no existen consecuencias actuales relacionadas con el consumo de alcohol pero si riesgo futuro de daño psicológico, social y físico y siempre referido a adultos y consumos inferiores no indican la ausencia de riesgos.

Otro factor de riesgo a tener en cuenta en el consumo de drogas es la sobrestimación de la prevalencia. De acuerdo con el modelo de Fishbein y Azjen (1975), la percepción de que el consumo es algo extendido y aceptado propicia el consumo de drogas en el adolescente. Para el análisis de la sobrestimación de la prevalencia se presentaron cifras reales de las drogas más consumidas por los adolescentes procedentes del riesgo realizado a alumnos de secundaria entre 14 y 18 años (3º y 4º de ESO, bachillerato y ciclos formativos de grado medio) en España durante el año 2004. (Observatorio Español Sobre Drogas, 2005). En la tabla 12 se observa cómo las creencias erróneas en relación con la prevalencia del consumo obtienen porcentajes a tener en cuenta en el estudio de la construcción subjetiva sobre las creencias en cuanto al consumo de drogas, aunque no podemos olvidar la variable “aceptación social” para este fin.

Tabla 12: Porcentajes de la estimación de la prevalencia del consumo de chicos y chicas de algunas sustancias

Estimación de la prevalencia del consumo de :	Chicos		Chicas	
	falso	real	falso	real
Alcohol	50%	80.6%	30%	81.5%
Porcentajes seleccionados	19,1	60,9	34,2	40,2
Cannabis	75.4%	39.4%	67%	33.7%
Porcentajes seleccionados	44,1	33,6	20,3	53,4
Pastillas	29.7%	3,3%	17%	1.9%
Porcentajes seleccionados	39,6	36,5	28,5	44,3
Cocaína	46.8%	9.4%	46.8%	5.1%
Porcentajes seleccionados	37,7	38,7	50,6	23,9

Tabla 13: Estadísticos descriptivos de la edad de inicio de las distintas sustancias y relaciones sexuales

Edad de comienzo de	N	Media	DT	Mínimo	Máximo
Consumo tabaco	714	8,62	6,834	4	22
Consumo alcohol	696	10,57	6,156	5	22
Relaciones sexuales	722	11,13	6,888	7	22
Consumo cannabis	367	14,19	2,350	6	21
Consumo pastillas	664	14,86	1,889	11	19
Consumo cocaína	585	15,47	2,405	7	22

Podemos ordenar estas conductas según el valor de los índices de correlación de Pearson que son significativos y obtenemos una secuencia ordenada que coincide con las expuestas en el modelo de la escalada y que argumenta que, en los adolescentes hay una secuencia de desarrollo de su implicación con distintas clases o categorías de drogas, de tal modo que, la iniciación en el consumo de drogas comienza con las primeras drogas de la secuencia, es decir con el alcohol y el tabaco. Después pueden seguirle las ilegales. El consumo de una droga de inicio, en la secuencia, está asociado con un incremento del riesgo o probabilidad de utilizar otra droga de la secuencia posterior: 1º Tabaco, 2º Alcohol, 3º Cannabis, 4º Cocaína. El consumo de cocaína se convierte en un indicador de paso a un nivel de riesgo superior.

El fenómeno del policonsumo (consumo de 2 o más sustancias) se está convirtiendo en un patrón frecuente en el consumo de sustancias en la adolescencia (ESTUDES, 2010) y donde el alcohol siempre está presente. Encontramos una relación significativa entre el policonsumo y el grupo de pertenencia ($N = 560$; $\chi^2(36) = 165,419$; V de Cramer = 0,543; P valor < 0,001).

Tabla 14: Porcentaje del número de drogas consumidas según la institución de referencia

	2	3	4	5	6	7	8	9	11
IMMF	30,5%	20,3%	3,9%	3,1%	6,3%	2,3%	1,6%	0,0%	0,0%
Centro penitenciario	21,0%	19,0%	18,1%	5,7%	5,7%	1,9%	0,0%	3,8%	0,0%
ARRMI	22,5%	21,6%	11,8%	12,7%	5,9%	8,8%	4,9%	5,9%	0,0%
CAD	12,0%	40,0%	8,0%	8,0%	8,0%	0,0%	8,0%	0,0%	4,0%
Control	26,5%	33,5%	2,5%	2,0%	1,5%	0,5%	0,0%	0,0%	0,0%
Total	25,0%	25,9%	7,7%	5,2%	4,5%	2,7%	1,6%	1,8%	0,2%

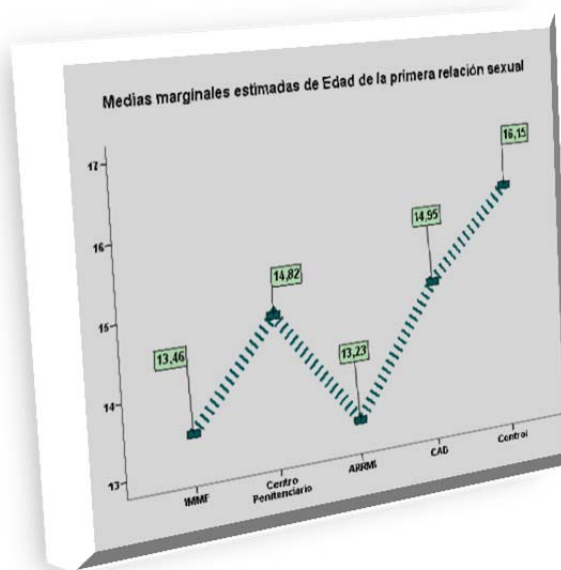
11.16. RELACIONES SEXUALES

Una de las tareas de desarrollo para los jóvenes es salir de la adolescencia como adultos sexualmente sanos capaces de mantener relaciones íntimas. La población adolescente es especialmente vulnerable a los riesgos relacionados con su conducta sexual, dado que se trata de un período de maduración en el que experimentar es algo natural. Es bien conocida la necesidad de ayudar a los adolescentes a integrar los componentes biológicos, sociales y psicológicos de su sexualidad en todos los aspectos de su vida, para ello es necesario conocer mejor, entre otros elementos, su conducta sexual en lo que se refiere a las prácticas de riesgo.

La edad mínima en la que se mantuvieron relaciones sexuales completas fue de 7 años y la máxima de 22 años. La media por tanto, es de 14,67 (DT = 2,38). La media en el número de relaciones sexuales completas en los últimos 12 meses es de 3,20 (DT = 7,52), y la media de relaciones mantenidas con personas que ejercen la prostitución es de 0,40 (DT = 2,75); un 20% (2,4% del total) de los individuos del grupo de estudio tuvieron alguna vez en su vida este tipo de relaciones. Los jóvenes que refieren relaciones con mujeres que ejercen la prostitución pertenecen todos al grupo de riesgo y se distribuyen: IMMF=2,7%; CP=49,3%; ARRM=39,7%; CAD=8,2%.

Por instituciones de pertenencia, IMMF y ARRM son los que obtienen las medias más bajas como se comprueba en el gráfico.

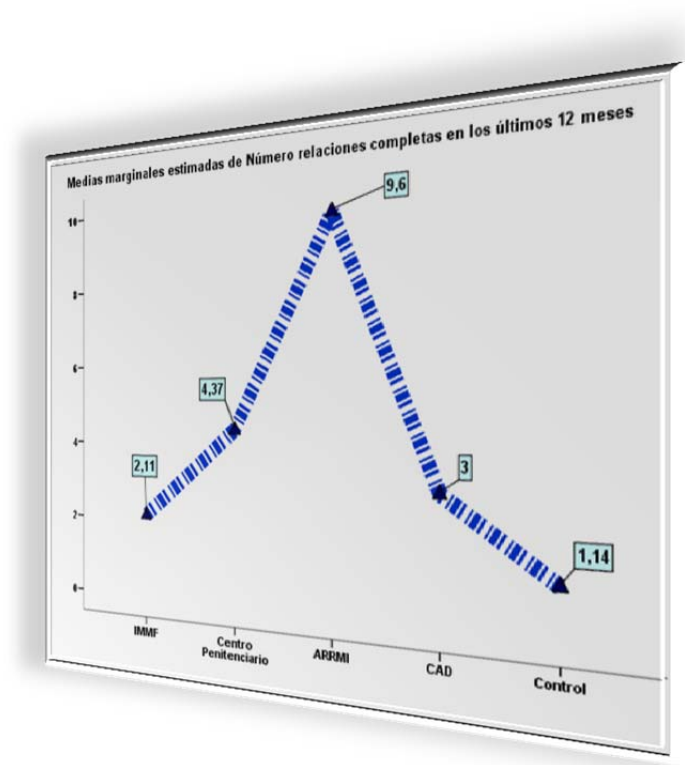
Figura 1: Medias de la variable distribuidas según los la institución de referencia



Existen diferencias significativas ($F(4,515) = 44,522$; $P < 0,001$; $\eta^2_p = 0,257$; Potencia observada = 1) de ARRMI con el resto de los grupos, excepto con el IMMF; del IMMF con el resto de los grupos, menos con el ARRMI; del CP con todos los grupos, excepto con el CAD; y del grupo Control con todos, menos con el CP.

El 49% se inicia con su novio/a; el 17% con un amigo/a; el 3,9% refieren "Otros" y el 28% no ha tenido relaciones sexuales. La media de relaciones sexuales en el último año según el grupo de pertenencia, es más alta, con diferencia en el grupo ARRMI.

Figura 2: Medias de la variable distribuidas según los la institución de referencia



La edad no es una variable significativa para el número de relaciones sexuales mantenidas en el último año. Encontramos diferencias significativas entre los grupos ($F(4,718) = 30,032$; $P < 0,001$; η^2 parcial = 0,143; Potencia observada = 1), ARRMI con el resto, y el CP con el grupo Control.

Tabla 1: Porcentajes del ítem distribuidos según los grupos Riesgo-Control: ¿Utilizas condón?

¿Utilizas condón?	Riesgo	Control	Total
Siempre	47,3%	75,3%	56,2%
Solo a veces	40,8%	19,9%	34,2%
Nunca	11,8%	4,8%	9,6%

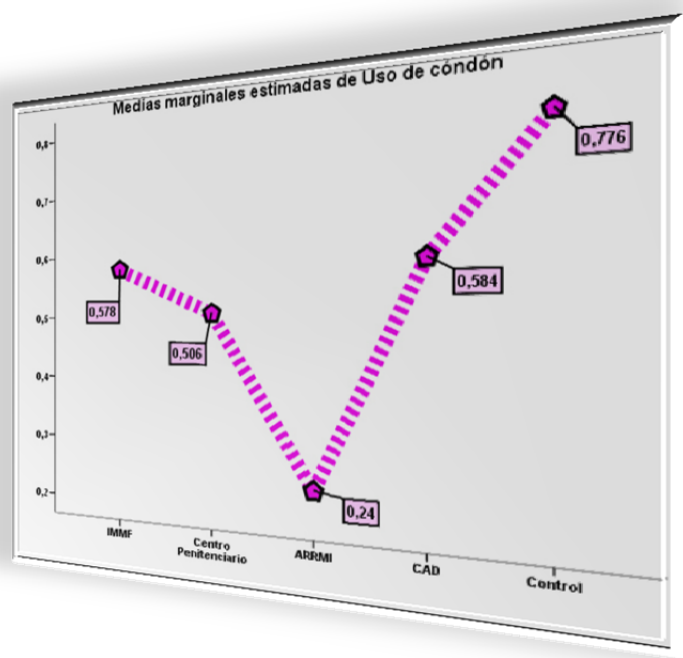
El uso de condón tiene una frecuencia desigual entre los grupos, participando en relaciones de riesgo el grupo de Riesgo en muchas más ocasiones, como se puede comprobar en la tabla1.

Las categorías “Solo a veces” y “Nunca” forman parte de una nueva recodificada, denominada “Riesgo”, y “Siempre” pasa a denominarse “Uso”. Con estas nuevas categorías realizamos un análisis por instituciones de referencia y es el grupo ARMI quien realiza mayores prácticas de riesgo en sus relaciones sexuales, teniendo la media más baja de los grupos (Figua3).

Tabla 2: Porcentajes de la variable distribuidos según los grupos Riesgo-Control: Uso -Riesgo

Condón	IMMF	Centro Penitenciario	ARRMI	CAD	Control	Total
Uso	65,8%	44,5%	26,3%	57,1%	75,4%	56,2%
Riesgo	34,2%	55,5%	73,7%	42,9%	24,6%	43,8%

Figura 3: Medias de la variable distribuidas según los la institución de referencia



Eliminado el efecto de la edad, encontramos diferencias significativas para los grupos ($F(1,516) = 21,606, P < 0,001; \eta^2_p = 0,143; \text{Potencia observada} = 1$), ARMI con el resto, y el grupo Control con el IMMF y el CP.

Con el análisis realizado hasta ahora podemos clasificar al ARMMI de “grupo con prácticas de alto riesgo”. Junto con el grupo IMMF tienen relaciones sexuales completas a edades más tempranas; son los que tienen relaciones con más frecuencia, y la media más baja en el uso de condón. Aunque los miembros de estos grupos son los más precoces en iniciar sus relaciones, el uso del condón aleja al grupo IMMF del nivel de riesgo, probablemente debido a la aplicación de programas educativos en esta área y al acceso al material necesario.

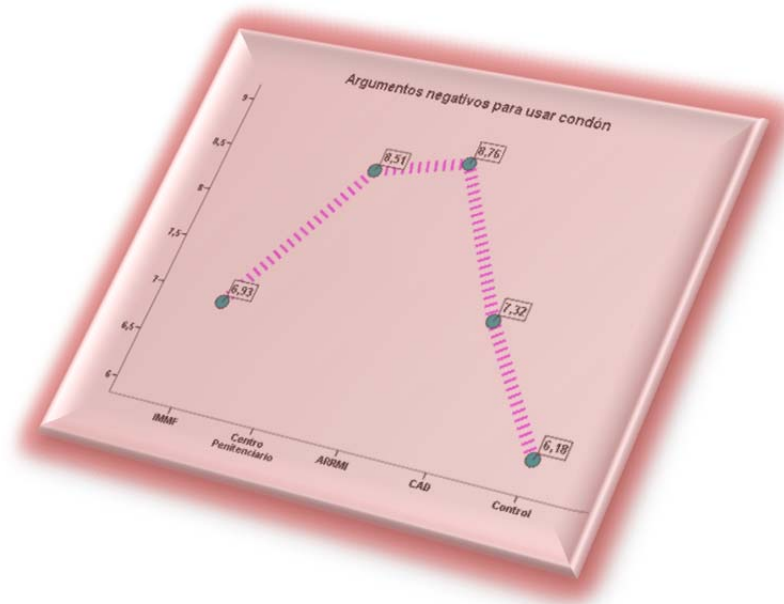
La diferencia de medias de los grupos Riesgo y Control es significativa en todos los ítems excepto para “Cuando tengo relaciones solo pienso en el riesgo de embarazo”. Este dato es coherente con una de las características de la conducta adolescente: cierto “presentismo”, o expresado de otro modo, “sensibilidad a las influencias proximales” que se ocupan de los aspectos más inmediatos y no de las consecuencias remotas que les resultan poco relevantes.

Con el objetivo de obtener indicadores globales sobre los motivos para el uso del condón, se realizó un análisis de componentes principales seguido de rotación oblicua para reducir la dimensionalidad de esta escala, encontrando dos factores que explican el 53% de la varianza total. El índice de adecuación muestral de la matriz de correlaciones KMO obtiene un valor adecuado de 0,62; $\chi^2(15) = 328,239$; P valor < 0,001. Se eliminó del análisis el ítem “Cuando tengo relaciones solo pienso en el riesgo de embarazo”. Los factores extraídos pueden interpretarse como:

- *Argumentos negativos respecto al uso del condón*; formado por tres ítems: “No usamos condón; no gusta a algún miembro de la pareja”, “Uso condón si lo tengo a mano”, “Usar condón solo con amigos, no con pareja”; y obtiene un coeficiente $\alpha = 0,49$; IC (95%): 0,42 - 0,55.
- *Argumentos positivos respecto a uso del condón*; formado por tres ítems: “Si no planifico mis relaciones sexuales, no llevo un condón encima”, “El condón prevención de embarazos y enfermedades”, “Una cosa es conocer el riesgo de no usar condón y otra darse cuenta”; y obtiene un coeficiente $\alpha = 0,55$; IC (95%): 0,50 - 0,61.

El coeficiente α para toda la escala alcanza el valor de 0,49; IC (95%): 0,42 - 0,55; media 19,75 y desviación típica 4,01.

Figura 4: Medias de la variable distribuidas según la institución de referencia



No se hallan diferencias entre los grupos para el factor *Argumentos positivos respecto a uso del condón* ($F(4,718) = 0,683, P = 0,604$).

Existen diferencias significativas para el factor *Argumentos negativos respecto al uso del condón* ($F(4,718) = 24,268, P < 0,001; \eta^2_p = 0,119; \text{Potencia observada} = 1$) entre los grupos Control con el resto, excepto el CAD.

En las medias de la variable “Uso de condón” y “Argumentos negativos para el uso de condón” (figuras 3 y 4) Los grupos ARRMI y CP son, “grupos con prácticas de alto riesgo” en relación a esta variable.

11.17. VIOLENCIA

Para demostrar la validez de la estructura factorial y por consiguiente la validez de las deducciones teóricas inferidas del mismo, realizamos un AFC. Obtenemos tres factores de primer orden que se construyen según a quién se ha dirigido la acción violenta.

- *Violencia física sin identificar a la víctima, actitudes violentas (VSV)*, formado por cinco ítems: Cuando alguien busca pelea me encuentra; A veces no puedo controlar el impulso de pegar a otro; He estado tan enfadado que me he puesto a romper cosas; Me meto en una pelea con mis amigos aunque no sepa la causa que la inició; No participo en peleas pero me parece bien lo que hacen. El coeficiente α para el conjunto de los ítems es de 0,82 (IC 95%: 0,80 - 0,84).
- *Violencia intrafamiliar (VF)*, formado por dos ítems: He provocado situaciones de violencia física con mi familia; He provocado situaciones de violencia no física con mi familia; con un coeficiente α de 0,77 (IC 95%: 0,73 - 0,80).
- *Violencia física identificando a la víctima, ejercida en grupo (VV)*, compuesto por tres ítems: He participado en acciones violentas contra indigentes en grupo; He participado en acciones violentas contra personas de minorías étnicas en grupo; He participado en acciones violentas contra bandas en grupo; con un coeficiente $\alpha = 0,77$ (IC 95%: 0,74 - 0,80).

Obtenemos una variable latente de segundo orden a la que denominamos “*Violencia*”, con un coeficiente α para la escala de 0,86 (IC 95%: 0,84 - 0,87); Media 16,80 y DT 6,88.

Los valores de R^2 oscilan en un rango de 0,337 para “No participo en peleas pero me parece bien lo que hacen”, que es el ítem menos explicado, a 0,800, para “He provocado situaciones de violencia física con mi familia”, que es el indicador más fiable de la variable latente *Violencia intrafamiliar*; para *Violencia física identificando a la víctima, ejercida en grupo*: “He participado en acciones violentas contra personas de minorías étnicas” $R^2 = 0,627$; y para la variable *Violencia física sin identificar a la víctima, actitudes violentas*: “Me meto en una pelea con mis amigos aunque no sepa la causa que la inició” $R^2 = 0,547$. Todos los ítems tienen un elevado nivel de significación $p < 0,001$; el valor mínimo del estadístico t es de 11,11.

Tabla 1: Saturaciones factoriales y fiabilidad de los indicadores

Violencia	Matriz de saturaciones			R ²
	VV Saturación (t)	VSF Saturación (t)	VF Saturación (t)	
He participado en acciones violentas contra indigentes en grupo. VV1	0,470	-	-	0,476
He participado en acciones violentas contra personas de minorías étnicas en grupo. VV2	0,591 (17,111)	-	-	0,627
He participado en acciones violentas contra bandas en grupo. VV3	0,732 (16,703)	-	-	0,568
Me meto en una pelea con mis amigos aunque no sepa la causa que la inició VSV1	-	0,891	-	0,547
No participo en peleas pero me parece bien lo que hacen. VSV2	-	0,568 (14,322)	-	0,337
A veces no puedo controlar el impulso de pegar a otro. VSV3	-	0,846 (17,297)	-	0,516
He estado tan enfadado que me he puesto a romper cosas. VSV4	-	0,853 (17,198)	-	0,491
Cuando alguien busca pelea me encuentra. VSV5	-	0,956 (16,455)	-	0,467
He provocado situaciones de violencia física con mi familia. VF1	-	-	0,759	0,800
He provocado situaciones de violencia no física con mi familia. VF2	-	-	0,700 (11,113)	0,490

Figura 1: Modelo estructural de segundo orden para el constructo Violencia (V)

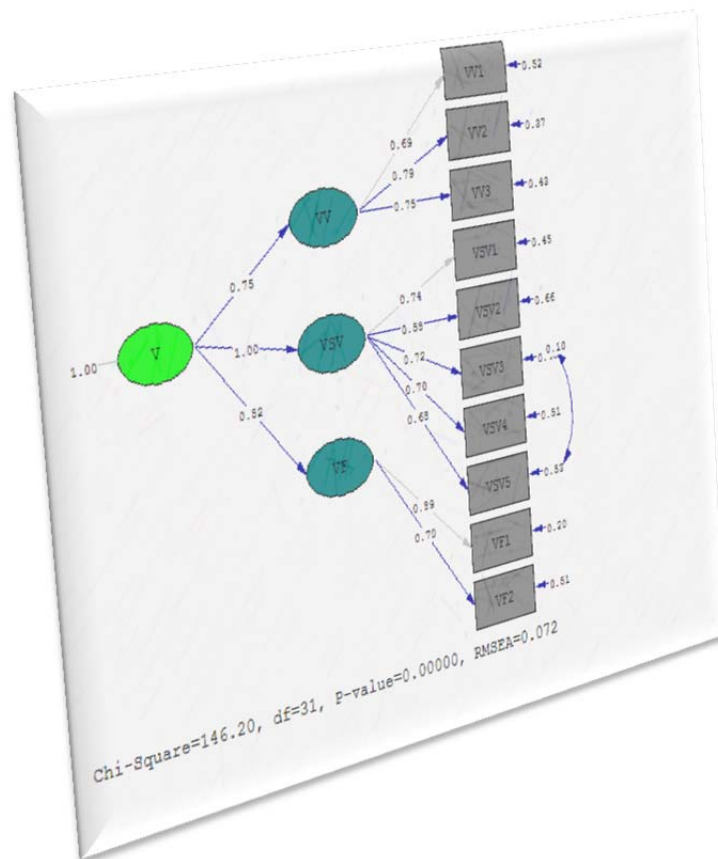


Tabla 2: Matriz θ y ξ

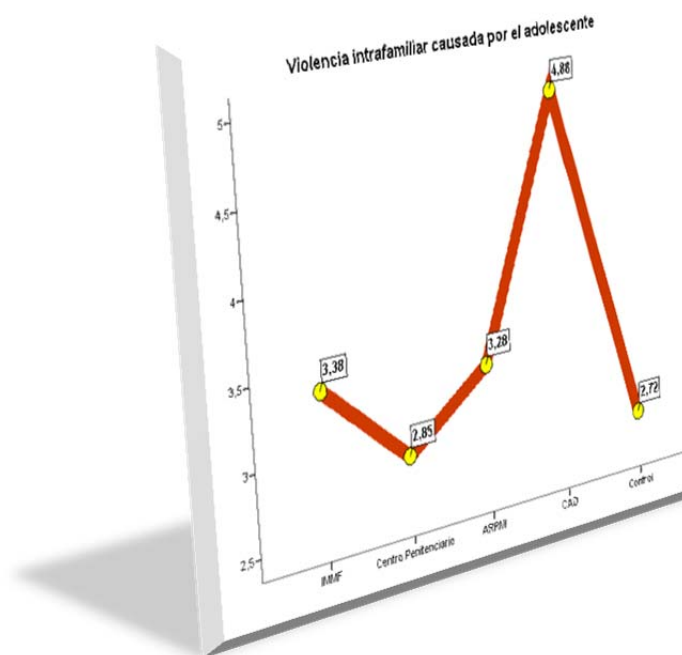
	VSV	VF	VV	V
VSV	1,000			
VF	0,749	1,000		
VV	0,388	0,513	1,000	
V	0,752	0,995	0,515	1,000

Tabla 3: Indicadores de ajuste del modelo

$\chi^2(32)$	146,855 (P < 0,001)	IFI	0,961
RMSEA	0,0717	RMR	0,0409
CFI	0,960	GFI	0,961

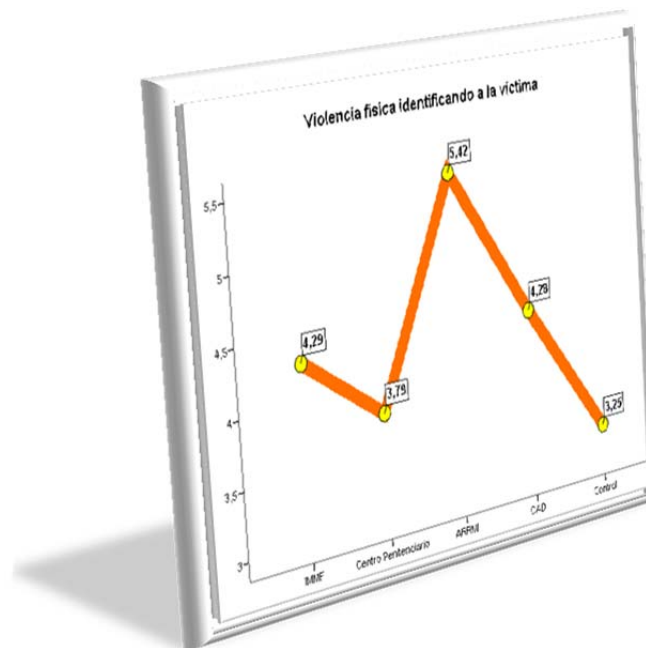
No asumimos la igualdad de la varianzas para todas las variables ya que el estadístico de Levene lleva asociado un valor crítico $P < 0,01$. En la variable *Violencia intrafamiliar*, encontramos diferencias significativas entre los grupos ($F(1,718) = 13,815$ $P < 0,001$; $\eta^2_p = 0,071$; Potencia observada = 1), CAD con el resto de los grupos; e IMMFF con Control. El efecto de la edad no es significativo para esta variable.

Figura 2: Medias de la variable distribuidas según la institución de referencia: Violencia intrafamiliar



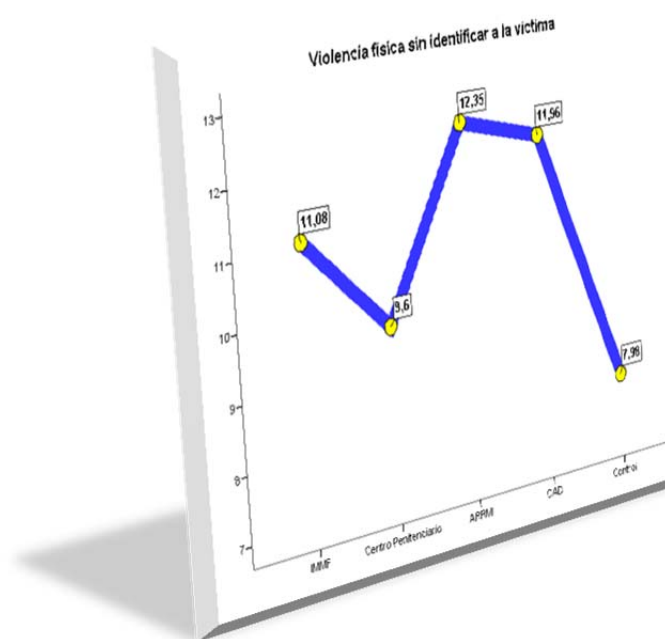
En la variable *Violencia física identificando a la víctima ejercida en grupo*, encontramos diferencias significativas entre los grupos ($F(1,718) = 28,241$ $P < 0,001$; $\eta^2_p = 0,136$; Potencia observada = 1), Control con el resto de los grupos excepto el CAD; y ARMMI con el resto de los grupos excepto el CAD. El efecto de la edad no es significativo para esta variable.

Figura 3: Medias de la variable distribuidas según la institución de referencia: Violencia física identificando a la víctima ejercida en grupo



En la variable *Violencia física sin identificar a la víctima, actitudes violentas*, encontramos diferencias significativas entre los grupos ($F(1,718) = 28,238$ $P < 0,001$; $\eta^2_p = 0,136$; Potencia observada = 1), Control con el resto de los grupos; y ARRMI con CP. El efecto de la edad no es significativo para esta variable.

Figura 4: Medias de la variable distribuidas según la institución de referencia: Violencia física sin identificar a la víctima, actitudes violentas



En la variable de segundo orden Violencia, encontramos diferencias significativas entre los grupos ($F(1,718) = 34,281$ $P < 0,001$; $\eta^2_p = 0,160$; Potencia observada = 1), Control con el resto de los grupos (P valor $< 0,002$; contraste o método Games-Howell); IMMF con CP; y ARRMI con CP (P valor $< 0,02$; contraste o método Games-Howell). El efecto de la edad no es significativo para esta variable.

Como podemos ver, los resultados nos informan de que los grupos que más ejercen la violencia son el CAD y la ARRMI. Los adolescentes del CAD, que expresan relaciones familiares muy conflictivas, también incluyen la violencia intrafamiliar ascendente como elemento en sus relaciones. Fuera del contexto familiar, son los adolescentes del grupo ARRMI los que más ejercen la violencia y los que más actitudes violentas presentan. El grupo IMMF vuelve a posicionarse en conductas violentas de riesgo susceptibles de una intervención educativa.

Figura 5: Medias de la variable de segundo orden distribuidas según la institución de referencia: Violencia

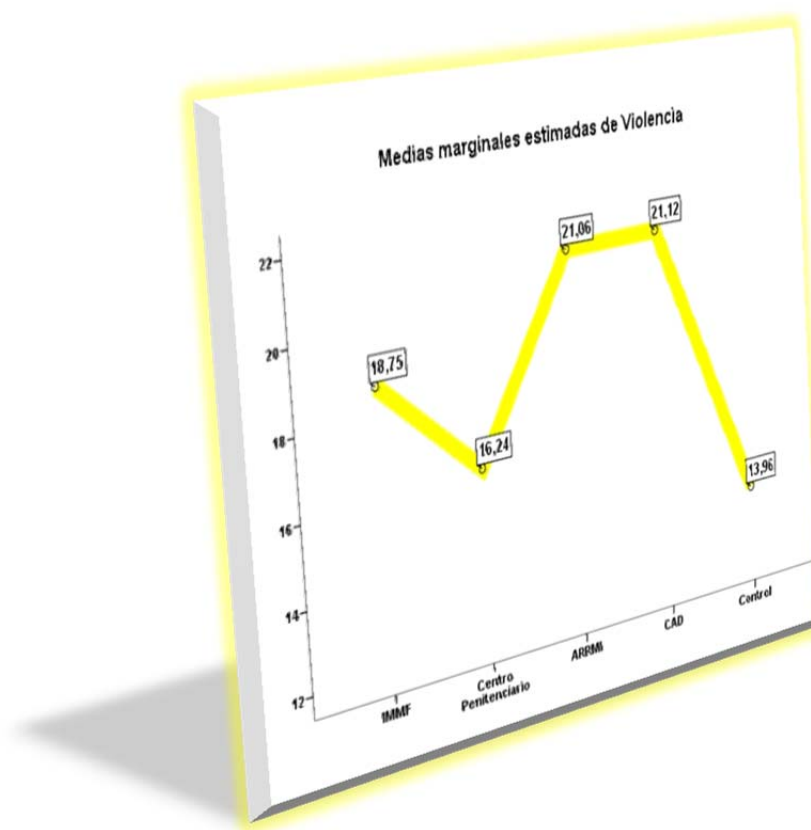
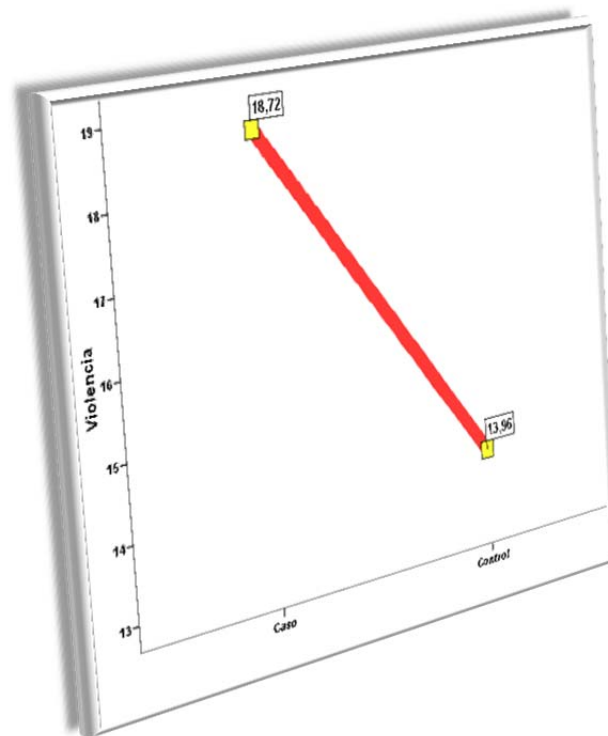


Figura 6: Medias de la variable de segundo orden distribuidas según los grupos Riesgo-Control: Violencia



La figura 6 muestra las diferencias en las puntuaciones entre los grupos Riesgo-Control (No asumimos la hipótesis de homogeneidad de las varianzas. $F(1,721) = 94,921$; $P < 0,001$. Brown-Forsythe (1, 719) = 116,728; $P < 0,001$). Estas diferencias hacen de la Violencia un importante indicador de las conductas de riesgo.

11.18. ALGUNAS CREENCIAS SOBRE LA VIOLENCIA

Se ha construido una escala ad hoc formada por 5 ítems para conocer las creencias de los adolescentes sobre la violencia. La información para la elaboración de los ítems se extrae del análisis de las entrevistas y el objetivo es profundizar en la hipótesis que afirma que las creencias propias sobre la aceptación de la conducta violenta son un factor relevante en su aparición.

Como se muestra en la tabla 1 existen diferencias significativas para los grupos de Riesgo y Control para todos los ítems excepto para “Es mejor pegarse en grupo”. Asumimos la igualdad de varianzas para este ítem: $F = 0,536$; $P = 0,464$.

Para mostrar la validez de la estructura factorial, sometemos a prueba este modelo unidimensional utilizando el AFC y obtenemos una solución bien definida y un excelente grado de ajuste de los datos. Esta variable latente puede definirse como *Creencias sobre la violencia. Justificación positiva*. El coeficiente α para el conjunto de la escala es de 0,79 (IC 95%: 0,764 -0,81); Media = 12 y DT = 4,613.

Tabla 1: Saturaciones factoriales y fiabilidad de los indicadores

Algunas creencias sobre la violencia. Justificación positiva	Saturación (t)	R ²
Si llevo una navaja me siento más seguro CV1	1,018 (17,754)	0,402
Es correcto pegar a alguien que te ha ofendido CV2	0,988 (22,657)	0,585
Las peleas son inevitables CV3	0,887 (18,702)	0,436
Para que te respeten debes infundir miedo a los otros CV4	1,130 (26,127)	0,719
Es mejor pegarse en grupo CV5	0,919 (17,864)	0,406

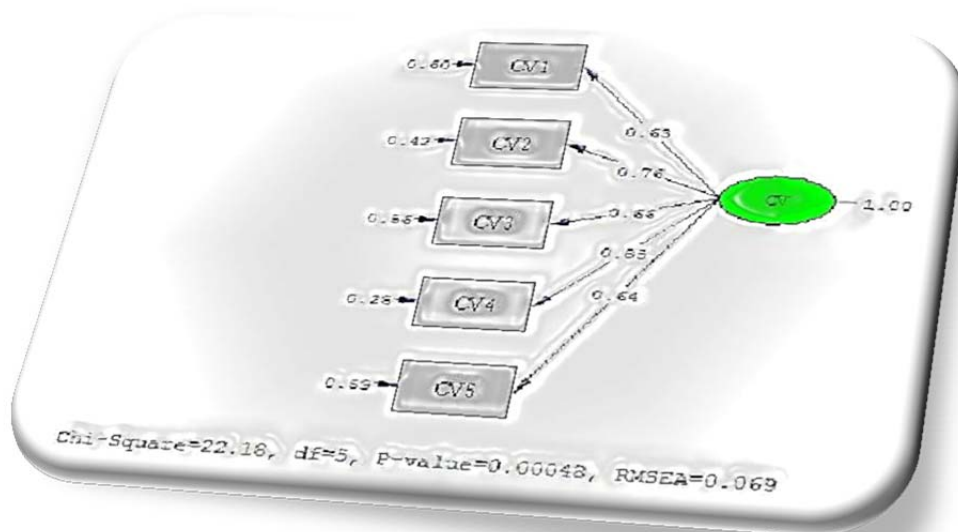
Los valores de R^2 oscilan en un rango de 0,402, “Si llevo una navaja me siento más seguro” a $R^2 = 0,719$, “Para que te respeten debes infundir miedo a los otros”, que es el mejor indicador de la variable latente. Todos los ítems tienen un elevado nivel de significación $p < 0,001$; el valor mínimo del estadístico t es de 17,754.

Tabla 2: Indicadores de ajuste del modelo

$\chi^2(5)$	22,177 (P < 0,001)	IFI	0,991
RMSEA	0,0690	RMR	0,0509
CFI	0,991	GFI	0,988

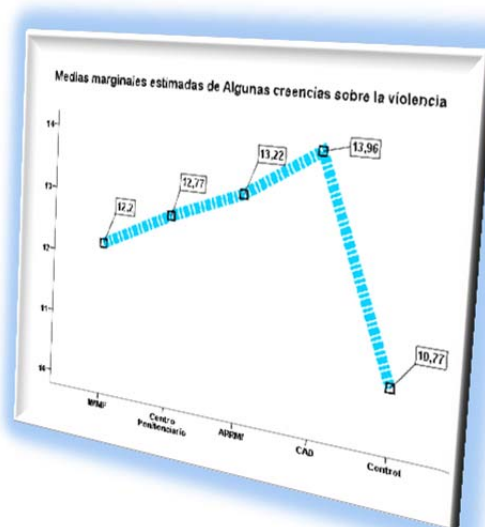
Eliminado el efecto de la edad ($F(1,717) = 9,61$, $P < 0,001$, $0,001$; $\eta^2_p = 0,051$; Potencia observada = 1), encontramos diferencias significativas entre Control y el resto de los grupos (P valor < 0,02).

Figura 1: Modelo estructural de primer orden para el constructo “Algunas creencias sobre la violencia”



Esta variable muestra una actitud positiva respecto a la violencia, justificando su uso en relación a la seguridad personal (llevar una navaja), devolver una ofensa, y a la obtención de un estatus que manifiesta una actitud agresiva, un reto (mirar mal), con el objeto de provocar miedo a “los otros”, a los que no son amigos, para garantizar la seguridad propia. Este indicador, “Para que te respeten debes infundir miedo a los otros”, el más fiable de la variable latente, nos informa de cómo pueden llegar a ser las relaciones en aquellos contextos donde el espacio se considera propio y se produce la presencia de “no amigos”.

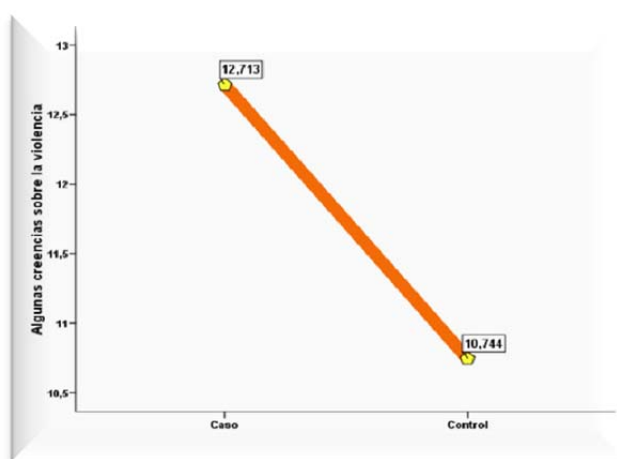
Figura 2: Medias del factor distribuidas según las instituciones de referencia



El indicador “Es mejor pegarse en grupo” (no presenta diferencias significativas entre los grupos Riesgo-Control) hace visible el poder del grupo en garantizar el anonimato y en diluir la responsabilidad personal ya que la responsabilidad colectiva no responde a la lógica de un juicio de reproche dirigido a un individuo singular, sino a la cuestión de cuál es la forma legítima de distribuir el costo social de males que no son culpa de ningún sujeto en particular. Este factor no considera el ejercicio de la violencia para la afirmación de la identidad grupal en el caso de las tribus urbanas.

Como en la variable *Violencia*, son los grupos CAD y ARMI los que mayores puntuaciones obtienen, es decir, la justifican y la ejercen. El IMMF se sitúa en estas variables y en *Violencia Farrell* en un nivel de riesgo menor.

Figura 3: Medias de la variable de segundo orden distribuidas según los grupos Riesgo-Control: Creencias sobre la violencia. Justificación positiva



Como en la variable *Violencia*, justificarla se convierte en una de las diferencias importantes entre las puntuaciones entre los grupos Riesgo-Control (No asumimos la hipótesis de homogeneidad de las varianzas. $F(1,721) = 33,154$; $P < 0,001$. Brown-Forsythe $(1,660,616) = 35,508$; $P < 0,001$).

11.19. DELITOS

Una de las primeras consecuencias de la comisión de una falta o un delito es haber sido detenido por la policía. Lógicamente, el 100% de los individuos del CP y de la ARRFMI lo han sido, pero destacan los porcentajes en los adolescentes del grupo CAD (48%) y del IMMF (40,7%). Este dato vuelve a definir al grupo IMMF como poseedor de conductas de menor riesgo.

La situación judicial en el momento de la recogida de datos era:

Tabla 1: Porcentajes de la situación judicial de los internos en los centros de cumplimiento de medida o condena

	CP		ARRMI		Total	
Preventivo	66	88,0%	9	12,0%	75	100,0%
Penado	58	37,9%	95	62,1%	153	100,0%
Total	124	54,4%	104	45,6%	228	100,0%

Tabla 2: Porcentajes de los ingresos según el régimen en centros de la ARRFMI

Terapéutico	11,5%	Semiabierto	43,3%
Cerrado	74,0%	Abierto	5,8%

Los regímenes de ingreso de la AARRMI se dividen en cuatro categorías: terapéutico, cerrado, semiabierto y abierto. Se pregunta por el régimen bajo el que han estado ingresados y el porcentaje se describe en la tabla 2. El total excede de 100 por la existencia de reincidentes y por la evolución de la medida que puede ir cambiando en el tiempo. Aproximadamente el 60% de los ingresados en la ARRFMI son reincidentes. La media de causas por individuo es de 3,8 (DT = 5,776, mínimo 1 y máximo 48) y la media de las medidas cumplidas es de 2,16 (DT = 1,729, mínimo 1 y máximo 11).

En la tabla 3 se recogen los datos de los que fueron juzgados y cumplieron medidas por delitos cometidos en minoría de edad:

Tabla 3: Porcentajes del ítems distribuido según la institución de referencia

Condena como menor	IMMF		CP		ARRMI		CAD		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
	7	5,2%	22	16,3	102	75,6%	4	3,0%	135	100%

El tiempo de cumplimiento es superior en el CP (Media = 77,54, DT =45,019, mínimo 11 y máximo 240) que en centros de la ARMI (Media = 23,36, DT = 18,871, mínimo 3 y máximo 96).

Los residuos tipificados corregidos para los tipos de delito son significativos en los ítems:

- Existe una proporción significativamente más alta para “Homicidio y sus formas” en el grupo ARMI alcanzando el valor de 8,7 en la opción haber cometido el delito y - 8,7 para la opción no haberlo cometido.
- Existe una proporción significativamente más alta para “Lesiones” en el grupo ARMI con el valor 7,8 en la opción *sí* ha cometido el delito y - 7,8 en la opción *no* ha cometido el delito.
- Existe una proporción significativamente más alta para “Maltrato vertical” en el grupo ARMI con el valor 4,2 en la opción *sí* y - 4,2 en la opción *no*.
- Existe una proporción significativamente más alta para “Contra la libertad sexual” en el grupo ARMI con el valor 3,2 en la opción *sí* y - 3,2 en la opción *no*.
- Existe una proporción significativamente más alta para “Contra la salud pública” en el Centro Penitenciario con el valor 15,1 en la opción *sí* y - 15,1 en la opción *no*; y para el IMMF - 4,6 para la opción *sí* y 4,6 para la opción *no*.
- Existe una proporción significativamente más alta para “Contra el patrimonio” en el grupo ARMI con el valor 9 en la opción *sí* y - 9 en la opción *no*.
- Existe una proporción significativamente más alta para “Quebrantamiento de la condena” en el grupo ARMI con el valor 3,5 en la opción *sí* y - 3,5 en la opción *no*.
- Existe una proporción significativamente más alta para “Falsificación” en el grupo ARMI con el valor 3,8 en la opción *sí* y - 3,8 en la opción *no*.
- Existe una proporción significativamente más alta para “Delitos contra el orden público” en el grupo ARMI con el valor 5,7 en la opción *sí* y - 5,7 en la opción *no*; y para el IMMF -2,2 en la opción *sí* y 2.2 en la opción *no*.

Existe una relación significativa entre las variables Delitos y Tipo de centro. (χ^2 (723,12) = 626,206; P valor <0,001; V = 0,537)

Los delitos de atentado a la autoridad, asociación ilícita, terrorismo y tenencia de armas se agrupan en delitos contra el orden público, siguiendo el orden establecido en el Código Penal español de 1995 en su título XXII. Los delitos por los que cum-

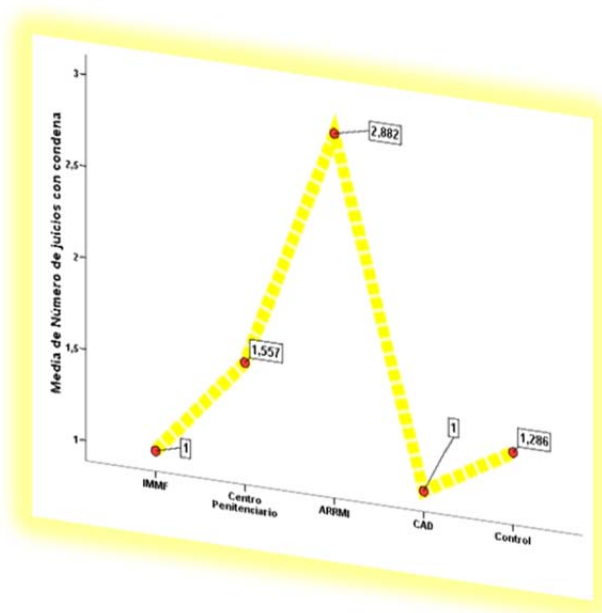
plen penas o medidas son principalmente contra el patrimonio, robo con violencia en la mayoría de los casos, y contra la salud pública (tráfico de drogas desde países de Sudamérica). También destaca el homicidio (5,6% en CP y 18% en la ARRM), las lesiones y los delitos contra la libertad sexual.

Tabla 4: Porcentajes y estadísticos descriptivos de los tipos de delitos según la institución de referencia.

	CP		ARRMI		CAD		Total		$\chi^2(4)$	V	P
	N	%	N	%	N	%	N	%			
Homicidio y sus formas	7	5,6%	19	18,3%	-	-	26	3,6%	84,554	0,342	< 0,001
Contra el patrimonio	50	40,3%	53	51%	1	4%	104	14,4%	261,876	602	< 0,001
Contra el orden público	4	3,2%	9	8,7%	-	-	13	1,8%	38,178	230	< 0,001
Contra la salud pública	50	40,3%	5	4,8%	-	-	55	7,6%	230,742	565	< 0,001
Contra la libertad sexual	3	2,4%	4	3,8%	-	-	7	1%	16,547	151	= 0,002
Maltrato vertical	-	-	3	2,9%	-	-	3	0,4%	17,930	157	< 0,001
Lesiones	-	-	10	9,6%	-	-	10	1,4%	60,357	289	< 0,001
Secuestro	1	0,8%	1	1%	-	-	2	0,3%	4,430	078	= 0,354
Quebrantamiento condena	-	-	2	1,9%	-	-	2	0,3%	11,937	128	= 0,018
Falsificación	3	2,4%	-	-	-	-	3	0,4%	14,552	142	= 0,006

Si atendemos a la cantidad de delitos cometidos, el 56,3% de los sujetos del CP ha cometido un delito, el 40,2% dos y el 3,6% tres. En el caso del ARRM, el 37,6% ha cometido un delito, el 43,5% dos y el 18,8% tres.

Figura 1: Medias del ítem distribuidas según la institución de referencia: Número de juicios con condena



Como se observa en la tabla 4 y en la figura 1, son los adolescentes de la ARRMI los que cometen más delitos, de mayor gravedad y los que han soportado más procesos judiciales.

En general, reciben visitas, sobre todo de la familia, en el caso de la ARRMI el 100%, y en el centro penitenciario el 78,3%, ya que hay más población extranjera. Como podemos observar por estos datos, ambos grupos tienen fuerte apoyo familiar.

11.20. ARMA DE FUEGO

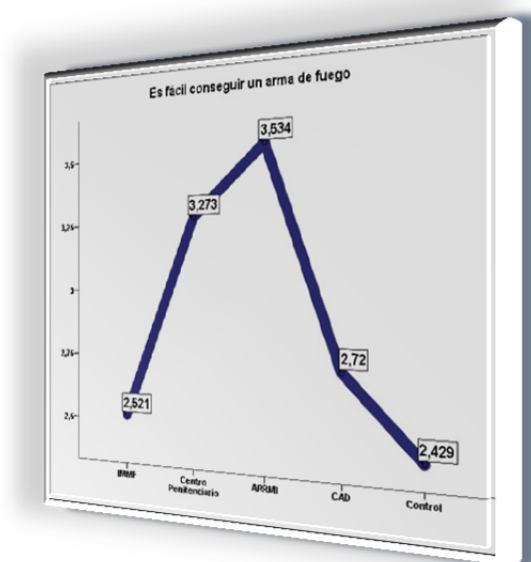
Tabla 1: Estadísticos descriptivos, de contraste y alternativos no paramétricos (contraste U de Mann-Whitney) de los ítems distribuidos según los grupos Riesgo-Control y tamaño del efecto

		Media	DT	η^2	T (gl)	P	Z(UMW)	P
Es muy fácil conseguir o acceder a un arma de fuego	Riesgo	2,98	1,354	0,044	6,017	0,000	-5,510	0,000
	Control	2,42	1,089		(665,728)			

Encontramos diferencias significativas para el ítem entre los grupos de Riesgo y Control. El grupo de Riesgo considera más fácil el acceso a un arma de fuego que el grupo Riesgo.

Prueba de Levene para la igualdad de varianzas: No asumimos la igualdad de varianzas. $F(4,712) = 22,84$. $P < 0,001$. Encontramos diferencias significativas entre ARRMI, IMMF y Control, y entre Centro Penitenciario, IMMF y Control, con P valor $> 0,001$.

Figura 1: Medias del ítem distribuidas según los la institución de referencia



La figura 1 muestra cómo aumenta la creencia sobre la facilidad de conseguir un arma de fuego en aquellos grupos donde la conducta delictiva es la que define su condición.

11.21. IMAGEN PERSONAL RESPECTO AL RIESGO

Se incluyeron en el cuestionario una serie de ítems procedentes de las entrevistas mantenidas en las fases iniciales de la investigación. En la tabla 1 se presentan tres de ellos que conforman un factor que expresa el lugar o la distancia en la que están algunos límites del riesgo que estos jóvenes pueden asumir.

No existen diferencias significativas entre las medias del ítem “Es muy difícil que me pase algo malo” para los grupos Riesgo-Control; en ambos grupos está presente el sentimiento de invulnerabilidad de los adolescentes.

Tabla 1: Estadísticos descriptivos, de contraste y alternativos no paramétricos (contraste U de Mann-Whitney) de los ítems distribuidos según los grupos Riesgo-Control y tamaño del efecto.

		Media	DT	η^2	T (gl)	P	Z(UMW)	P
El ir a la cárcel es lo único que puede pararme	Riesgo	1,97	1,220	0,026	4,627	0,000	-4,270	0,000
	Control	1,59	0,941		(620,903)			
Soy lo que económicamente puedo permitirme	Riesgo	2,80	1,372	0,028	4,528	0,000	-4,469	0,000
	Control	2,33	1,304		(710)			
Es muy difícil que me pase algo malo	Riesgo	2,47	1,234	0,001	0,778	0,437	-0,480	0,631
	Control	2,40	1,130		(614,578)			

Asumimos la igualdad de varianzas para el ítem “Soy lo que económicamente puedo permitirme” ($F(4,695) = 6,082$; $P < 0,001$; $\eta^2_p = 0,034$; Potencia observada 0,987), y encontramos diferencias significativas entre el grupo Control con el resto de los grupos. No asumimos la igualdad de varianzas para el ítem “El ir a la cárcel es lo único que puede pararme” ($F(4,695) = 17,591$; $P < 0,001$; $\eta^2_p = 0,042$; Potencia observada 0,997), encontrando diferencias significativas entre el grupo Control y la ARRMI.

No asumimos la igualdad de varianzas para el ítem “Es muy difícil que me pase algo malo” ($F(4,695) = 0,619$; $P = 0,694$; $\eta^2_p = 0,04$; Potencia observada 0,204). El valor crítico asociado al estadístico F es mayor de 0,005 por lo que podemos concluir que no existen diferencias entre las medias de los grupos.

No es posible realizar un AFC ya que no se disponen de grados de libertad suficientes ya que el constructo está formado por tan solo tres ítems, por lo que acudimos al AFE. El método de extracción ha sido “Análisis de componentes principales” y el método de rotación “Oblimín con Kaiser”. Se extrae un único factor que explica el 47% de la varianza. El índice KMO es de 0,58, lo que refleja una mala adecuación a la matriz de correlaciones; $\chi^2(3) = 80,751$; $P < 0,000$. Este factor puede expresarse como *Imagen personal respecto al riesgo. Sesgo optimista*. El coeficiente α para el conjunto de los ítems es de 0,430 (IC 95%: 0,35-0,50); Media = 6,87 y DT = 2,54.

Figuras de las medias de los ítems distribuidas según la institución de referencia

Figura1



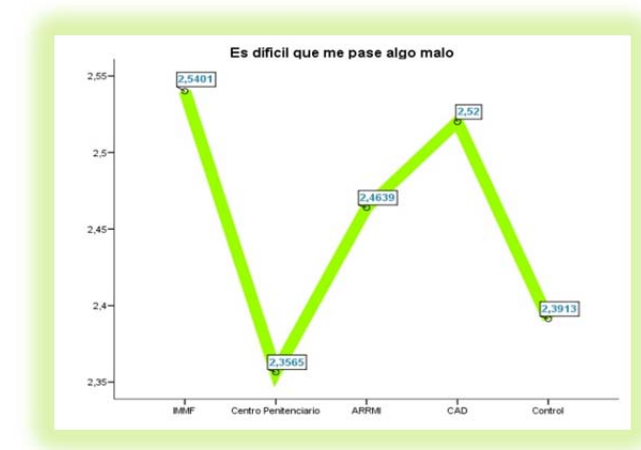
$F(4,695) = 17,591$; $P < 0,001$; $\eta^2_p = 0,042$; potencia observada 0,997.

Figura 2



$F(4,695) = 0,619$; $P = 0,694$; $\eta^2_p = 0,04$; potencia observada 0,204.

Figura 3



$F(4,695) = 6,082$; $P < 0,001$; $\eta^2_p = 0,034$; potencia observada 0,987.

Aunque no hemos encontrado diferencias significativas entre los grupos para el ítem “Es difícil que me pase algo malo”, observamos (figura 3) cómo el grupo CAD y el IMMF son los que menor conciencia de riesgo tienen. También sorprende el autoconcepto de los miembros del grupo CAD, que va más allá del materialismo, ya que se identifican con su “capacidad de gasto”, valorándose según sus posesiones (que forman parte de su capital deseable), no por lo que son o han conseguido.

Estas variables también nos informan de dónde están los límites de la conducta de los grupos.

11.22. TRASTORNOS DE CONDUCTA

Los trastornos de conducta constituyen un constructo categorial referido a una serie de síntomas que reproducen patrones conductuales disfuncionales. Para la elaboración de una escala capaz de realizar una evaluación preliminar de ciertos síntomas sugestivos de trastornos de conducta como la Inatención, la Impulsividad Hiperactividad y Oposicionismo desafiante y obtener una puntuación que nos permite calificarlos como rasgo, escogemos 12 ítems del CAPS (Bostic, 2004), cada uno con cinco categorías de respuesta situadas en dos momentos, el pasado y en los seis últimos meses. Para el Trastorno Disocial se ha seguido la investigación empírica que apoya al cuestionario ESPERI (Parellada et al., 2009) y se construye una escala formada por 23 ítems con cinco categorías de respuesta en función de la intensidad según el grado de apreciación del adolescente, en relación a dos momentos, el pasado y los últimos seis meses.

Inatención, Impulsividad, Hiperactividad y Oposicionismo Desafiante

En cada uno de los ítems se realiza un análisis de medias para los grupos Riesgo-Control (disponible en el anexo “Trastornos de conducta”). En todos los casos las diferencias entre los grupos son de nivel, no de patrón: el grupo de Riesgo obtiene medias más altas por lo que se posiciona por encima del grupo Control. También se produce una mejora en la conducta en ambos grupos en relación al tiempo (pasado – últimos seis meses) debido al efecto de la edad.

Para analizar las evidencias de validez en cuanto a la dimensionalidad, sometemos a prueba el modelo utilizando el AFC y obtenemos una solución bien definida: un ajuste adecuado para el modelo de tres variables latentes de primer orden y una variable latente de segundo orden. Las variables de primer orden se interpretan como:

- *Oposicionismo desafiante*, formado por cuatro ítems (según criterios DSM IV): Desafío adultos; Culpo a otros; Molesto deliberadamente; Me encolerizo. El coeficiente α para el conjunto de los cuatro ítems es de 0,767 (IC 95%: 0,74 - 0,79).
- *Inatención*, formado por cuatro ítems (según criterios DSM IV): Dificultades de atención; Dificultad de seguir instrucciones; Distrayo fácilmente; Pierdo cosas necesarias. El coeficiente α para el conjunto de los cuatro ítems es de 0,753 (IC 95%: 0,72 - 0,78).

- *Hiperactividad-Impulsividad* (según criterios DSM IV). Hiperactividad, dos ítems: Agitado como una moto; Hablo demasiado Impulsividad, dos ítems: Dificultad para esperar turno.; Contesto sin finalizar la pregunta. El coeficiente α para el conjunto de los cuatro ítems es de 0,741 (IC 95%: 0,71 - 0,77).

A la variable de segundo orden la denominamos *Trastorno de conducta*. El coeficiente α para el conjunto de la escala es 0,85. IC 95%: 0,83 - 0,84; Media = 26,13 y DT =9,07.

Tabla 1: Indicadores de ajuste del modelo

$\chi^2(51)$	240,453 (P< 0,001)	IFI	0,93
RMSEA	0,0717	RMR	0,0757
CFI	0,93	GFI	0,95

Tabla 2: Matriz θ - ξ

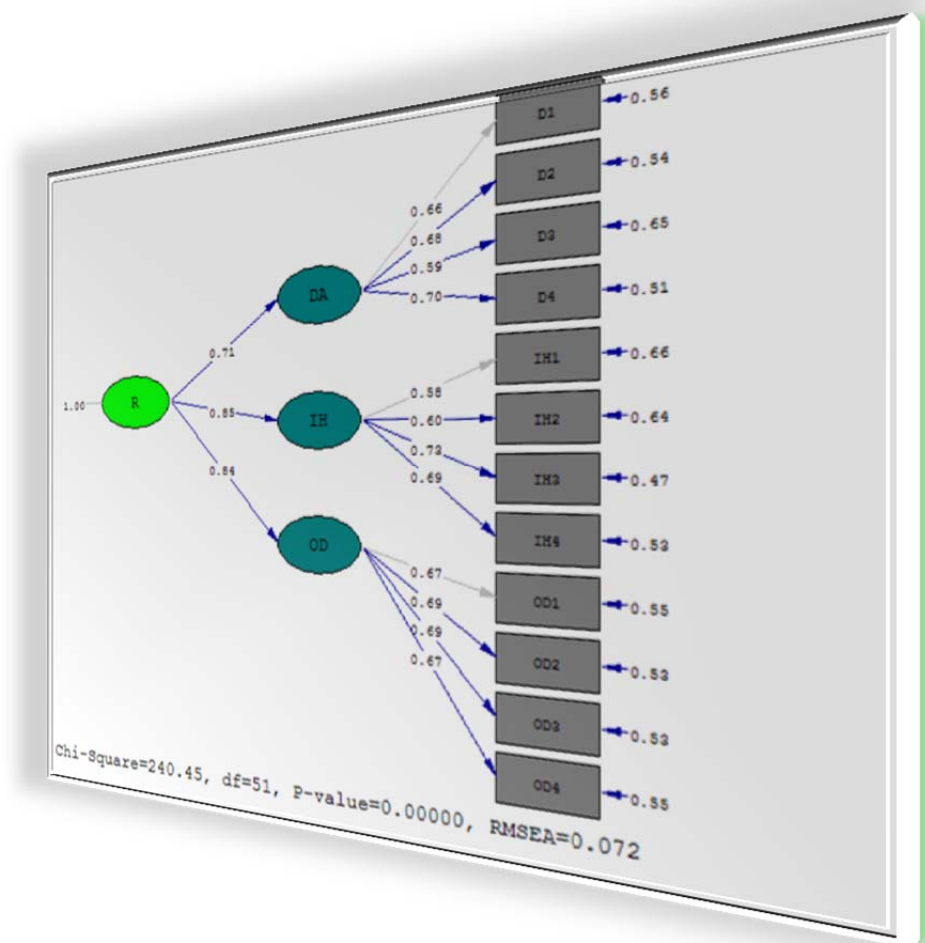
	Oposicionismo desafiante	Inatención	Hiperactividad Impulsividad	Trastorno de conducta
Oposicionismo Desafiante (OD)	1,000			
Inatención (D)	0,606	1,000		
Hiperactividad – Impulsividad (IH)	0,602	0,718	1,000	
Trastorno de conducta (R)	0,713	0,850	0,845	1,000

Tabla 3: Saturaciones factoriales y fiabilidad de los indicadores

	Matriz de saturaciones			R ²
	Oposicionismo desafiante Saturación (t)	Inatención Saturación (t)	Hiperactividad Impulsividad Saturación (t)	
Desafío adultos - OD1	0,708			0,452
Culpo a otros - OD2	0,708 (14,944)			0,473
Molesto deliberadamente - OD3	0,796 (14,926)			0,471
Me encolerizo - OD4	0,910 (14,655)			0,449
Dificultades de atención - D1		0,802		0,441
Dificultad seguir instrucciones - D2		0,805 (14,902)		0,458
Distraigo fácilmente - D3		0,653 (12,791)		0,352
Pierdo cosas necesarias - D3		0,923 (14,381)		0,490
Hablo demasiado - IH1			0,791	0,340
Contesto sin finalizar la pregunta - IH2			0,844 (12,036)	0,362
Agitado como una moto - IH3			0,892 (13,090)	0,529
Dificultad esperar turno - IH4			0,866 (13,090)	0,474

Los valores de R^2 oscilan en un rango de 0,40 para “Hablo demasiado” a 0,529 para “Me siento agitado, como una moto”, que es el mejor indicador de la variable latente *Hiperactividad-Impulsividad*; para *Inatención*: “Pierdo cosas necesarias” $R^2 = 0,490$; y para la variable *Oposicionismo desafiante*: “ $R^2 = 0,473$. Todos los ítems tienen un elevado nivel de significación $p < 0,001$; el valor mínimo del estadístico t es de 12,036.

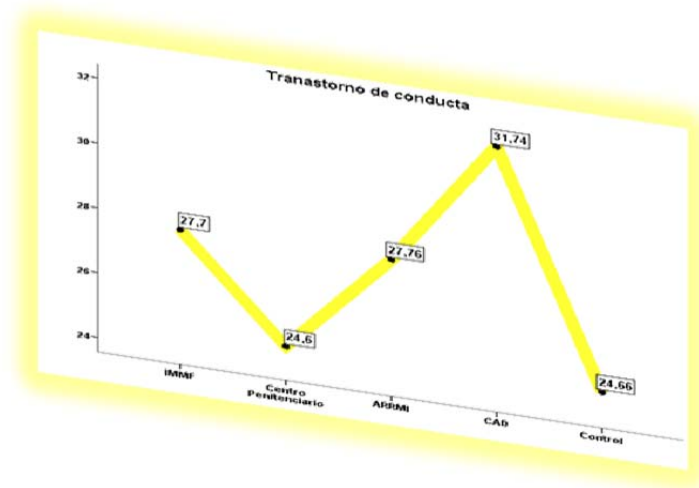
Figura 1: Modelo estructural de segundo orden para el constructo Trastornos de conducta (R)



En el análisis de medias realizado para la variable *Trastorno de conducta*, no asumimos la igualdad de las varianzas ($F(4,718) = 7,173, P < 0,001$). Controlando el efecto de la edad, los grupos muestran diferencias significativas entre los grupos Control con IMMF, ARMMI y CAD; y CAD con CP ($F(4,717) = 7,171, P < 0,001, \eta^2_p = 0,038$; Potencia observada = 0,998). Como se observa en el gráfico, la variable alcanza la puntuación

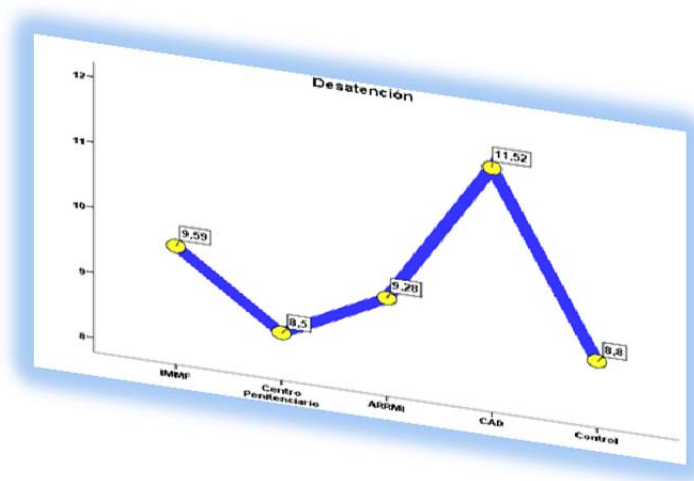
media más alta en grupo CAD y mínimas en los grupos CP y Control con resultados similares.⁵

Figura 2: Medias de la variable de segundo orden distribuidas según la institución de referencia. Trastornos de conducta



No asumimos la igualdad de las varianzas para la variable *Inatención* ($F(4,718) = 3,718, P < 0,001$). Controlando el efecto de la edad, el CAD tiene diferencias significativas con todos los grupos excepto IMMF ($F(4,717) = 4,738, P = 0,001, \eta^2_p = 0,026$; Potencia observada = 0,953). Como muestra la figura 3, las puntuaciones medidas en *Inatención* son mayores en el grupo CAD.

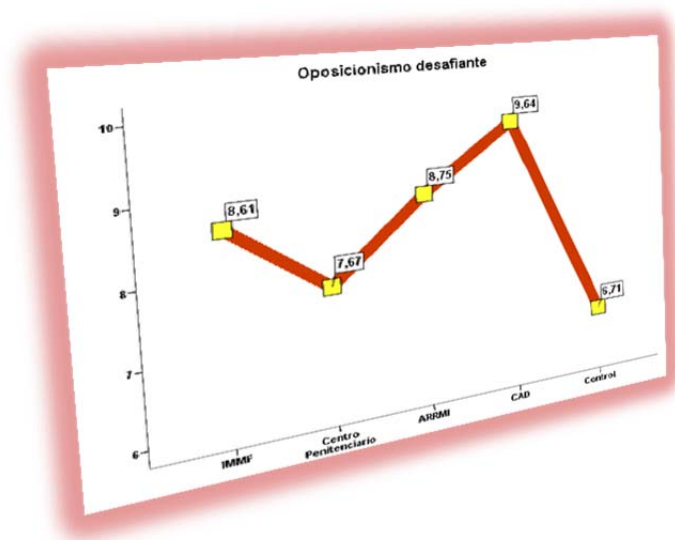
Figura 3: Medias de la variable de segundo orden distribuidas según la institución de referencia. Inatención



⁵ Aunque hay más relación o continuidad entre el trastorno Opositor Desafiante y el trastorno Disocial mantenemos la estructura de los constructos ya que es lo que indican los resultados.

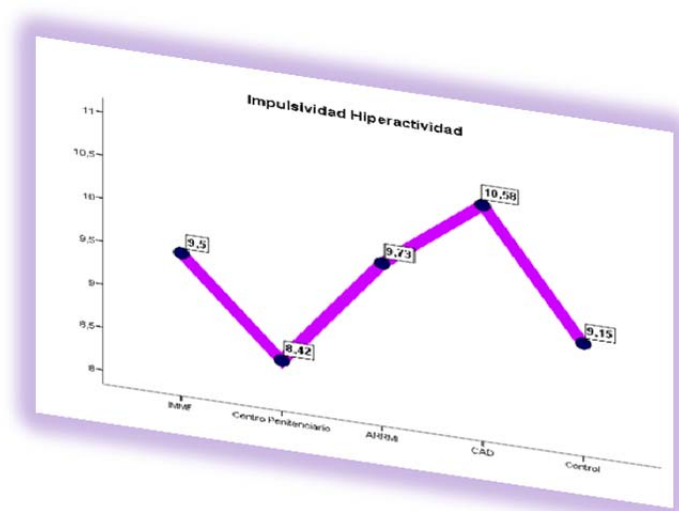
No asumimos la igualdad de las varianzas para la variable *Oposicionismo desafiante* $F(4,718) = 9,196, P < 0,001$. Controlando el efecto de la edad, el grupo Control tiene diferencias significativas con todos excepto con el grupo CP ($F(4,717) = 13,238, P = 0,001, \eta^2_p = 0,069$; Potencia observada = 1).

Figura 4: Medias de la variable de segundo orden distribuidas según la institución de referencia. Oposicionismo desafiante



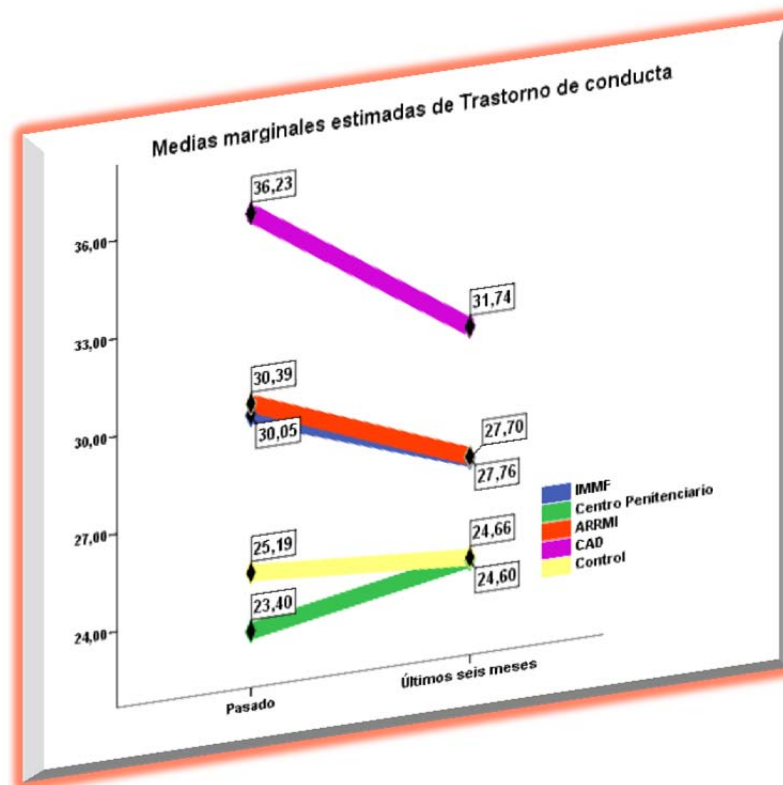
No asumimos la igualdad de las varianzas para la variable *Impulsividad-Hiperactividad* ($F(4,718) = 2,676, P = 0,005$) y no encontramos diferencias significativas para los grupos en este contraste ($F(4,717) = 2,339, P = 0,054$).

Figura 5: Medias de la variable de segundo orden distribuidas según la institución de referencia. Impulsividad-Hiperactividad



Eliminado el efecto de la edad ($F(1,717) = 14,719$; $P < 0,001$), en el análisis de la variable *Trastorno de conducta* se comprueba un cambio significativo entre los dos periodos ($F(1,717) = 8,184$; $P = 0,004$; $\eta^2 = 0,011$; Potencia observada = 0,815); y existe una interacción significativa entre la variable y los distintos tipos de centro ($F(4,717) = 6,249$; $P < 0,001$; $\eta^2_p = 0,034$; Potencia observada = 0,989).

Figura 6: Medias de la variable de segundo orden distribuidas según la institución de referencia y en el pasado y los últimos seis meses: Trastornos de conducta



Existen diferencias significativas entre los distintos grupos $F(4,717) = 13,931$; $P < 0,001$; $\eta^2 = 0,072$; Potencia observada = 1.

En la figura 2 se observa el mismo patrón para todos los grupos: una mejora en la conducta en todos los grupos, excepto en el CP aunque no todos lo hacen con la misma intensidad. El pequeño empeoramiento de la conducta en esta variable en los jóvenes del CP puede deberse al estrés ocasionando su situación de incertidumbre, la mayoría son preventivos a la espera de juicio o sentencia y porque llevan poco tiempo en el centro, lo que supone adaptarse al régimen del centro y a estar encerrado.

También comprobamos en el gráfico que el grupo que obtiene puntuaciones mayores en el pasado y en los último seis meses son los adolescentes del grupo CAD, en el que, aunque la diferencia de las medias en los dos momentos es la más grade, son los que presentan una mejora mayor y también son los que mayor puntuación tienen en la variable. Esta situación la corroboramos al realizar un análisis de la variable para las puntuaciones en los últimos seis meses.

Trastorno disocial y predisocial

Aunque el trastorno disocial forma parte de los trastornos de conducta, dada su especial relevancia para la “conducta de riesgo” se ha considerado en un epígrafe propio, junto con el llamado “trastorno predisocial”, que no aparece como tal en las clasificaciones DSM-IV y CIE-10 y para su definición se ha seguido la investigación empírica que apoya al cuestionario ESPERI (Parellada et al., 2009).

Nuestro objetivo es obtener puntuaciones nos permitan calificar estas dimensiones como rasgos. El trastorno disocial presenta un patrón de conducta en el que el individuo infringe los derechos básicos de los demás y tiene un comportamiento anormal para su edad.

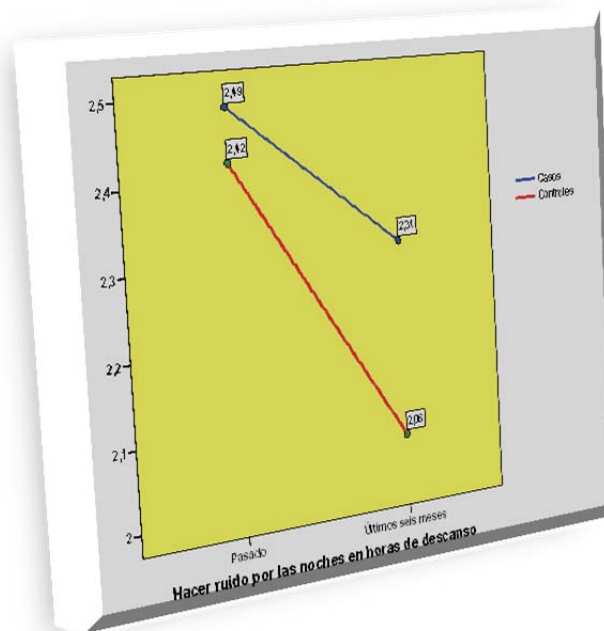
Tras realizar un análisis de varianza de medidas repetidas en los grupos Riesgo–Control para cada ítem (disponible en el anexo “Trastorno disocial y predisocial”), la significación asociada al efecto de cada factor nos permite rechazar la hipótesis de igualdad de medias, concluyendo que la intensidad o la frecuencia de las diversas conductas no es la misma en los dos momentos temporales utilizados (pasado, últimos seis meses) existiendo amplias diferencias entre los dos grupos. Las conductas más graves son las más realizadas por el grupo de Riesgo, habiendo menor distancia entre ambos cuando la conducta es menos grave. Todos los ítems siguen esta misma pauta. No se producen efectos de interacción significativa asociada al efecto “ítem*Riesgo/Control” situándose, siempre, el grupo de Riesgo por encima del grupo Control. En ambos grupos se produce el mismo efecto en relación al tiempo, reduciéndose la frecuencia de la conducta en el “los últimos seis meses” de forma similar, produciendo gráficos de líneas casi paralelas, excepto en los ítems: “Hacer ruido por las noches”, “Provocar incendios”, “Coger cosas o dinero de casa sin permiso”, “Robar a iguales con amenazas” y “Llevar un arma blanca” donde la interacción es significativa y se observa una mejora mayor de la conducta en el grupo de Riesgo, excepto en “Hacer ruido por las noches” donde más se parece la conducta en los dos momentos y la mejora es mayor en el grupo Control. Se pueden consultar

estos datos (tabla y gráfico por ítem, y estadísticos) en el anexo “Trastornos disocial y predisocial”.

Tabla 4: Medias y desviaciones típicas del ítem distribuidas según Riesgo-Control, pasado-últimos seis meses

Hacer ruido por las noches		Media	Desviación típica
Pasado	Riesgo	2,49	1,280
	Control	2,42	1,162
	Total	2,46	1,236
Últimos seis meses	Riesgo	2,31	1,271
	Control	2,06	1,066
	Total	2,21	1,202

Figura 7: Medias del ítem “hacer ruido por las noches en horas de descanso” distribuidas según Riesgo-Control, pasado-últimos seis meses



(F (1,721) = 58,101; P < 0,001; $\eta^2_p = 0,075$; Potencia observada = 1). (F (1,721) = 3.198; P = 0,74 $\eta^2_p = 0,004$; Potencia observada = 0,431). (F (1,721) = 6,306; P = 0,012; $\eta^2_p = 0,09$; Potencia observada = 0,708).

Para analizar las evidencias de validez en cuanto a la dimensionalidad, sometemos a prueba el modelo utilizando el AFC y obtenemos una solución bien definida, un ajuste adecuado para el modelo de dos variables latentes de primer orden:

- *Trastorno disocial*, formado por dieciséis ítems de los cuales 10 pertenecen a la relación de los criterios diagnósticos de la DSM IV TR para este tras-

torno: Entrar en una propiedad privada para robar; Vender objetos robados; Participar en el robo de un coche o una moto; Entrar en casas particulares sin permiso; Conducir sin permiso del dueño; Robar con amenazas; Usar armas; Robar a iguales; Conducir sin carnet un coche o una moto; Vender drogas; Llevar encima un arma blanca; Robar en tiendas o grandes almacenes; robar en casas desconocidos; Amenazar o intimidar a otro/s; Estar fuera de casa por la noche y sin permiso antes de los 13; Provocar incendios deliberadamente. El coeficiente α para el conjunto de los dieciséis ítems es de 0,940 (IC 95%: 0,934 - 0,946); Media = 20,84 y DT = 7,15.

- *Trastorno predisocial.* Formado por siete ítems: Mentir para obtener lo que quiero o evitar sanciones; Hacer ruido por las noches; Romper mobiliario urbano; Hacer pintadas o grafitis; Juntarse con gente que se mete en líos; Coger cosas o dinero sin permiso en casa; Explotar bombas de agua fuerte. El coeficiente α para el conjunto es de 0,769 (IC 95%: 0,742 - 0,794). Este factor acoge el ítem “Mentir para obtener lo que quiero o evitar sanciones” que es un criterio para el diagnóstico del trastorno de personalidad antisocial.

La diferencia entre ambos factores radica en la gravedad del hecho cometido. El factor 1 define conductas delincuentes y el factor 2 conductas que pueden ser tipificadas como faltas.

Tabla 5: Indicadores de ajuste del modelo

$\chi^2(216)$	1130,553 (P< 0,001)	IFI	0,956
RMSEA	0,077	RMR	0,048
CFI	0,915	GFI	0,880

Tabla 6: Matriz ϕ

	Trastorno disocial	Trastorno predisocial
Trastorno disocial	1,000	
Trastorno predisocial	0,939	1,000

Los valores de R^2 para la variable latente *Trastorno predisocial* oscilan en un rango de 0,228 para “Mentir para obtener lo que quiero o evitar sanciones” a 0,735 para “Hacer pintadas o grafitis”, que es el mejor indicador de la variable. En la variable *Trastorno Disocial*, los valores de R^2 se encuentren en el rango 0,132 para “Conducir sin carnet un coche o una moto” y 0,652 para “Robar en casa de conocidos”, que es el mejor indicador de esta variable latente.

Tabla 7: Saturaciones factoriales y fiabilidad de los indicadores

	C. Disocial	C. Predisocial	
	Saturación (t)	Saturación (t)	R ²
Entrar propiedad privada para robar – CD 1	0,632 (14,902)	-	0,280
Vender objetos robados – CD2	0,452 (15,158)	-	0,288
Participar en el robo de un coche o una moto – CD3	0,264 (11,265)	-	0,171
Entrar en casas particulares sin permiso - CD4	0,570 (14,505)	-	0,268
Conducir sin permiso del dueño – CD5	0,515 (11,717)	-	0,183
Robar con amenazas - CD6	0,299 (14,526)	-	0,168
Usar armas - CD7	0,514 (20,560)	-	0,474
Robar a iguales - CD8	0,646 (20,478)	-	0,469
Conducir sin carnet un coche o una moto - TD9	0,314 (9,775)	-	0,132
Vender drogas – CD10	0,372 (16,946)	-	0,347
Llevar encima un arma blanca - CD11	0,806 (22,858)	-	0,549
Robar en tiendas o grandes almacenes – CD12	0,769 (25,070)	-	0,627
Robar en casas de conocidos – CD13	0,757 (25,836)	-	0,652
Amenazar o intimidar a otro/s – CD14	0,675 (24,607)	-	0,610
Fuera de casa por la noche y sin permiso antes de los 13 –CD15	0,829 (20,146)	-	0,457
Provocar incendios deliberadamente - CD 16	0,669 (23,505)	-	0,624
Hacer ruido por las noches – CPD1	-	0,906 (23,505)	0,579
Romper mobiliario urbano – CPD2	-	0,744 (21,946)	0,522
Hacer pintadas o grafitis – CPD3	-	0,958 (28,250)	0,735
Juntarse con gente que se mete en líos - CPD4	-	0,807 (18,883)	0,416
Coger cosas o dinero sin permiso en casa – CPD5	-	0,807 (23,546)	0,578
Explotar bombas de agua fuerte – CPD6	-	0,838 (25,747)	0,654
Mentir para obtener lo que quiero o evitar sanciones – CPD7	-	0,546 (13,158)	0,228

Todos los ítems tienen un elevado nivel de significación $p < 0,001$; el valor mínimo del estadístico t es de 9,775.

Figura 8: Modelo estructural de dos factores de primer orden correlacionados

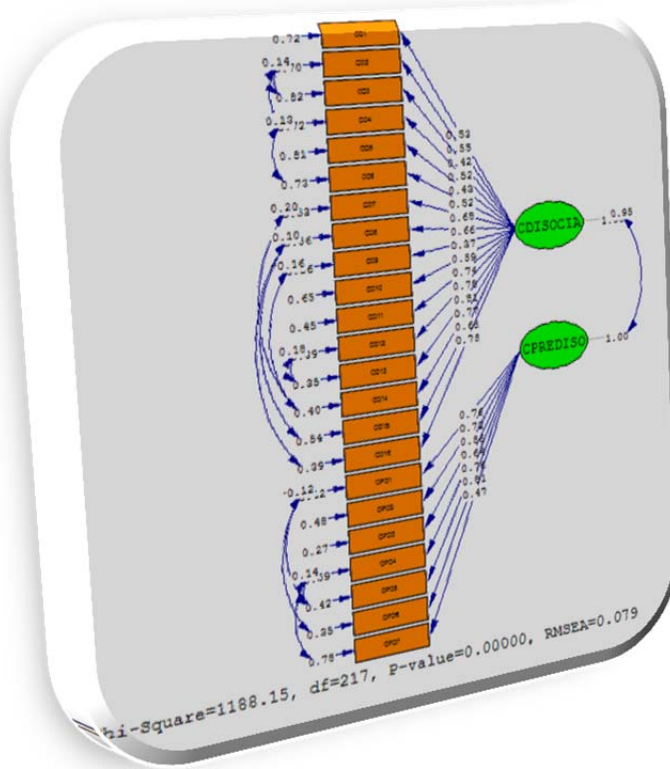
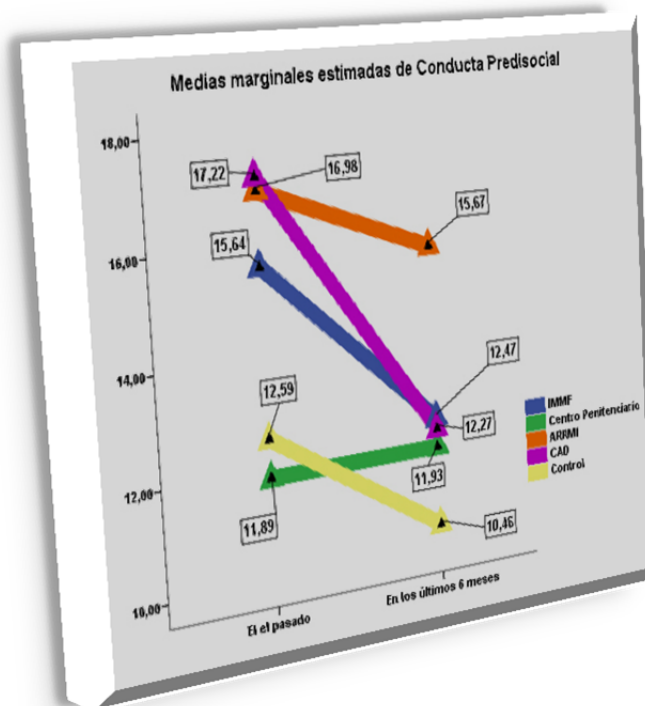


Figura 9: Medias de la variable de segundo orden distribuidas según la institución de referencia y en el pasado y los últimos seis meses: Trastorno predisocial

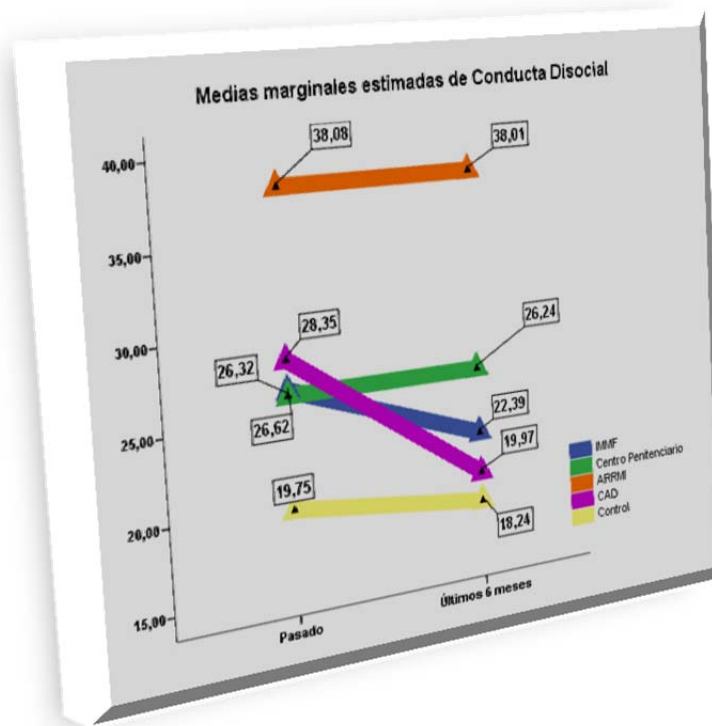


En el análisis del Trastorno predisocial se comprueba un cambio entre los dos periodos $F(1,717) = 27,551$; $P < 0,001$; $\eta^2_p = 0,037$; Potencia observada = 0,999. Existe un efecto significativo de la edad $F(1,717) = 58,534$; $P < 0,001$; $\eta^2_p = 0,037$; Potencia observada = 1. La interacción de la Trastorno predisocial y el tipo de centro es significativa, aunque no igual para todos $F(1,717) = 14,793$; $P < 0,001$; $\eta^2_p = 0,076$; Potencia observada = 1. Como se observa en el gráfico, aunque todos los grupos cambian, el que más ha mejorado su conducta es el grupo CAD, el que menos el CP, pudiendo ser debido a un efecto de respuesta.

Tabla 8: Medias, desviaciones típicas y medias corregidas: Trastorno predisocial: pasado últimos seis meses

		Media	DT	Media corregida
Pasado Trastorno predisocial	IMMF	15,031	6,424	15,642
	Centro Penitenciario	12,693	4,399	11,886
	ARRMI	17,009	5,707	16,978
	CAD	17,480	5,189	17,221
	Control	12,605	4,511	12,586
Trastorno predisocial	IMMF	12,92	5,384	12,475
	Centro Penitenciario	11,35	3,598	11,930
	ARRMI	15,64	5,458	15,667
	CAD	12,08	3,883	12,267
	Control	10,45	3,077	10,462

Figura 10: Medias de la variable de segundo orden distribuidas según la institución de referencia y en el pasado y los últimos seis meses: Trastorno disocial



En el análisis de la Trastorno disocial se comprueba un cambio entre los dos periodos $F(1,717) = 0,094$; $P = 0,005$; $\eta^2_p = 0,011$; Potencia observada = 0,811. Existe un efecto significativo de la edad para la Trastorno predisocial $F(1,717) = 18,866$; $P < 0,001$; η^2 parcial = 0,026; Potencia observada = 0,991. La interacción de la Trastorno predisocial y el tipo de centro es significativa $F(1,717) = 11,801$; P valor $< 0,001$; η^2 parcial = 0,062; potencia observada = 1. Como se observa en el gráfico, aunque todos los grupos cambian, el grupo ARRMI posee las medias más altas, es decir, es quien en mayor medida ha cometido las conductas tipificadas como disociales y es el que menos ha modificado su conducta. Un patrón similar tiene el grupo CP pero con unas medias mucho más bajas que se acercan al resto de los grupos, excepto el grupo de Control que es el de quienes menos Trastornos disociales tienen.

Tabla 9: Medias, desviaciones típicas y medias corregidas: Trastorno disocial: pasado últimos seis meses

		Media	DT	Media corregida
Pasado Trastorno disocial	IMMF	26,042	12,482	26,620
	Centro Penitenciario	27,080	11,995	26,316
	ARRMI	38,105	15,924	38,076
	CAD	28,600	10,727	28,355
	Control	19,768	5,656	19,750
Trastorno disocial	IMMF	25,605	12,409	22,385
	Centro Penitenciario	22,98	10,532	26,245
	ARRMI	25,46	11,496	38,012
	CAD	37,98	16,008	19,972
	Control	19,72	4,623	18,236

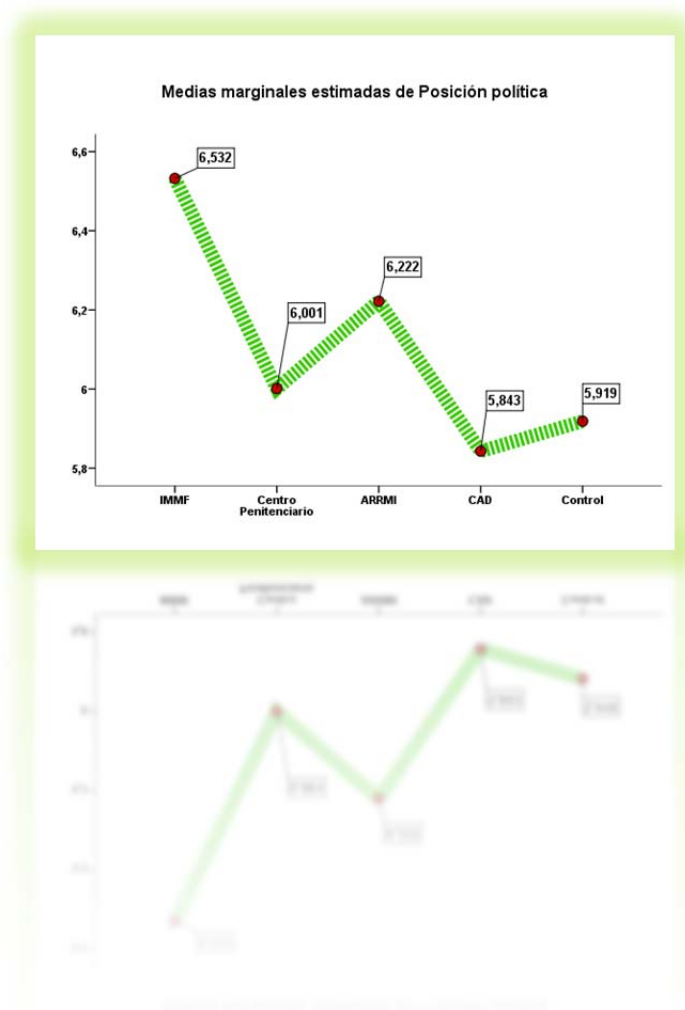
11.23. POSICIONAMIENTOS EXTREMOS

Una de nuestras hipótesis de partida se fundamentaba en la observación de las actitudes radicales de algunos adolescentes que abarcan cualquier expresión de su vida. Consideramos que un buen indicador de estas actitudes radicales era el posicionamiento político.

En el análisis de esta variable por instituciones de referencia, aceptamos la hipótesis de homogeneidad de las varianzas $F(4,592) = 0,279$, $P \text{ valor} < 0,01$. Eliminado el efecto de la edad ($F(1, 591) = 6,999$; $P \text{ valor} < 0,01$, los grupos no muestran diferencias significativas en relación a la posición política. $F(4,592) = 7,972$; $P \text{ valor} > 0,05$.

Se observa una tendencia a posicionarse en las puntuaciones centrales y hacia la izquierda pero sin ninguna muestra de radicalidad en los extremos.

Figura 1: Medias de la variable distribuidas según las instituciones de pertenencia

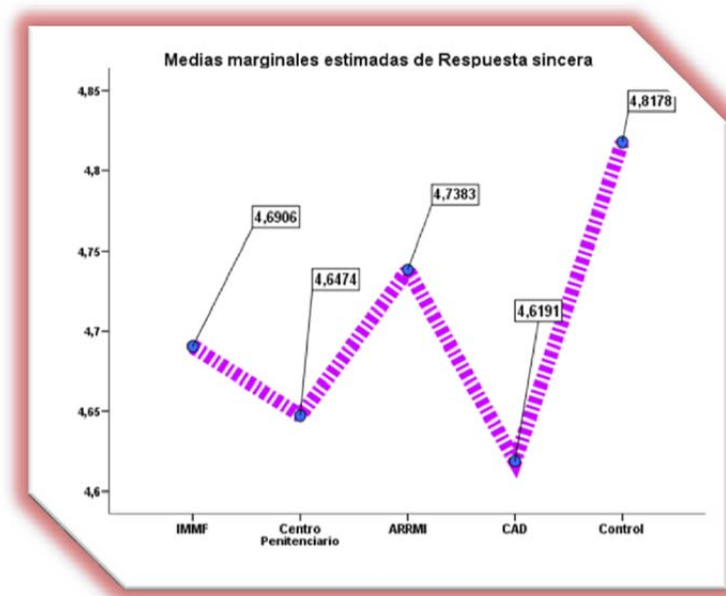


11.24. RESPUESTA SINCERA

En la última pregunta del cuestionario se pide al entrevistado que valore en una escala de 1 a 5 la sinceridad de las respuestas que ha realizado. El 95% refiere haber contestado sinceramente muchas veces, casi siempre o siempre; Media = 4,74 (Min. 1 – Max. 5, DT = 0,580.

No asumimos la igualdad de varianzas ($F(4,696) = 9,338; P < 0,001$). Corregido el efecto de la edad ($F(1,695) = 5,397; P = 0,022$), encontramos diferencias significativas entre los grupos aunque con un tamaño del efecto pequeño $F(4,695) = 2,591, P \text{ valor} = 0,036; \eta^2_p = 0,015; \text{potencia observada} = 0,730$.

Figura 1: Medias de la variable distribuidas según la institución de referencia



Como se observa en el gráfico, los más sinceros han sido los del grupo Control y los menos los del grupo CAD. Asistimos a una demostración general de sinceridad que se explica por dos motivos principales: la capacidad del cuestionario anónimo de proporcionar una sensación de seguridad y la alta frecuencia con la que los jóvenes asociados a estas instituciones hablan de sus problemas; Trabajadores Sociales, Psicólogos, Educadores, Médicos, Abogados forman parte de su vida, y su trabajo diagnóstico, educativo y terapéutico pasa por conocer al joven; y, por regla general, la entrevista, una de las técnicas más utilizadas, les obliga a hablar repetidamente de sus problemas. El grupo Control sea el más sincero se relaciona con las conductas más adaptativas que presenta, es decir tienen menos que ocultar.

11.25. VARIABLES PREDICTORAS DE LA CONDUCTA DE RIESGO

Los análisis realizados y la búsqueda de dimensiones latentes han revelado una serie de variables que describen las conductas de riesgo. Para conocer y evaluar la relación entre algunas de estas variables seleccionadas como dependientes o criterio y las variables dependientes o predictoras, utilizamos el análisis de regresión lineal Jerárquica. Construimos los modelos de regresión introduciendo las variables de forma secuencial y en todos los casos, el primer bloque se compone de la variable sociodemográfica *Edad* que se considera en la adolescencia como una de las variables más influyentes ya que gobierna el proceso de desarrollo.

Violencia

Se consideran predictores de la variable *Violencia* aquellas creencias respecto a la misma: *Creencias sobre la violencia*, y el ejercicio de una violencia de menor nivel de gravedad: *Violencia Farrell* (2º bloque); los trastornos de conducta: *Impulsividad-Hiperactividad*, *Oposicionismo desafiante*, *Inatención* y *Trastorno predisocial y disocial* (incluidos en el 3º y 4º bloque); las sanciones escolares: *Sanciones graves* y *Sanciones leves* (5º bloque); las situaciones de conflicto familiar donde se discute: *Discusiones familiares* (6º bloque) y la búsqueda de sensaciones: *Conducta ilegal* y *Conducta de aventura*, (7º bloque).

Quedan fuera de la ecuación: *Impulsividad-Hiperactividad* y *Inatención* (3^{er} bloque); *Trastorno predisocial* (4º bloque); *Sanciones leves* (5º bloque); búsqueda de sensaciones: *Conducta de aventura*, (7º bloque).

Tabla 1: Resumen del modelo *Violencia*

Modelo	R ²	R ² corregida	Cambio en R ²
1	0,012	0,010	8,397
2	0,558	0,557	445,171
3	0,606	0,603	28,848
4	0,626	0,622	19,586
5	0,641	0,636	14,413
6	0,654	0,648	26,296
7	0,664	0,658	11,042

Las variables que entran en la ecuación de regresión se relacionan en la tabla 2.

Tabla 2: Resumen de los resultados de la regresión por el método jerárquico: *Violencia*

Violencia	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados		
	B	Error típico	Beta	t	P
Constante	0,215	1,294	-	0,086	0,828
Violencia Farrell	0,172	0,016	0,336	10,509	0,000
Creencias sobre la violencia	0,305	0,040	0,205	7,650	0,000
Oposicionismo desafiante	0,382	0,060	0,199	6,410	0,000
Discusiones familiares	0,373	0,075	0,113	4,971	0,000
B.S. Conducta ilegal	0,143	0,045	0,102	3,196	0,001
Sanciones graves	0,495	0,180	0,087	2,742	0,006
Trastorno disocial	0,050	0,021	0,086	2,389	0,017

R = 0,815; R² = 0,664; R² corregida= 0,658; Error típico de la estimación = 3,995; F(11,711) = 122,081; P < 0,001.

El modelo de regresión explica el 66,4% de la variación del criterio. La variable con mayor peso o importancia relativa en la ecuación de regresión es *Violencia Farrell* que se refiere a los actos violentos, que se producen, por regla general, en el entorno escolar e indican un nivel de gravedad menor que el de *Violencia* (un nivel de violencia menor predice un nivel de violencia mayor), seguido de *Creencias sobre la violencia* y *Oposicionismo desafiante*; seguidas de *Discusiones familiares*, indica que el aprendizaje de la conducta violenta, como otras conductas, tiene lugar en la familia. El resto de las variables tienen un coeficiente Beta de similar valor.

Consumo de drogas

Consumo de drogas hace referencia al consumo de sustancias excluyendo las drogas legales y el cánnabis. Se consideran predictores de la variable *Consumo de drogas*, la edad en la que se realiza el primer consumo: *Edad de primer consumo* y el consumo de drogas legales y el cannabís como antecedente del consumo de drogas más: *Drogas Farrell* (2º bloque); las actividades de ocio compatibles con el consumo: *Ocio de fin de semana*; *Ocio con amigos* y *Ocio tecnológico social* (3º bloque); La búsqueda de sensaciones : *Conducta ilegal* y *Conducta de aventura* (4º bloque); Trastornos de conducta: *Impulsividad-Hiperactividad*, *Oposicionismo desafiante* y *Inatención*, y *Trastornos predisocial y disocial* (5º bloque); aquellas creencias y gustos respecto a la pauta de consumo: *Copas*, *Beber en la calle botellón* y *Discursos sobre la fiesta* (6º bloque); situaciones y elementos que favorecen el consumo *Número de días que sales a la semana* y *Dinero disponible* (7º bloque); las sanciones escolares: *Sanciones graves* y *Sanciones leves* (8º bloque).

No entran en la ecuación de regresión: *Edad de primer consumo* (2º bloque); *Ocio de fin de semana*; *Ocio con amigos* y *Ocio tecnológico social* (3º bloque); La búsqueda de sensaciones : *Conducta de aventura* (4º bloque); *Impulsividad-Hiperactividad*, *Oposicionismo desafiante* y *Inatención*, y *Trastornos predisocial* (5º bloque); *Copas*, *Beber en la calle botellón* y *Discursos sobre la fiesta* (6º bloque); *Número de días que sales a la semana* y *Dinero disponible* (7º bloque); y *Sanciones leves* (8º bloque).

Tabla 3: Resumen del modelo *Consumo de drogas*

Modelo	R ²	R ² corregida	Cambio en R ²
1	0,108	0,105	0,108
2	0,236	0,231	0,128
3	0,265	0,257	0,029
4	0,301	0,291	0,036
5	0,378	0,363	0,077
6	0,384	0,366	0,006
7	0,389	0,368	0,005
8	0,411	0,389	0,022

Tabla 4: Resumen de los resultados de la regresión por el método pasos sucesivos: *Consumo de drogas*

Consumo de drogas	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados		
	B	Error típico	Beta	t	P
Constante	-1,237	0,578		-2,140	0,033
Trastorno disocial	0,039	0,006	0,352	6,333	0,000
Sanciones graves	0,198	0,053	0,182	3,721	0,000
B. S. Conducta ilegal	0,050	0,015	0,175	3,297	0,001
Drogas Farrell	0,019	0,007	0,120	2,732	0,007
Riesgo-Control	-0,450	0,123	-0,156	-3,661	0,000

R = 0,641; R² = 0,411; R² corregida= 0,398; Error típico de la estimación = 1,092. F(20,527) = 21,975; P < 0,001. El modelo de regresión explica el 41% de la variación del criterio.

La variable con mayor peso o importancia relativa en la ecuación de regresión es *Trastorno disocial* seguido de *Sanciones escolares graves*. Pertenecer al grupo Control es un factor de protección y tener una edad avanzada en el primer consumo de estas sustancias. La búsqueda de sensaciones como parte de la búsqueda del bienestar y deseo de consumir; *Drogas Farrell* hace referencia al consumo de drogas legales y al cannabis, sustancias de inicio en el consumo de drogas y las más consumidas por los adolescentes, comprobando la existencia de una relación significativa entre el consumo de drogas legales (tabaco y alcohol) y el posterior consumo de cannabis, y entre el consumo de cannabis y el consumo posterior de cocaína.

Consumo de drogas legales y cannabis (Farrell)

La variable *Drogas Farrell* hace referencia al consumo de drogas legales y al cannabis, que son las sustancias de inicio en el consumo de drogas y las más consumidas por los adolescentes. Se consideran predictores de la variable la *Edad* y la pertenencia al grupo de Riesgo o al grupo de Control *Riesgo-Control* (1^{er} bloque); *Consumo de drogas*, la edad en la que se realiza el primer consumo: *Edad de primer consumo* (2^o bloque); Trastornos de conducta: *Impulsividad-Hiperactividad*, *Oposicionismo desafiante y Inatención* y *Trastornos predisocial y disocial* (3^{er} bloque); la búsqueda de sensaciones: *Conducta ilegal* y *Conducta de aventura* (4^o bloque); las actividades de ocio: *Ocio de fin de semana*; *Ocio con amigos*, *Ocio de fin de semana*; *Ocio tecnológico social*, *Ocio tecnológico en solitario*, y *Ocio deporte*(5^o bloque); elementos que favorecen el consumo *Número de días que sales a la semana* y *Dinero disponible* (6^o bloque); aquellas creencias y gustos respecto a la pauta de consumo: *Discursos sobre la fiesta* (7^o bloque) y las sanciones escolares: *Sanciones graves* y *Sanciones leves* (8^o bloque); y *Presión de grupo* (9^o bloque).

Quedan fuera de la ecuación: *Riesgo-Control* (1^{er} bloque); *Impulsividad-Hiperactividad*, *Oposicionismo desafiante y Inatención* (3^{er} bloque); *Ocio tecnológico social*, *Ocio tecnológico en solitario*, y (5^o bloque); *Número de días que sales a la semana* y *Dinero disponible* (6^o bloque); *Sanciones leves* (8^o bloque); y *Presión de grupo* (9^o bloque).

Tabla 5: Resumen del modelo *Consumo de drogas Farrell*

Modelo	R ²	R ² corregida	Cambio en R ²
1	0,092	0,089	0,092
2	0,153	0,149	0,061
3	0,377	0,370	0,224
4	0,472	0,465	0,096
5	0,505	0,494	0,033
6	0,506	0,493	0,000
7	0,523	0,510	0,017
8	0,531	0,518	0,008
9	0,532	0,517	0,000

Tabla 6 : Resumen de los resultados de la regresión por el método pasos sucesivos: *Consumo de drogas (Farrell)*

Consumo de drogas (Farrell)	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados		
	B	Error típico	Beta	t	P
Constante	-12,155	2,840		-4,279	0,000
Búsqueda de sensaciones: conducta ilegal	0,614	0,077	0,323	7,959	0,000
Discursos sobre la fiesta	0,259	0,053	0,234	4,871	0,000
Ocio con amigos	0,423	0,076	0,188	5,581	0,000
Trastorno predisocial	0,310	0,085	0,154	3,660	0,000
Edad	0,472	0,114	0,145	4,135	0,000
Edad de comienzo a consumir	0,220	0,054	0,128	4,044	0,000
Sanciones leves	0,310	0,109	0,113	2,850	0,005
Trastorno disocial	0,069	0,035	0,087	1,984	0,048
Ocio en el deporte	-0,317	0,108	-0,081	-2,951	0,003
Ocio de fin de semana	-0,420	0,112	-0,177	-3,741	0,000
Búsqueda de sensaciones: conducta de ventura	-0,383	0,096	-0,129	-3,976	0,000

R = 0,729; R² = 0,532; R² corregida= 0,517; Error típico de la estimación = 6,469.
F(21,685) = 37,008, P < 0,001.

El modelo de regresión explica el 53% de la variación del criterio. Las variables predictoras del modelo sugieren algunos los factores de riesgos para el inicio del consumo de sustancias conocidos por los investigadores de este campo y existentes en la literatura científica. No podemos asociar el consumo de drogas al ocio relacionado con el deporte ni situarlo en el fin de semana, ya que esta variable describe un tipo de consumo inicial y los debutantes son aún muy pequeños y la organización del ocio de fin de semana está estructurada y no depende de ellos que, por lo general, necesitan más supervisión. La búsqueda de sensaciones *Conducta de aventura* tampoco se asocia al consumo de estas sustancias, puede considerarse un factor de protección que orienta la conducta a búsquedas más saludables.

Conducta problema (Farrell)

Conducta problema (Farrell) es una variable latente de segundo orden que hace referencia al consumo de drogas legales y al cánnabis (*Drogas Farrell*); a la violencia (*Violencia Farrell*) que se refiere a los actos violentos que se producen, por regla general, en el entorno escolar e indican un nivel de gravedad “menor” y *Delincuencia Farrell* que refiere conductas escolares que puede tener como resultado la falta de integración escolar y puede ser el antecedente de una conducta de riesgo mayor. Se consideran predictores de la variable *Conducta problema*: Los *Trastornos disocial y predisocial* y los trastornos *Oposicionismo desafiante, Inatención e Impulsividad-Hiperactividad* (2º bloque); la búsqueda de sensaciones: *Conducta ilegal y Conducta*

de aventura (3^{er} bloque); las sanciones escolares: *Sanciones graves* y *Sanciones leves* (4^o bloque); la *Presión de grupo* (5^o bloque); las actividades de ocio compatibles con el consumo: *Ocio de fin de semana*; *Ocio con amigos* y *Ocio tecnológico social* (6^o bloque); aquellas creencias y gustos respecto a la pauta de consumo: *Discursos sobre la fiesta* (7^o bloque).

No entran a formar parte de la ecuación de regresión: La *Inatención e Impulsividad-Hiperactividad* (2^o bloque); *Sanciones graves* y *Sanciones leves* (4^o bloque); la *Presión de grupo* (5^o bloque); la *Presión de grupo* (5^o bloque); *Ocio de fin de semana* y *Ocio tecnológico social* (6^o bloque).

Tabla 7: Resumen del modelo *Conducta problema (Farrell)*

Modelo	R ²	R ² corregida	Cambio en R ²
1	0,000	-0,001	0,000
2	0,584	0,581	0,584
3	0,630	0,626	0,046
4	0,634	0,628	0,004
5	0,636	0,631	0,003
6	0,655	0,648	0,018
7	0,657	0,649	0,002

Tabla 8 : Resumen de los resultados de la regresión por el método pasos sucesivos: *Conducta problema (Farrell)*

Conducta Problema (Farrell)	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	P
	B	Error típico	Beta		
Constante	-11,258	4,798		-2,346	0,019
Trastorno disocial	0,591	0,070	0,304	8,496	0,000
Búsqueda de sensaciones: Conducta ilegal	1,033	0,158	0,222	6,559	0,000
Trastorno predisocial	1,074	0,173	0,218	6,190	0,000
Ocio con amigos	0,832	0,148	0,151	5,643	0,000
Discursos sobre la fiesta	0,231	0,109	0,086	2,128	0,034
Búsqueda de sensaciones: Conducta de aventura	-0,524	0,196	-0,072	-2,669	0,008
Oposicionismo desafiante	0,430	0,198	0,067	2,166	0,031

R = 0,810; R² = 0,657; R² corregida= 0,649; Error típico de la estimación = 13,446.
F(15,707) = 90,164, P < 0,001. El modelo de regresión explica el 66% de la variación del criterio.

Tabla 9 : Resumen de los resultados de la regresión por el método pasos sucesivos: Factores de protección de la conducta problema (Farrell)

Conducta problema (Farrell)	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	P
	B	Error típico	Beta		
Constante	86,804	5,726		15,159	0,000
Riesgo Control	-9,181	1,792	-0,198	-5,125	0,000
Valoración del resultado de los estudios	-2,218	0,737	-0,112	-3,009	0,003
Estudios que esperas terminar	-3,206	0,964	-0,133	-3,325	0,001
Bienestar subjetivo	-0,366	0,121	-0,108	-3,031	0,003

R = 0,360; R² = 0,130; R² corregida= 0,125; Error típico de la estimación = 21,193; F (4,714) = 26,561; P < 0,000.

El modelo de regresión explica el 13% de la variación del criterio. La variable con mayor peso o importancia relativa en la ecuación de regresión es pertenecer al grupo *Control* seguida de *Estudios que esperas terminar* y *Valoración del resultado de los estudios*; en último lugar el *Bienestar*.

La perspectiva o las expectativas de futuro de un adolescente, influyen en su comportamiento y vincula sus decisiones. Aunque existe un importante impacto de las variables sociodemográficas sobre el futuro de los adolescentes, las expectativas académicas forman una parte importante del desarrollo de su proyecto de vida. Los conocimientos y experiencia adquiridos en nuestra labor profesional, que han moldeado nuestra mirada, hacen que reconozcamos en estas variables, la falta de expectativas académicas y la baja valoración de los resultados académicos, un factor determinante en la conducta ya que, perdido el interés por las actividades diarias, se presta toda la atención en aquellas actividades que sí se valoran, por regla general estar con los amigos.

Trastorno disocial

Se consideran predictores de la variable *Trastorno disocial*: la *Edad* y la pertenencia al grupo de riesgo o al grupo Control, *Riesgo-Control* (1^{er} bloque); el *Trastorno pre-disocial* como antecedente de menor gravedad (2^o bloque); la *Comisión de delitos* (3^{er} bloque); Los *Trastornos* los trastornos *Oposicionismo desafiante*, *Inatención e Impulsividad Hiperactividad* (4^o bloque); la búsqueda de sensaciones: *Conducta ilegal* y *Conducta de aventura* (5^o bloque); el *Consumo de drogas*, excluyendo el tabaco, el alcohol y el cannabis (6^o bloque); la *Conducta problema (Farrell)* (7^o bloque); la *Autoeficacia generalizada* y la *Resiliencia* (8^o bloque); y las *Sanciones graves* y *Sanciones leves* (9^o bloque);

Tabla 10: Resumen del modelo *Trastorno disocial*

Modelo	R ²	R ² corregida	Cambio en R ²
1	0,129	0,126	0,129
2	0,522	0,520	0,393
3	0,571	0,569	0,049
4	0,575	0,571	0,004
5	0,601	0,596	0,026
6	0,626	0,621	0,025
7	0,673	0,668	0,047
8	0,678	0,672	0,005
9	0,693	0,686	0,015

R = 0,833; R² = 0,693; R² corregida= 0,686; Error típico de la estimación = 6,535; F (16,706) = 99,771; P < 0,001. El modelo de regresión explica el 69% de la variación del criterio

Tabla 11: Resumen de los resultados de la regresión por el método pasos sucesivos: *Trastorno disocial*.

Conducta disocial	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	P
	B	Error típico	Beta		
Constante	0,936	2,489		0,376	0,707
Trastorno predisocial	0,880	0,080	0,348	11,030	0,000
Conducta problema (Farrell)	0,118	0,018	0,229	6,519	0,000
Comisión de delitos	5,854	0,739	0,224	7,920	0,000
Sanciones graves	1,469	0,291	0,150	5,049	0,000
Consumo de drogas	3,992	0,726	0,145	5,498	0,000
Violencia	0,203	0,057	0,119	3,539	0,000
Resiliencia	0,069	0,022	0,075	3,163	0,002
Edad	-0,242	0,103	-0,059	-2,339	0,020

11.26. MODELO DE LA CONDUCTA DE RIESGO

El sistema de conducta de riesgo viene definidos por numerosas variables que interaccionan entre sí de forma no aleatoria respondiendo a un esquema de “estructura de relaciones”. A través del Path Analysis examinamos un modelo de relaciones entre estas variables.

Figura 1: Modelo estructural de la conducta de riesgo

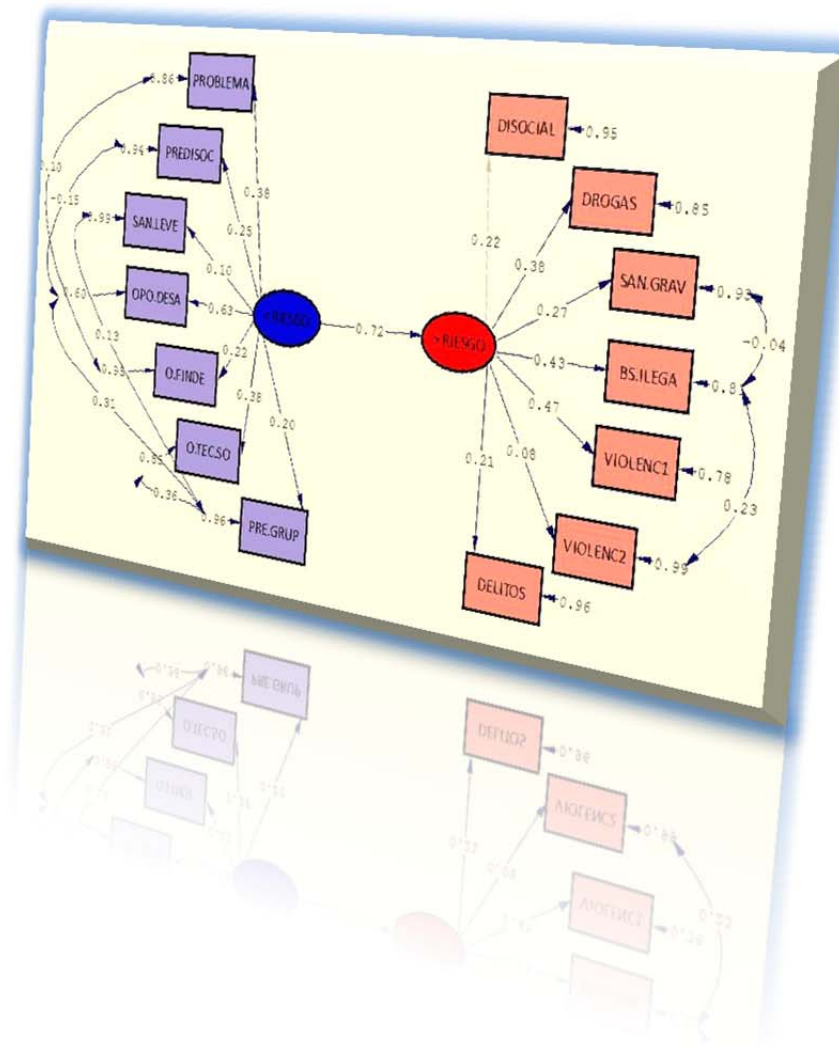


Tabla 1: Indicadores de ajuste del modelo

$\chi^2(65)$	225,199 (P< 0,000)	IFI	0,952	CFI	0,951	RMSEA	0,0349	RMR	0,034	GFI	0,976
--------------	--------------------	-----	-------	-----	-------	-------	--------	-----	-------	-----	-------

Figura 2: Representación de los errores correlacionados para el modelo de conducta de riesgos

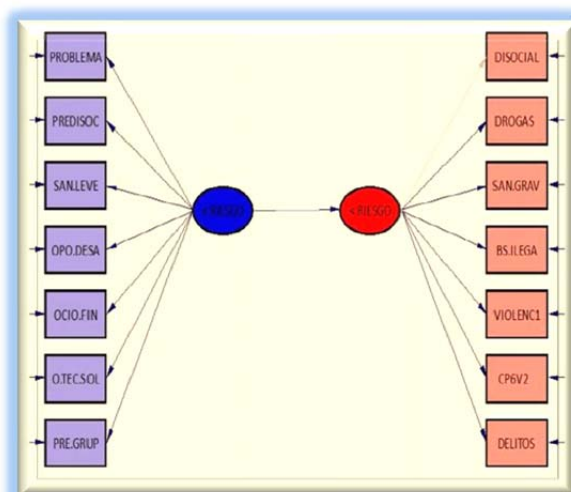
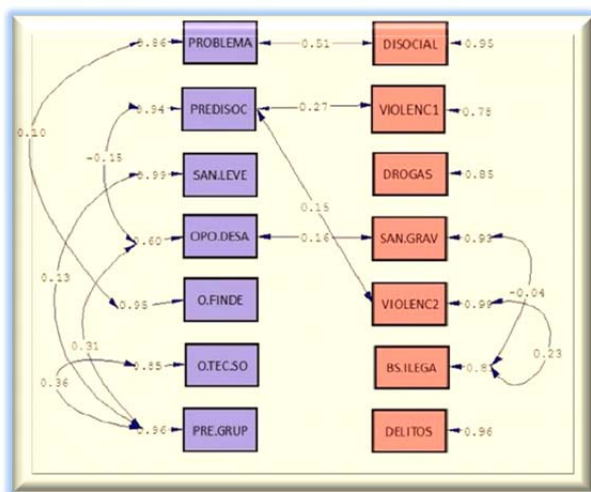


Tabla 2: Saturaciones factoriales y fiabilidad de los indicadores del modelo CONDUCTAS DE RIESGO

	Saturación (t)	R ²
CONDUCTAS DE MAYOR RIESGO		
TRASTORNO DISOCIAL	3,161	0,050
CONSUMO DE DROGAS ILEGALES	3,338 (4,015)	0,145
SANCIONES GRAVES	5,877 (3,443)	0,075
BÚSQUEDA DE SENSACIONES. CONDUCTA ILEGAL	4,297 (4,040)	0,186
VIOLENCIA FÍSICA IDENTIFICANDO A LA VÍCTIMA. VIOLENCIA EN GRUPO	6,405 (4,131)	0,219
VIOLENCIA FÍSICA SIN IDENTIFICAR A LA VÍCTIMA. ACTITUDES VIOLENTAS	1,999 (1,401)	0,006
DELITOS	3,049 (3,129)	0,044
CONDUCTAS DE MENOR RIESGO		
CONDUCTA PROBLEMA (FARRELL)	3,759 (8,054)	0,142
TRASTORNO PREDISOCIAL	7,598 (4,305)	0,064
SANCIONES LEVES	2,477 (2,067)	0,010
OPOSICIONISMO DESAFIANTE	6,640 (11,045)	0,399
OCIO DE FIN DE SEMANA	3,603 (7,945)	0,047
OCIO RELACIONADO CON LAS ÚLTIMAS TECNOLOGÍAS DE CARÁCTER SOCIAL	2,547 (7,945)	0,148
PRESIÓN DE GRUPO	2,878 (3,553)	0,041

Los valores de R^2 oscilan en un rango que va de 0,006 para "Violencia física sin identificar a la víctima (actitudes violentas)" en la variable *Conductas de mayor riesgo* a 0,399 para "Oposicionismo desafiante", que es el mejor indicador de *Conductas de menor riesgo*, y es el mejor indicador del modelo, seguido de "Violencia física identificando a la víctima (violencia en grupo)" $R^2 = 0,219$; "Búsqueda de sensaciones (conducta ilegal)" $R^2 = 0,186$. Todos los ítems tienen un elevado nivel de significación $p < 0,001$ excepto "Violencia física sin identificar a la víctima (actitudes violentas)" con el valor mínimo $t = 1,401$.

El modelo aporta la comprensión de los niveles de riesgo y la relación entre ambos, siendo la variable *Menor riesgo* antecedente de la variable *Mayor riesgo*.

Menor riesgo se compone de las variables: Conducta problema (Farrell), Trastorno predisocial, Sanciones leves, Oposicionismo desafiante, Ocio de fin de semana, Ocio relacionado con las últimas tecnologías de carácter social y Presión de grupo.

Mayor riesgo se compone de las variables: Trastorno disocial, Consumo de drogas ilegales, Sanciones graves, Búsqueda de sensaciones (conducta ilegal), Violencia física identificando a la Víctima (violencia en Grupo), Violencia Física sin identificar a la Víctima (actitudes violentas) y Comisión de delito.

DISCUSIÓN

A continuación se abordará el análisis de los constructos estudiados aportando las posibles explicaciones que soportan su validez en el marco teórico de referencia y que permitirán formular y legitimar las conclusiones de esta investigación.

I. Vida académica y riesgo

Los resultados obtenidos en esta investigación han permitido confirmar las dos hipótesis sobre la relación entre la vida académica y el riesgo; encontrando que el éxito escolar es un indicador de ajuste que revela conductas adaptativas, intereses y motivaciones del adolescente; y que la frecuencia y la gravedad de las sanciones escolares es un indicador potente que predice la conducta de riesgo (Farrington y Loeber, 1999)

Los adolescentes que han vivido distintas situaciones de riesgo presentan una posición menos positiva respecto a su vida académica: los adolescentes de los grupos de Riesgo no tienen buen rendimiento académico y sus aspiraciones académicas son modestas. Esto nos acerca a la imagen de la conducta que de dichos grupos pudieron tener en la escuela, pero debemos incidir en la posición del IMMF como grupo, que en edad escolar muestran conductas típicas del factor *menor riesgo*. Para garantizar el derecho a la prevención, es necesario identificar lo antes posible dichas conductas disminuyendo el coste personal, familiar y social, que de lo contrario se produciría (Díaz-Aguado, 2008).

El grupo de infractores (ARRMI y CP) se diferencia por las conductas objeto de sanciones graves y leves muy visibles y distintivas, antecedentes de las medidas y penas que han recibido después. El hecho de haber sido objeto de *Sanciones graves* permite predecir posteriores problemas de conducta, como la conducta violenta, el trastorno disocial y la conducta problema. Esta predicción pone de manifiesto la gravedad y naturaleza antisocial de la situación de riesgo en que se encuentran los adolescentes que empiezan a tener estas conductas, que deben ser interpretadas como señal de alarma para la prevención.

Los resultados que se acaban de exponer recuerdan el decisivo papel que Bandura (1986) atribuye a la valoración positiva de los resultados que se obtienen y expectativas de autoeficacia para un adecuado desarrollo, puesto que dichas variables influyen en las decisiones que se adoptan y en los procesos cognitivo-emocionales que se producen al afrontar dificultades.

Los indicadores de buena adaptación escolar como factor de protección de la conducta de riesgo van en la dirección de lo previsto por la teoría del desarrollo social (Catalano y Hawkins, 1996; Catalano, Kosterman, Hawkins, Newcomb, y Abbott, 1996; Catalano, Haggerty, Oesterle, Fleming y Hawkins, 2004), según la cual cuando se han establecido fuertes vínculos, éstos inhiben las conductas incompatibles con las normas y los valores. Si las normas son positivas, el comportamiento positivo se convierte en el resultado más probable (Catalano, et al., 2004).

Aunque existe un gran impacto de las variables sociodemográficas sobre el futuro de los adolescentes, la falta de expectativas académicas y la baja valoración de los resultados, indican una escasa orientación hacia el futuro y son un factor determinante en la conducta ya que, perdido el interés por las actividades diarias, se presta toda la atención en aquellas que sí se valoran, y por regla general son las que se realizan con los iguales. La escasa orientación hacia el futuro de estos jóvenes es un fenómeno denominado *presentismo* (Martín y Velarde, 2001) que junto a la dificultad para apropiarse de las competencias necesarias para construir un proyecto propio incrementa la orientación a las conductas de riesgo.

La *vinculación con la escuela* es un elemento crítico en la experiencia y desarrollo de los niños y los adolescentes (Díaz-Aguado, 2004) y un concepto central de la teoría del apego (Bowlby, 1982), la del control (Hirschi, 1969), y la del desarrollo social (Catalano, et al., 1996; Catalano y Hawkins, 1996). El modelo del desarrollo social sugiere que cuando se han establecido fuertes vínculos, éstos inhiben las conductas incompatibles con las normas y los valores. Si las normas son positivas, el comportamiento positivo se convierte en el resultado más probable.

II. Bienestar subjetivo

Los resultados nos muestran que, en general, las puntuaciones son muy altas en todos los elementos referidos al bienestar, aunque, como cabría esperar, son los adolescentes del grupo de Control los que mejor se sienten. Entre los diferentes grupos de riesgo, el CAD obtiene una puntuación significativamente peor en Bienestar Subjetivo que los otros grupos, permitiendo confirmar, aunque parcialmente, la hipótesis sobre la relación entre las conductas de riesgo y la percepción del bienestar personal, ya que dicha relación solo la encontramos en este grupo. En el resto de los grupos las puntuaciones son similares al grupo de Control.

Para el conjunto de la muestra, lo más valorado es la relación con los amigos y el ocio, realidad habitual esta etapa de desarrollo; a continuación se valora a la madre y a los hermanos. El grupo de riesgo valora significativamente peor el centro escolar que el grupo de control, lo que vuelve a poner de manifiesto la importancia que la desvinculación con la escuela puede tener en el desarrollo de las conductas de riesgo, como plantea Catalano et al. (2004).

III. Percepción de resiliencia

Los resultados indican que los grupos de Riesgo puntúan en Resiliencia en los mismos niveles que el grupo Control, excepto el grupo CAD que muestra diferencias significativas más bajas que el resto de los grupos y es el que obtiene una puntuación más baja. Estos resultados confirman parcialmente la hipótesis sobre la menor presencia de recursos psicológicos (activos (*assets*)) en los grupos de riesgo, que solo se cumple para el grupo CAD. Así, se avala la afirmación Fergus y Zimmerman (2005), sobre la presencia de factores de riesgo y de protección como condición para la resiliencia ya que los adolescentes que puntúan alto en resiliencia también lo hacen en conductas de riesgo. Una explicación posible de estos resultados es que los jóvenes de los grupos de Riesgo tienen acceso a los recursos necesarios para el desarrollo de la resiliencia cuando entran en contacto con las instituciones, ya que activos (*assets*) y oportunidades son el foco del cambio (Yates, Egeland y Sroufe, 2003; Luthar y Cicchetti, 2000), pero no participaron en actividades preventivas eficaces o no han sido objeto de intervención psicosocial adecuada durante su infancia. La resiliencia, como proceso de superación de los efectos negativos de la exposición al riesgo (Garmezy, 1994; Luthar, Cicchetti y Becker, 2000; Masten y Powell, 2003; Rutter, 1985; Fergus y Zimmerman, 2005), supone evitar lo negativo de las trayectorias y experiencias traumáticas, los grupos de Riesgo que no han conseguido mantener un desarrollo saludable en presencia de factores de riesgo, se están preparando para manejar y afrontar riesgos y desafíos futuros y están pendientes de mostrar el resultado adaptativo deseado que, en el caso de los jóvenes infractores, puede evaluarse a través del fenómeno de la reincidencia.

Así, una implicación importante de nuestros resultados es que proporcionan apoyo a la proposición de que los procesos resilientes son maleables, al menos a corto plazo. Como ya hemos apuntado, la resiliencia no es simplemente una característica fija de los individuos (Luthar et al, 2000.), es un proceso que puede ser modificado a través de ciertas estrategias que se han aprendido por la experiencia o por proceso de enseñanza-aprendizaje, sin embargo, la prueba crítica la obtendremos en la

medida que sigamos investigando través de estudios longitudinales que permitan comprobar la utilización de estos esquemas de resiliencia cuando los jóvenes se enfrenten de nuevo a la realidad de sus vidas. Se puede mejorar su capacidad y, al hacerlo, proporcionales los elementos necesarios para un desarrollo y adaptación adecuada y que aprendan a cuidar de su salud, incluso en situaciones de adversidad (Cyrulnik, 2009; King, Smith y Gracey, 2009; Quintero, 2005; Luthar y Zelazo, 2003) El reto consiste en la identificación de los procesos que conducen desde los factores de riesgo y protección, a los buenos resultados. Creemos que el camino se inicia en la investigación de cómo los activos (cualidades del individuo como la competencia, las habilidades de afrontamiento o la autoeficacia) y/o las oportunidades disponibles (factores positivos externos al individuo como el apoyo de los padres/madres, la tutoría de los adultos o el apoyo social) interactúan con el riesgo para producir determinados resultados (Fergus y Zimmerman, 2005, Rutter 2006).

Según la distribución en las cuatro áreas resultantes de las combinaciones entre distintos niveles de riesgo y los resultados obtenidos en la conducta (Fergus y Zimmerman, 2005), los adolescentes del grupo CAD, pertenecen a la categoría **D** (pág. 22) que representa a aquellos que han sido expuestos a altos niveles de riesgo y su resultados esperados son negativos. Un requisito imprescindible para el tratamiento y la prevención de dichos jóvenes es detectar y tratar el malestar que les ha llevado a la adicción. Conviene no olvidar que en su proceso de resiliencia deben implicarse los propios jóvenes, sus familias, grupos e instituciones (king, Smith y Gracey, 2009) así como el resto de recursos que pueden ayudarles a enfrentarse a situaciones críticas (Quintero, 2005).

IV. Percepción de Autoeficacia

Los resultados obtenidos confirman parcialmente la hipótesis sobre las dificultades de autoeficacia de los grupos de riesgo, ya que solo se cumple para los grupos CAD e IMMF, que obtienen diferencias significativamente más bajas con el grupo ARMMI.

El grupo ARMMI obtiene puntuaciones significativamente superiores en percepción de autoeficacia que el resto de los grupos, incluido el de control. Estos resultados concuerdan con lo planteado por Bandura (1994) sobre la conducta delictiva, que está determinada por la autoeficacia, y esta conducta está regida por los mismos mecanismos psicológicos básicos que cualquier otra (Bandura, 1994). En las entrevistas en profundidad realizadas para esta investigación, incluidas en el anexo digital, como las de Miguel y Almu se refleja con claridad este proceso.

La autoeficacia generalizada (Bäßler, Schwarzer y Jerusalem, 1993) es un constructo referido a la creencia estable del individuo sobre su capacidad para manejar adecuadamente una amplia gama de estresores de la vida cotidiana a los que debe enfrentarse y superar con éxito (Sanjuán, Pérez y Bermúdez, 2000) e influye en sentimientos, pensamientos y acciones. Los adolescentes del ARMI son quienes obtienen una puntuación más alta en esta variable, aunque las elevadas puntuaciones en autoeficacia no deben interpretarse siempre como indicadores de dicha capacidad (Díaz-Aguado, Martínez Arias y Martín, 2003). Al igual que en el constructo Resiliencia, estos menores se perciben como personas hábiles para manejar situaciones de riesgo y estrés, y se creen capaces de ejercer el control en situaciones importantes de su vida, aunque su realidad sea otra, por ejemplo, en el consumo de drogas o la conducta sexual de riesgo, (Forsyth y Carey, 1998).

V. Relaciones familiares

Los resultados obtenidos han permitido confirmar parcialmente la hipótesis sobre la menor calidad de la vida familiar de los grupos de riesgo, tal y como se manifiesta en la *comunicación*, las *normas*, los *conflictos*.

El grupo ARMI expresa las mejores **relaciones familiares**, superando la puntuación del grupo control, aunque lo esperable es que las familias con adolescentes con conductas de *mayor riesgo* no fueran capaces de mantener una vida familiar de calidad, el grupo ARMI sorprende por el nivel de estrés que supone para un menor y su familia el reconocimiento de la comisión de uno o varios delitos (*graves*) y el proceso que soportan hasta el cumplimiento de la/s medida/s. Estos adolescentes demandan y obtienen el respaldo de sus padres y hermanos y valoran mucho la posición y el apoyo de su familia, que responde asumiendo el problema de uno de sus miembros como un problema de la unidad familiar y que afecta a todos.

Los grupos ARMI y CP, que son los que cumplen medidas y penas privativas de libertad, reciben visitas de su familia en el 100% de los casos para ARMI y el 78% para CP (donde hay más población extranjera con la familia en el país de origen). Como muestran los datos, ambos grupos tienen fuerte apoyo familiar y sus relaciones, aunque puedan estar afectadas por la conducta del trasgresor, lejos de alejar a la familia la acerca, proporcionando recursos que el individuo necesita y solicita dadas las carencias que tiene que afrontar en una situación de privación de libertad.

La hipótesis se confirma para los grupos CAD y para IMMF:

-
- CAD es el que mayor puntuación obtiene en conflictos y en normas, y menor en comunicación y relación con los hermanos. Los padres de estos adolescentes intensifican y aumentan las normas de convivencia familiar para intentar conseguir el control y mejorar la conducta del adolescente, pero no consiguen mejorar la comunicación, produciéndose un clima familiar inadecuado para conseguir sus objetivos, relacionados con el abandono de la conducta de consumo de los adolescentes. Estas medidas suelen estar asesoradas por los equipos terapéuticos de tratamiento a los que acuden las familias preocupadas por el consumo de drogas de sus hijos. Sin duda, la conducta de consumo del hijo es un elemento estresante para la familia que influye negativamente en las relaciones familiares, pero desconocemos la influencia de la calidad de las relaciones familiares en la conducta de estos jóvenes ya que, la mayoría de las familias que manifiestan graves problemas durante la adolescencia de sus hijos, ya los tenían durante la infancia (Collins, 1997) y bajos niveles de armonía familiar o relaciones conflictivas, predicen el uso de sustancias (Zhou, King y Chassin, 2006).
 - El grupo IMMF expresa unas relaciones familiares problemáticas: alta conflictividad, laxa en normas y con mala comunicación.

La diferencia entre los ambos grupos está en que, en el grupo CAD la conducta del adolescente es la fuente del conflicto, pero no en el IMMF.

Los grupos Control y CP obtienen puntuaciones similares que expresan unas relaciones familiares adecuadas, aunque la conducta de ambos grupos sea muy diferente en relación al riesgo.

Los grupos Control y ARRM son los que mejor **comunicación familiar** describen, y CAD el peor, con una diferencia superior a 8 puntos y significativa con el resto de los grupos, excepto con IMMF que se diferencia significativamente del Control y expresa unas relaciones de comunicación poco adecuadas.

En la variable **Normas** las diferencias significativas las encontramos entre el grupo IMMF y el Control. Las familias del IMMF son las que menos normas aplican en sus relaciones y en el proceso de educación de sus hijos.

En la variable **Conflictos familiares** vuelve a ser CAD el que alcanza la mayor puntuación, mostrando un clima familiar con mala comunicación, normas impuestas,

sin consenso y en conflicto (En el anexo Relaciones familiares pueden encontrarse los gráficos con las puntuaciones medias de los ítems que ilustran, junto con los resultados, estas conclusiones). La alta conflictividad familiar predice la conducta violenta del adolescente, que como veremos es un importante indicador de la conducta de riesgo. El CAD es el grupo donde se produce, en mayor medida, el fenómeno de la violencia ascendente o maltrato hacia los padres (Cottrell y Monk, 2004). Diversos autores señalan que las explicaciones para este fenómeno incluyen la exposición a la violencia de género, conflictos y alteraciones familiares, estilos educativos inefectivos y poco afectivos, ser testigos de conductas violentas, traumas por abuso y/o abandono, patrones intergeneracionales (Paterson, Luntz, Perlesz y Cotton, 2002) y estilos educativos basados en la sobreprotección y en la excesiva permisividad (Howard y Rottem, 2008).

Disponemos de distintas variables para valorar las relaciones con los hermanos: La variable latente de primer orden que forma parte de *Relaciones familiares* y se denomina **Relación con los hermanos**; y aquellas que informan de **hermano con problemas** y **hermano como modelo**.

El 11,9% del total de la muestra tiene hermanos con problemas relacionados con la conducta, las drogas, y donde suele intervenir la justicia etc. (10,4% para los grupos de Riesgo y 1,9% para el grupo de Control) y el 65% de ellos son los hermanos mayores. Si los hermanos tienen problemas de comportamiento similares (K. Conger, Conger R., y Elder, 1997; Slomkowski et al., 2001) se plantea la cuestión de que estos hermanos mayores son un factor de riesgo para sus hermanos menores. En nuestra investigación los datos señalan que la probabilidad de pertenecer al grupo de riesgo es 4,33 veces más elevada si se tiene un hermano con problemas. Para interpretar este resultado conviene tener en cuenta, además de la influencia directa que los hermanos pueden ejercer, el hecho de que suelen compartir las mismas condiciones socio-familiares.

Los resultados de esta investigación han permitido confirmar parcialmente la hipótesis sobre el importante papel que adquieren las relaciones entre los hermanos en los grupos de Riesgo, exceptuando el CAD, que presenta valores similares al grupo de Control y diferencias significativas con el resto de los grupos. Los hermanos son una fuente de apoyo en relación a la situación crítica que tienen los jóvenes de estos grupos (falta de amigos, separación de los padres) (East y Rook, 1992) y pueden servir como fuente de asesoramiento y orientación (Tucker, McHale, y Crouter, 2001). El apoyo es demandado por el adolescente y obtiene una respuesta adecua-

da a sus necesidades independientemente de cómo sea la figura del hermano (hermano con problemas o hermano como modelo) o la calidad de la relación familiar.

Como hemos referido, los adolescentes del grupo CAD no solicitan el apoyo de sus hermanos como tampoco lo hacen de sus padres. El alivio a la tensión o el estrés que experimentan se canaliza a través del consumo de sustancias; aunque tanto esta afirmación como las características de relaciones familiares de este grupo deberían ser estudiadas con mayor detenimiento y profundidad. Los adolescentes del grupo Control, que no han vivido graves situaciones de riesgo, tampoco suelen demandar el apoyo de sus hermanos, porque no lo necesitan. Los recursos que aporta la familia son suficientes para que el adolescente encuentre la seguridad necesaria para su desarrollo (Del Barrio, 2002).

VI. Amigos y Presión de grupo

Los resultados obtenidos han permitido confirmar la hipótesis sobre el menor número de vínculos de amistades de calidad que poseen los adolescentes de los grupos de Riesgo y que son, por otra parte, más vulnerables a la presión del grupo de iguales.

Los adolescentes que transgreden las normas sociales tienen dificultades para comprender y respetar también las normas, generalmente implícitas, de los vínculos de amistad. Así, cabe explicar las diferencias significativas que se observan, en esta investigación, respecto al número de amigos. Los adolescentes pertenecientes al grupo de Control tienen más amigos que los de los grupos de Riesgo, doblando su puntuación media. Según la institución de referencia, los adolescentes que menos amigos tienen son el grupo CP, seguido del ARMMI, el CAD y por último el IMMF.

La falta de amigos priva al adolescente de un importante sentimiento de vinculación (Musitu, Buelga, Lila y Cava, 2001; Sacher-Queija y Oliva, 2003), que podría quedar mitigado a través del vínculo con los hermanos, que es la relación más valorada entre quienes tienen menos amigos: los jóvenes del CP. Cabe interpretar también que los adolescentes de los grupos de Riesgo sienten más la presión del grupo de iguales que los de Control, a la que serían más vulnerables por la inseguridad de los vínculos sociales que han establecido (Mussen 1979; Conger, 1971) como consecuencia de la falta de amigos de calidad.

El consumo juvenil de drogas responde a un patrón conductual multideterminado (Alfonso, Huedo-Medina y Espada, 2009) y una de las variables que lo integran es la presión de grupo. Los resultados de esta investigación identifican a los adolescentes del CAD como los que más sufren esta presión. La afiliación a un grupo de compañeros que consume drogas eleva el riesgo de los adolescentes al consumo y proporciona un modelo de conducta, oportunidades para el consumo y un espacio en el que se aprueba esta conducta. (Hawkins et al., 1992; Kandel, 1978), Las entrevistas individuales en profundidad realizadas para este trabajo reflejan que cuando dichos jóvenes incumplen su compromiso de abstinencia o de no abuso de drogas, al consumir o abusar cada fin de semana con su grupo de amigos, culpan a dicho grupo del fuerte malestar que esta situación les produce.

VII. Ocio y discursos sobre la fiesta

Los resultados obtenidos en la escala de bienestar subjetivo coinciden con los de Martínez, Fernández y Salgado, (2004) sobre el valor del ocio como uno de los elementos vitales más valorados por los adolescentes, en niveles similares a la valoración de los amigos.

En las puntuaciones medias de los factores para los grupos se observan las pautas de ocio de cada uno. *Ocio con amigos* es el favorito del grupo ARRMI; y es una variable predictora de las conductas de consumo de drogas legales e ilegales. *Ocio relacionado con actividades deportivas* es el utilizado por el CP; *Ocio individual o solitario* es elección para Control; *Ocio relacionado con las últimas tecnologías de carácter social* es de elección para los grupos ARRMI y CP, y *Ocio relacionado con las últimas tecnologías realizado en solitario* es de elección para todos los grupos excepto IMMF, que parece no tener acceso a ordenadores y/o máquinas electrónicas de juego.

Estos resultados permiten confirmar parcialmente la hipótesis sobre el tipo de ocio y su relación con los recursos y oportunidades disponibles en cada grupo. Sorprende de forma singular la influencia de la Institución de referencia de cada grupo en el modelo de ocio que presentan, ya que se puede considerar una actividad relacionada con la libertad de elección y los gustos personales.

El dinero disponible para el fin de semana no determina el tipo de ocio a realizar. Los menores del ARRMI, son los que disponen de más dinero para gastar en el fin de semana (aunque con una desviación típica muy alta) y su ocio (*Ocio con amigos* y

Ocio relacionado con las últimas tecnologías) no es más caro que el de los otros grupos.

El discurso sobre la fiesta expresa una forma de entender el ocio, no estructurado, elegido libremente, asociado al fin de semana y dueño de un espacio propio o *territorio joven* (Pallarés y Cembranos, 2001), ejercido en un tiempo que permiten adueñarse del espacio sin tener que compartirlo con adultos: la noche. Esta variable describe un fin de semana donde el tiempo se organiza de forma autónoma e independiente y sin actividades programadas en búsqueda de la diversión, aunque las actividades y los recorridos terminan siendo rutinarios (Rodríguez, Megías y Navarro, 2008) y son aceptados como espacios y tiempos de las expresiones de la voluntad personal.

La puntuación en la identificación con el *Discurso sobre la fiesta* del grupo ARMMI es similar a la del grupo de control, excepto que aquellos tienen significativamente más dinero que estos, variable predictora del consumo de drogas. Así, un ocio con más dinero puede ser de mayor intensidad de consumo o con una actividad que se alarga más en el tiempo, aunque no sea un ocio cualitativamente distinto. Este resultado revela la cualidad del ocio como conducta aprendida con una fuerte influencia grupal y social, que puede repercutir en el estilo que se desarrolle a lo largo de la vida.

El dinero *disponible para el fin de semana* es una variable predictora del consumo de drogas legales e ilegales, es decir el dinero es necesario para conseguirlas y si se dispone de más dinero se puede conseguir más cantidad o drogas más caras. Los adolescentes del ARMMI son los que tienen más dinero para gastar en el fin de semana y refieren haber consumido más variedad y cantidad de drogas. Por otra parte, es el grupo que más días sale a la semana, seguido del CAD y del IMMF con diferencias muy pequeñas. Estos tres grupos emplean su tiempo de ocio libre en *tiempo de fiesta*.

Las puntuaciones alcanzadas en estas variables por el grupo IMMF merecen una reflexión. Es especialmente preocupante la conclusión de que su ocio es **muy pobre**, cuando ha de considerarse un elemento preventivo importante y, como en otras conductas, la edad adolescente es un momento adecuado para aprenderlas. Estos menores, tienen un menor acceso a actividades de ocio que son a la vez estructuradas y voluntarias (por ejemplo, los deportes, o los hobbies) beneficiosas para el bie-

nestar psicológico de los adolescentes (Larson, 2000) y el camino más positivo para que aprendan a usar su tiempo libre (McHale, Crouter y Tucker, 2001).

Los adolescentes del CAD solo tienen como ocio *la fiesta*; es decir actividades no estructuradas, que ocupan consumiendo drogas en grupo, confirmando la hipótesis según la cual dicho consumo se produce en contextos asociados a un tipo de ocio no estructurado y voluntario que lo facilita, aunque no es condición suficiente ya que requiere entender el ocio como una fiesta. Así, el consumidor no solo puede convertirse en adicto sino también en adepto (Guardia, Surkov y Cardús, 2010) de la fiesta como el modelo de ocio escogido y aprendido para el fin de semana.

VIII. Búsqueda de sensaciones

Los resultados obtenidos han permitido confirmar parcialmente la hipótesis sobre la relación entre los adolescentes buscadores de sensaciones y la cantidad de riesgo asumido por ellos, encontrando que los adolescentes de los grupos de Riesgo, excepto CP, aplican un “sesgo optimista” a la evaluación de su conducta, maximizando los intensos efectos que este tipo de actividades pueden proporcionarle (la recompensa del riesgo) y minimizando la probabilidad de resultados negativos de su conducta (Weinstein, 1980).

En la variable *Conductas consideradas como ilegales*, el grupo CAD obtiene la media más alta por la cual expresan el deseo de consumo de drogas y una actitud positiva hacia esta conducta (Alfonso, Huedo-Medina y Espada, 2009). Este grupo responde al patrón conductual de consumo que como ya indicamos es multideterminado y está compuesto por distintas variables, entre ellas, la *búsqueda de sensaciones* (Alfonso, Huedo-Medina y Espada, 2009) que también actúa como un factor de inicio del consumo (Pinet, Viña y Ribalto, 2010) y como una dimensión relacionada con la susceptibilidad a la adicción, facilitada por una mayor sensibilidad a ciertos efectos de las drogas (Nadal, 2008; Barrón, Mateos y Martínez, 2004). La búsqueda de sensaciones en el consumo de drogas obedece a la lógica de la recompensa: los intensos efectos del consumo minimizan los resultados negativos de la conducta

Junto con el grupo CAD, el ARMMI consigue las puntuaciones medias más altas y el grupo IMMF se vuelve a situar en un nivel de *riesgo menor*, susceptible de intervención preventiva. Estos grupos se caracterizan por la necesidad de experimentar sensaciones y experiencias novedosas y el deseo de asumir algunos riesgos físicos y sociales (Bradley y Wildman, 2002; Greene, Krcmar, Walters, Rubin y Hale 2000; Jes-

sor, 1998; Zuckerman, 1990), característica que predice el consumo de drogas legales (Boardman, 2009), el consumo de drogas ilegales, (Nadal, 2008), la *Conducta problema* y la *Violencia*.

En la variable *Conductas de aventura* es ARMMI el grupo al que más sensaciones de aventura le gusta tener, seguido del IMMF.

Los jóvenes del CP se caracterizan por ser bajos buscadores de sensaciones, manifestando una actitud pasiva respecto a la búsqueda de este tipo de estímulos que no responde a la relación establecida entre este constructo y conducta de riesgo.

IX. Trastornos de conducta

Los resultados obtenidos en esta investigación confirman la hipótesis sobre la presencia de conductas incluidas como criterio para el diagnóstico de los siguientes trastornos de inicio en la infancia y la adolescencia (APA, 2007): la Inatención, la Hiperactividad, la Impulsividad, el Oposicionismo Desafiante y el Trastorno Disocial, presentes en los adolescentes con mayores y más graves conductas de riesgo.

Como se ha mostrado en los resultados, la intensidad o la frecuencia de las diversas conductas mejora en relación al tiempo (pasado-últimos seis meses) en todos los grupos debido al efecto de la edad, aunque las puntuaciones de los grupos de riesgo se sitúan siempre por encima del grupo Control, con mayores diferencias en las conductas más graves ya que alcanzan puntuaciones más altas, y menores cuando las conductas son más leves o de menor riesgo.

El grupo CAD es el que obtiene las puntuaciones más altas en el factor *Trastornos de conducta*, (Oposicionismo Desafiante, Inatención, Impulsividad-Hiperactividad) aunque también es el que presenta una mejoría mayor en relación al tiempo. Les siguen los grupos ARMMI e IMMF. Cuanto está presente este trastorno, el abuso de sustancias es 4 veces más frecuente cuando el individuo es adolescente (Rey y Domínguez 2010) por lo que se convierte en un factor de vulnerabilidad para los grupos, sobre todo para el grupo CAD. El consumo de sustancias puede justificarse por alivio al malestar psicológico provocado por un trastorno que, como indicamos en las conclusiones sobre el constructo Drogas, se asocia a una conducta de consumo destinada a disminuir síntomas (Chassin, Hussong y Beltran, 2009). Lo cual sugiere que la relación entre este malestar y consumo de sustancias es más fuerte para

aquellos que esperan que el consumo alivie su angustia emocional (Sher 1991), hipótesis que ha recibido apoyo empírico (Kushner, Sher, Wood y Wood, 1994).

El mejor indicador de la variable *Menor riesgo* es el *Oposicionismo desafiante* y predice la conducta *Violencia* y el *Trastorno disocial*. En *Trastorno disocial* se produce la misma tendencia general a mejorar la conducta entre ambos períodos, aunque, sorprende la estabilidad de esta conducta en los adolescentes del ARMI que se ha modificado mínimamente. La diferencia de nivel del ARMI, con el resto de los grupos, es muy grande ya que es el grupo que ha cometido y comete más conductas tipificadas como disociales. Un patrón similar se detecta en el grupo CP pero con puntuaciones menores que se acercan al resto de los grupos. La estabilidad en la conducta nos indica que existe un *estilo de vida establecido*, que va más allá de la situación de experimentación y el tiempo y/o la edad ha influido mínimamente en su mejoría.

El *Trastorno Disocia*, (TD) presenta un patrón de conducta en que el individuo infringe los derechos básicos de los demás (Peña y Graña, 2006) y tiene un comportamiento anormal para su edad, pero debemos distinguirlo de “*delincuencia juvenil*” aunque son conceptos superpuestos en muchas ocasiones (Rey y Domínguez, 2010). Los jóvenes de los grupos ARMI y CP presentan estos patrones conductuales, mostrando los criterios para el diagnóstico del trastornos aunque también su conducta pueda estar tipificada como *delincuente*.

X. Conducta problema

Los resultados obtenidos en esta investigación han permitido confirmar la hipótesis sobre la aparición de diversas conductas problema en la adolescencia que se producen manera conjunta e interrelacionada, formando parte del denominado *Síndrome de conducta problema* (Farrell, Kung, White y Valois, 2000; Donovan y Jessor, 1985). La variable **Conducta problema** fue obtenida tras el AFC de tres variables latentes de primer orden definidas como *Drogas*, *Delincuencia* y *Violencia* y refiere un tipo de conducta que no atraviesa los límites de la legalidad ni es antisocial, es disruptiva y podría definirse como **conducta problema de la edad escolar**. Los adolescentes que manifiestan este comportamiento son considerados como problemáticos o disruptivos y es una conducta iniciática para aquellos que están en un nivel superior de riesgo, ya aquellos adolescentes con conductas más graves también ejecutan o ejecutaron otras menos graves. Se muestra una situación similar a la hipótesis de la escalada para el consumo de drogas. Los adolescentes del grupo ARMI son los que

más alto puntúa en esta variable y los del IMMF les siguen como grupo situado en un nivel de menor riesgo susceptible de intervención preventiva (Díaz-Aguado, Martínez Arias, y Martín, 2004).

Las conductas incluidas dentro del *Síndrome de Conducta Problema*, suelen hacer referencia a comportamientos que en menor medida y gravedad son experimentados por la mayoría de los adolescentes, como parte de su proceso de orientación al riesgo que se vive en dicha edad (Toro, 2010). En cualquiera de los casos, estas conductas son preocupantes porque ponen en peligro la salud de los adolescentes y su bienestar, con un valor emocional y psicosocial añadido, ya que estas conductas incluyen actos que pueden causar, de forma intencionada o imprudente, daños a otros.

La variable **Conducta problema**, forma parte del modelo estructural de conducta de riesgo en el factor *Conductas de menor riesgo*, y como veremos más adelante, las conductas de riesgo se distribuyen en distintos niveles de riesgo formando circuitos por los que discurren.

XI. Consumo de drogas

Los resultados obtenidos en esta investigación proporcionan información relevante sobre el patrón de consumo de drogas de los grupos y confirman las hipótesis sobre el mayor consumo de drogas legales e ilegales, tanto en cantidad como en frecuencia, de los adolescentes de los grupos de Riesgo. También se confirmaron las hipótesis sobre la sobrestimación de la prevalencia como factor de riesgo para el consumo y el efecto escalada en el desarrollo de la conducta consumo de droga.

Los grupos de Riesgo responden al patrón conductual de consumo que como ya indicamos es un patrón multideterminado por distintas variables, entre ellas, la búsqueda de sensaciones (Alfonso, Huedo-Medina y Espada, 2009). Esta característica también actúa como un factor de inicio del consumo (Pinet, Viña y Ribalto, 2010) y como dimensión relacionada con la susceptibilidad a la adicción facilitada por una mayor sensibilidad a ciertos efectos de las drogas (Nadal, 2008).

La edad promedio de inicio de consumo de sustancias (todo tipo de drogas incluidas alcohol y tabaco) para los participantes en nuestro estudio es de 13,48 años, algo menor que los resultados proporcionados por ESTUDES (2010) que es de 13,70. Existen diferencias significativas entre los grupos Riesgo y Control en la edad de

inicio del consumo de todas las sustancias, llegando a cuatro años de diferencia en el caso de la cocaína y de las pastillas, más de un año y medio en el caso de cannabis y casi un año en el alcohol). Los primeros en debutar son los adolescentes de los grupos de Riesgo, con el consumo de tabaco, con 12,98 años; seguido del consumo de cannabis, con 13,72; y en tercer lugar, con el alcohol, con 13,99. Estos datos nos indican que la edad es una variable fuertemente relacionada con el consumo de drogas; y la precocidad en el uso de sustancias uno de los principales predictores del abuso en la adolescencia (García-Señorán y González, 1996).

Las medias más bajas en la edad de comienzo de consumo de drogas están en los grupos IMMF y ARMI. Estos datos nos permiten clasificarlos como grupos con prácticas de alto riesgo en el consumo de sustancias, en lo que se refiere a la edad de inicio ya que el consumo y los trastornos de consumo muestran patrones relacionados con la edad (Sher y Gotham, 1999).

El inicio y mantenimiento del consumo de drogas legales ha sido identificado como factor de riesgo para iniciarse en el uso de drogas ilegales (Becoña, 2000; Espada, Pereira y García-Fernández, 2008). Ordenando los patrones de consumo por el tipo de sustancias según el valor de los índices de correlación de Pearson, obtenemos una secuencia ordenada que coincide con las expuestas en el modelo de la escalada descrito por Kandel (2002): El consumo de una droga de inicio, en la secuencia de desarrollo, está asociado con un incremento del riesgo o probabilidad de utilizar otra droga de la secuencia posterior: 1º Tabaco, 2º Alcohol, 3º Cannabis, 4º Cocaína; el consumo de cocaína se convierte en el indicador de paso a un nivel de riesgo superior. Es decir, **existe una relación significativa entre el consumo de drogas legales (alcohol y tabaco) y el posterior consumo de cannabis, y entre el consumo de cannabis y el posterior de cocaína (efecto escalada)**. En nuestro estudio, la variable de primer orden *Drogas Farrell* (consumo de alcohol, tabaco y cannabis) es una variable predictora de la variable *Drogas* (conducta de consumo de drogas ilegales, excepto cannabis).

Aunque el uso experimental u ocasional de consumo de drogas no conduce invariablemente a los patrones nocivos de su uso, la evidencia empírica acumulada (Botvin y Griffin, 2004), muestra que el inicio temprano de alcohol, tabaco, y otras sustancias se asocia con una variedad de resultados negativos en la adolescencia y la adultez temprana como el consumo de otras drogas ilegales, los comportamientos violentos y/o delictivos y problemas de salud (Ellickson, McCaffrey y Klein, 2009, Griffin, Botvin, Doyle, Díaz, y Epstein, 1999) y continúa con el uso crónico de consumo

de drogas (Botvin y Griffin, 2004). Lo cual vuelve a poner una vez más de manifiesto el importante papel que los programas de aplicación universal durante la infancia pueden jugar para la prevención de las conductas de riesgo durante la adolescencia.

Los consumidores del grupo de Riesgo, lo hacen con más frecuencia y en mayor cantidad que los del grupo Control. Este patrón se repite en la frecuencia de consumo de cocaína y pastillas. La probabilidad de encontrar consumidores de drogas ilegales en el grupo de Riesgo es 6,31 veces mayor que en el grupo de Control. Los adolescentes que beben más alcohol son los del grupo ARMMI, superando en 5 puntos a los del CAD y a los del CP, y en diez a los del IMMF y a los del Control. Podemos concluir que el grupo de menores de la ARMMI presenta un consumo de riesgo de acuerdo a estos parámetros: más de 14 copas semanales, lo que equivale a 28 UBEs (Comisión Clínica de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2007; Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008b), lo que no quiere decir que el consumo de alcohol del resto de los otros grupos no sea de riesgo, puesto que los valores están referidos a adultos. Respecto al lugar de consumo de alcohol, se observan patrones de consumo similares excepto para “Botellón” que es más frecuente en el grupo de Control.

Nuestros resultados nos han permitido identificar tres tipos de consumidores:

- aquellos en los que el consumo se asocia a un tipo de conducta relacionada con trastornos externalizantes (Achenbach, 1996; Achenbach y Edelbrock, 1987) caracterizada por desarrollar conductas contrarias a la convivencia (Díaz-Aguado, Martínez y Martín, 2010) representado por los adolescentes del grupo ARMMI, que son los que refieren haber consumido *Drogas* (drogas ilegales excepto cannabis) en mayor cantidad y frecuencia.
- los adolescentes del grupo CAD, en los cuales la edad no se comporta como un factor de protección y el consumo se asocia a trastornos internalizantes (Achenbach, 1966, Achenbach y Edelbrock, 1978) en los que están presentes estados emocionales negativos (son los que peor se sienten). Los adolescentes del grupo CAD son especialmente vulnerables a sufrir la enfermedad adictiva. Una posible explicación de esta vulnerabilidad se puede encontrar en las teorías sobre el papel del estrés en la adicción (Chassin et al., 1996; Hussong y Chassin, 2004; Wills, Vaccaro, McNamara y Hirky, 1996), y el afecto negativo (Chassin, Pillow, Curran, Molina y Barrera, 1993; Cooper, Frone, Russell y Mudar, 1995). Aunque este modelo es intuitivamente atractivo si-

que siendo controvertido en la literatura (Chassin, Hussong y Beltran, 2009) y se debe profundizar en la investigación de la/s causa/s del malestar que induce o invita al consumo de drogas y a convertir la pauta de consumo desadaptativa en permanente. Otra línea de investigación relaciona el consumo de drogas con una menor autoestima (Musitu, 2007) como respuesta agresiva hacia uno mismo con el fin de reducir el malestar, que tiene consecuencias autodestructivas que comprometen el desarrollo.

- adolescentes que no presentan patrones de consumo problemáticos, sino un tipo de consumo normativo que se torna en un rito de tránsito que marca el fin de la niñez, con pautas de consumo más benignas que no suelen derivar en la enfermedad adictiva. Esta situación de riesgo se justifica por las características propias de la etapa adolescente. (Guardia, Surkov y Cardús, 2010) y deben ser resuelta satisfactoriamente por el sujeto en algún momento de la transición evolutiva (Schulenberg y Maggs, 2002).

El fenómeno del policonsumo (consumo de 2 o más sustancias) está presente en todos los grupos con intensidad diferente donde siempre está presente el alcohol. Como en los grupos estudiados, es preocupante comprobar que este patrón de consumo se está convirtiendo en un fenómeno frecuente en el consumo de sustancias en la adolescencia (ESTUDES, 2010).

XII. Relaciones sexuales

Los datos de nuestra investigación han permitido confirmar la hipótesis sobre la relación entre **las prácticas de riesgo en el desarrollo de la sexualidad adolescente y la existencia de núcleos de población adolescente especialmente vulnerable**, los grupos de Riesgo, por la frecuencia y el tipo de prácticas que realizan.

Aunque la adolescencia es un período de maduración donde experimentar es algo natural (OMS, 1999), existen núcleos de población adolescente especialmente vulnerable a los riesgos relacionados con su conducta sexual que, por las características del entorno en el que viven o han vivido, presentan mayor frecuencia de conductas o factores de riesgo: precocidad, las relaciones sexuales con penetración en las que la gestión del riesgo es más difícil; la falta de uso de medidas preventivas para embarazos no deseados e ITS's - ETS's, y falta de información general sobre los argumentos que les ayudarían a utilizarlas (Díaz-Aguado, Martínez Arias y Martín, 2002)

En nuestro estudio, la edad media en la que se mantuvieron relaciones sexuales completas fue 14, 67 (Min. 7, Max 22). El riesgo en conductas relacionadas con la sexualidad adolescente aumenta con el descenso de la edad de la primera relación sexual. La media en el número de relaciones sexuales completas en los últimos 12 meses de nuestros adolescentes fue de 3,20.

Un 20% de los individuos de los grupos de Riesgo tuvieron alguna vez en su vida relaciones con mujeres en prostitución y se distribuyen: IMMF=2,7%; CP=49,3%; ARMMI=39,7%; CAD=8,2%.

Las edades más tempranas de comienzo en las relaciones sexuales completas fueron para los grupos IMMF y ARMMI. Aunque los miembros de estos grupos son los más precoces en iniciar sus relaciones, la frecuencia en el uso del condón aleja al grupo IMMF del nivel de mayor riesgo, probablemente debido a la aplicación de programas educativos en esta área y al acceso al material necesario. Los integrantes del grupo ARMMI son los que tienen la media más baja en el uso del condón, y la media en la frecuencia de relaciones sexuales más altas, poniendo en riesgo a estos jóvenes a sufrir ITS's - ETS's que solo son evitadas por el uso adecuado del condón, y las posibilidades de adquisición del padecimiento aumentan cuando aumentan las relaciones múltiples, por la prevalencia de la enfermedad en la red sexual de las parejas y por el perfil de las redes sexuales (Salazar, Santelli, Crosby, Diclemente, 2009). Estos jóvenes se pueden calificar como población especialmente vulnerable ya que muestran déficits y riesgos en la adquisición de un capital de salud (Warren, 2000) y necesitan intervenciones específicas basadas en sus características y necesidades.

Nuestros resultados sitúan a estos jóvenes y adolescentes en el centro de la pandemia del VIH en términos de transmisión, vulnerabilidad e impacto. Perciben el propio riesgo de infección por VIH y otras ITS como algo lejano e improbable, ya que son amenazas que, en cierta medida, sólo les ocurre a otros (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2008a) Son población diana para el cambio de actitudes y comportamientos que son la base de estos padecimientos (Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida, 2006b).

Para las variables "Uso de condón" y "Argumentos negativos para el uso de condón", los grupos ARMMI y CP son grupos con prácticas de *alto riesgo*. Si a las relaciones sexuales precoces, el alto número de relaciones sexuales y la baja frecuencia en el uso del condón, añadimos la puntuación que obtiene en el factor *Argumentos*

negativos para el uso del condón (la más alta de todos los grupos), podemos calificar a ARRMI como grupo con prácticas sexuales de *alto riesgo por sus creencias y conductas*. Excepto en la precocidad en el inicio de las relaciones, el grupo CP se acerca a ARRMI en puntuaciones que determinan esta conducta como de mayor riesgo. En ambas Instituciones no se conocen programas de prevención y promoción de la salud sexual, y en caso de que estuvieran implantados, se debe evaluar su eficacia.

Para valorar la importancia que una adecuada educación de la sexualidad puede tener en esta edad, conviene recordar que la adolescencia es el momento en el que pueden establecerse modelos duraderos de gestión responsable de la propia salud, un periodo idóneo para sensibilizar sobre la prevención del VIH, no sólo informando, sino asesorando y orientando sobre los distintos aspectos que pasan a ser importantes en su vida, como la sexualidad, el desarrollo de la identidad sexual, la aceptación del propio cuerpo, la autoestima, la experimentación de nuevos roles.

XIII. Violencia

Los resultados de nuestro estudio han permitido confirmar que los grupos de riesgo presentan comportamientos violentos en mayor frecuencia y gravedad que el grupo de control, y que las creencias propias sobre la aceptación de la conducta violenta son un factor relevante en su aparición y desarrollo.

Se han identificado tres subtipos de violencia en relación a los tres factores de primer orden: *Actitudes violentas*, *Violencia intrafamiliar* y *Violencia en grupo* y un factor de segundo orden denominado *Violencia*.

Estos resultados indican que *Violencia* es un importante indicador de las conductas de riesgo que se aprecia, entre otros datos, en la diferencia de más de 5 puntos entre las puntuaciones sobre conducta violenta de los grupos de Riesgo y Control. Los grupos que más ejercen la violencia son el CAD y la ARRMI. Los adolescentes del CAD, que expresan relaciones familiares muy conflictivas, también incluyen la violencia intrafamiliar ascendente como elemento en sus relaciones. Fuera del contexto familiar, son los adolescentes del grupo ARRMI los que más ejercen la violencia y los que más actitudes violentas presentan.

Los comportamientos violentos se producen, a menudo, en el contexto de otras conductas de riesgo (Menard y Elliott, 1994), pero *Violencia intrafamiliar* ascenden-

te (Cottrell y Monk, 2004). que como hemos visto en resultados, es una de las tres variables latentes de primer orden que compone *Violencia*, no se comporta como las otras dos en relación a la *Conducta de riesgo*, y no está incluida en modelo estructural de Conductas de Riesgo. Las causas o factores que influyen sobre la violencia filo-parenteral son múltiples (Ibabe, Jaureguizar y Díaz, 2007) nuestros datos nos han permitido identificar dos tipos de factores relacionados con este tipo de conductas:

- La presencia de trastornos de conducta en los menores que agreden a sus padres, (Gonzalez-Álvarez, Gesteira, Fernández-Arias y García-Vera, 2010): los adolescentes del ARMI que refieren violencia intrafamiliar ascendente, siendo este el delito que provocó la medida judicial, están siendo atendidos en módulos terapéuticos, y esto puede revelar un factor que explique alguno de los factores de este fenómeno complejo.
- También podemos vincular la violencia que estos adolescentes ejercen hacia sus padres (limitan su conducta y/o sus deseos) con el consumo de sustancias, (como forma de violencia hacia uno mismo relacionada con trastornos de internalización). Cuando no consiguen ejecutar sus deseos, la respuesta que expresan se manifiesta de dos formas: con el ejercicio de violencia física hacia sí mismos o hacia sus padres, es decir la violencia cambia de dirección (INSIDE → OUT) y se convierte en reactiva, aunque sus padres no lo entiendan, ya que no es fácil identificar la etiología del malestar del adolescente que provoca la violencia y que sean ellos los receptores cuando no se consideran la causa. No hemos recabado datos cuantitativos respecto a la conducta auto-agresiva, pero podemos ilustrar el proceso con la entrevista en profundidad realizada a *Almu*, paciente del CAD, que explica cómo desarrolla:

... la última, la verdad que no fue hace mucho y es que, cuando me enfado me enfado mucho, ¿sabes?, o sea yo nunca me enfado, en realidad, pero si me pico, me pico de verdad y me rallé con mi madre, como hace cuatro meses o a sí, estaba comiendo con ella, y me estaba sacando de quicio, ¿sabes?, y me puse superenferma y me entró un ataque y por no coger y pegarle una ostia o algo, cogí un tenedor y me dio por clavármelo en la pierna, ¿sabes?, en su cara... y mi madre flipó, ¿sabes?... joer, me llené to' la pierna de sangre y

llena de heridas, ¿sabes?, cogí un tenedor y empecé (realiza el movimiento de clavar en su pierna) y me lo clavé en todo esto mil veces, ¿sabes?... Tuve como durante un mes unos boquetes que flipé, por gilipollas, pero es que en el momento ni me dolió, sabes, de lo rabiosa que estaba, porque..., y no fui al médico porque me daba vergüenza...

Los resultados obtenidos sobre *Violencia física ejercida en grupo, identificando a la víctima* llevan a destacar la naturaleza social de la dicha violencia (Allen, Porter, Mc Farland, Marsh y Mc Elhaney, 2005; Bukowski y Sippola, 2005; Espelage, Holt y Henkel, 2003; García y Madriaza, 2005; O'Connell, Pepler y Craig, 1999; Rodkin y Berger, 2008; Salmivalli y Voeten, 2004), y hace visible su poder para garantizar el anonimato y diluir la responsabilidad personal, ya que la responsabilidad colectiva no responde a la lógica de un juicio de reproche dirigido a un individuo singular.

La variable *Algunas creencias sobre la violencia* correlaciona positivamente con su uso y lo justificando: llevar una navaja, devolver una ofensa y a la obtención de un estatus que manifiesta una actitud agresiva o un reto o un desafío (mirar mal), con el objetivo de provocar miedo a “los otros”, a los que no son amigos, para garantizar la seguridad propia en un área donde se producen situaciones en la que están presentes los amigos y los enemigos. (En la entrevista a Alex se puede encontrar el discurso del joven explicando la importancia del aprendizaje de esta habilidad y el modo de hacerlo). Así, el ítem, “Para que te respeten debes infundir miedo a los otros”, el más fiable de la variable latente, nos informa de cómo pueden llegar a ser las relaciones en aquellos contextos donde el espacio se considera propio en presencia de “no amigos” y la comunicación se produce a través de miradas agresivas. Puede ilustrar este proceso el fragmento de la entrevista de Almu en el que explica un *desafío visual* con unas adolescentes “no amigas” en un local al que acudía de forma habitual, donde lo que está en juego es el poder: Almu no lo quiere perder, está en su territorio, y las “no amigas” lo quieren obtener.

Como en la variable *Violencia*, justificarla se convierte en una de las diferencias significativas importantes entre las puntuaciones de los grupos de Riesgo y Control. En *Algunas creencias sobre la violencia*, al igual que en *Violencia*, los grupos CAD y ARMMI muestran las mayores puntuaciones, es decir, son los que en mayor grado justifican la violencia y quienes más la ejercen. Como se ha encontrado en otros estudios, estos adolescentes se identifican con un modelo social basado en el dominio

y la sumisión y tienen menor disponibilidad de estrategias no violentas de resolución de conflictos (Díaz-Aguado, 2005).

Tener una actitud favorable respecto a la violencia, confirma la hipótesis sobre la relación entre las creencias sobre su aceptación y su aparición y desarrollo. Estas creencias favorables al ejercicio de la violencia son un factor relevante en su aparición y desarrollo y puede explicarse, al igual que sucede en el consumo de drogas, a través del proceso denominado **efecto escalada** por el cual, las conductas violentas de menor nivel de riesgo son antecedentes de otras de riesgo mayor. Los resultados indican que una puntuación alta en el factor *Violencia Farrell*, que refiere conductas violentas de riesgo menor, predice otras más graves expresadas en el factor *Violencia*, mostrando cómo una conducta de nivel menor riesgo es antecedente de otra de riesgo mayor. En este sentido debemos analizar la situación de los adolescentes del IMMF, que obtiene resultados que le sitúan en un nivel de *menor riesgo*, por lo que es susceptible de intervenciones preventivas.

XIV. Delitos

Los resultados obtenidos en esta investigación han permitido confirmar la hipótesis sobre la *Conducta delictiva* que, como una conducta de riesgo, está integrada en el modelo general que describe el *síndrome de conductas de riesgo*, ya que *Delitos*, forma parte del modelo estructural de conducta de riesgo en el factor *Conducta de mayor Riesgo*.

La creencia sobre la facilidad de conseguir un arma de fuego es mayor en aquellos grupos caracterizados por la conducta delictiva, confirmándose la hipótesis sobre la relación entre las creencias sobre la facilidad de conseguir un arma de fuego y el ejercicio de la *delincuencia*. Por lo que deducimos que dicha creencia puede ser un indicador de la implicación en la conducta delictiva.

Una de las primeras consecuencias de la comisión de una falta o un delito es ser haber sido detenido por la policía. Evidentemente, el 100% de los individuos de CP y de ARMI lo han sido, pero destacan los porcentajes en los adolescentes del grupo CAD (48%) y del IMMF (40,7%). Este dato relaciona a estos grupos con la comisión de faltas relacionadas con conductas predisociales y les sitúa en espacios donde es posible su realización y la intervención policial.

XV. Imagen personal respecto al riesgo

Los resultados obtenidos nos han permitido confirmar que los adolescentes perciben las posibles consecuencias de la conducta de riesgo infravalorando los posibles daños y sobrevalorando los posibles beneficios. Esta percepción distorsionada se debe, entre otros factores, al sentimiento de invulnerabilidad presente en la adolescencia.

Como hemos señalado, la asunción de riesgo se pueden considerar como una parte normativa de la adolescencia; sin embargo, no todos los grupos están dispuestos a asumir la misma cantidad. El factor *Imagen personal respecto al riesgo* nos informa de dónde están los límites del riesgo para los grupos distribuidos según la institución de referencia: CAD es el grupo que mayor cantidad de riesgo está dispuesto a asumir, seguido de ARMMI, CP e IMMF. El nivel de riesgo por asumir tiene resultados en la conducta, por ejemplo, Control, que es el grupo con menos conductas de riesgo, es también el que menor riesgo está dispuesto a asumir. Las diferencias entre los grupos nos invitan a preguntarnos si ¿aquellos adolescentes con unas expectativas de futuro más inciertas tienen conductas de mayor riesgo?, como se desprende de los estudios de Gardner (1993).

¿Por qué el CAD es el grupo que más riesgo está dispuesto a asumir? Para responder a dicha pregunta cabe plantearse que:

- 1) La búsqueda de sensaciones entendida como una dimensión de la personalidad que se caracteriza por la necesidad de sensaciones, experiencias novedosas, y el deseo de asumir algunos riesgos físicos y sociales se ha relacionado con la susceptibilidad a la adicción y con la conducta de riesgo (Bradley y Wildman, 2002; Greene, Krmar, Walters, Rubin y Hale 2000; Jessor, 1998; Zuckerman, 1990). En este sentido, los adolescentes del CAD son altos buscadores de sensaciones que, como ya indicamos, obedecen, entre otros elementos, a la lógica de la recompensa.
- 2) El grado de confianza o de creencia que tiene un individuo en el hecho de que un suceso no tendrá resultados negativos se relaciona con la edad y con el conocimiento individual del mundo en función de su experiencia (Pidgeon 1992). Por lo tanto, un adolescente de CAD minimiza el riesgo de una conducta potencialmente peligrosa del consumo porque su propia experiencia (o la de otros iguales) le proporciona un conocimiento del suceso que con-

sideran verdadero y la certeza suficiente para realizar el consumo de forma segura. Las afirmaciones y creencias de que las consecuencias del riesgo son para los demás son muy comunes, sin discernir que en la realización de una conducta de riesgo se “es parte de los demás”.

- 3) Un sentimiento de invulnerabilidad o la también llamada **fábula de la invencibilidad** es la causa de que los adolescentes del CAD consideren que “es difícil que les pase algo malo” ya que son poseedores de un peligroso sentido de seguridad por el que toman riesgos que a su vez son una oportunidad para su desarrollo y crecimiento (Arnett, 1992; Lightfoot, 1997). Un cálculo erróneo de estos riesgos aumenta la implicación en conductas que puede tener consecuencias irreparables y sus efectos pueden ser perdurables (Greene, Krmar, Walters, Rubin y Hale, 2000).

XVI. Síndrome de la conducta de riesgo

Los resultados obtenidos en nuestra investigación nos han permitido confirmar las hipótesis elaboradas sobre el *Síndrome de la conducta de Riesgo*. Las conductas de riesgo tienen una misma estructura interna, pudiendo ser identificadas como un *Síndrome de Conducta de Riesgo*; y estas conductas se distribuyen en distintos niveles de riesgo formando circuitos por los que discurren. Esta estructura de conductas es un modo de estar en el mundo, un “estilo de vida” o “patrón organizado de conductas interrelacionadas”. Aquellos adolescentes con conductas de riesgo graves también ejercen y/o han ejercido conductas de riesgo más leves que muestran un desarrollo de la conducta hacia la gravedad

La etiología de los problemas de conducta adolescente estudiadas aquí se puede explicar adecuadamente desde un modelo ecológico compuesto por factores personales, interpersonales y contextuales (Bronfenbrenner, 1979; Muuss, 2000) La conducta (Jessor y Jessor 1977) está incluida en el infrasistema (Bartol y Bartol, 1989), que es el responsable de mediar la relación entre los sistemas micro-, meso-, exo-, macro- y la conducta, reflejando el impacto de las estructuras, micro, meso, exo-, y el macrosistema en las conductas de riesgo

La Conducta de riesgo se desarrolla en un proceso dinámico que no responde a un modelo en cascada sino a un modelo en espiral (Figura 1: La espiral del riesgo. Página, 26). En la espiral se generan, configuran y progresan circuitos o rutas por donde navega y se desarrolla la conducta. En la ruta discurren diferentes tipos de riesgos de

origen múltiple en distintos niveles del sistema que pueden valorarse en función de su frecuencia y gravedad, y configuran la trayectoria evolutiva del adolescente. La experiencia previa en una conducta de riesgo anterior facilitará actitudes más favorables a la realización de nuevas conductas más peligrosas.

En la misma dirección de nuestros resultados, los de otros muchos estudios ofrecen evidencia de un “síndrome general de conducta”; sin embargo, aunque los modelos estructurales suelen proporcionar un buen ajuste, la variación no explicada es alta; por lo que, una determinada conducta, además de ser parte de un “síndrome de problemas de conducta”, se puede considerar también un “fenómeno único” (Allen, Leadbeater y Aber, 1994; Dembo et al., 1992; Farrell et al., 2000; Garnefski y Diekstra, 1997; Grube y Morgan, 1990, Mason y Windle, 2002; Mitchell y O'Neill, 1998; Newcombe y McGee, 1989; Osgood et al., 1988; Resnicow et al., 1995; White, 1992; White, Loeber, Stouthamer-Loeber y Farrington, 1999), por lo que no debemos asumir que los adolescentes que participan en un tipo de conducta deben necesariamente estar involucrados en otras (Farrell et al., 1992; Gillmore et al., 1991; Tildesley et al., 1995; White y Labouvie, 1994).

De acuerdo con el modelo de conducta que proponemos, algunas características de los contextos de desarrollo en los que participan los adolescentes, tales como el apoyo y afecto en la familia, la disponibilidad de programas, actividades extraescolares y de ocio en las que poder participar, y la presencia de modelos adultos positivos en la familia, la escuela y/o la comunidad, facilitarán que puedan resolverse de forma satisfactoria las tareas evolutivas propias de la adolescencia y contribuirán a la promoción de la competencia y el desarrollo positivo adolescente.

PERFILES

En este apartado tratamos de describir, a modo de síntesis, algunas características de los grupos, ya que uno de nuestros hallazgos ha sido que estos grupos comparten patrones de conducta, cualidades, características y una capacidad para asumir riesgos muy similares dependiendo de la institución de referencia a la que pertenecen. En este pequeño resumen, no exhaustivo, se muestran las características de cada grupo, obteniendo un perfil de cada uno.

I. Menores cumpliendo medidas en régimen cerrado; ARRFMI: Los más

ARRRFMI describe individuos *más*: Son los *más* sancionados en el colegio y con sanciones *más* graves; los que se perciben *más* resilientes y *más* autoeficaces; los que *mejores* relaciones mantienen con su familia; junto a IMMF, los que tienen *más* hermanos con problemas y junto a CP los que *más* los necesitan. Los que de *más* dinero disponen para gastar el fin de semana; los que *más* salen de fiesta; los que *más* pronto empiezan a fumar y a consumir otras drogas y *más* cantidad y con *más* frecuencia consumen; los *más* precoces en las relaciones sexuales; los que cometen delitos *más* graves y en mayor número; los *más* disociales; junto a CAD son los que con *más* convicción justifican la violencia y los que *más* la ejercen; no le tienen miedo al riesgo y son los ganadores en la *Conducta problema*. Los adolescentes del grupo ARRFMI son los que realizan las conductas de *mayor riesgo*, son antisociales; poseen un *estilo de vida* establecido sin límites en su relación con el riesgo y cumplen criterios para intervenciones terapéuticas.

II. Menores en tratamiento por consumo de drogas, CAD: En busca del bienestar

Los jóvenes del grupo CAD comparten peculiaridades en su conducta y características que se relacionan con el consumo de drogas: No presentan una conducta adecuada en el ámbito escolar y que han sido sancionados. Son los que peor se sienten; los que se perciben menos resilientes. Grados buscadores de sensaciones, sin conciencia del riesgo, con una orientación positiva hacia el consumo, en el momento del estudio viven una situación denominada "luna de miel", en la que aún no son visibles la mayoría de las consecuencias del consumo. Su ocio está vinculado al consumo de drogas y son conscientes de la presión que ejerce el grupo en esta conducta. Describen las relaciones familiares más conflictivas y violentas (violencia ascendiente). La vulnerabilidad a la enfermedad adictiva y los trastornos de conducta,

describen rasgos de personalidad precursores del consumo. La importancia de los trastornos precursores de la conducta de consumo que se ha puesto en evidencia en este trabajo hace necesario orientar la intervención preventiva a la mejora y generalización de la detección de rasgos que pudieran ser predictores de la conducta de consumo de drogas.

III. Menores en acogimiento y/o tutela por riesgo social, IMMF: Riesgo y prevención

El grupo de adolescentes del IMMF son los más pequeños de la muestra. Se sienten invulnerables y no tienen percepción de riesgo. Por lo general, sus conductas están en el límite de lo que hemos denominado *menor riesgo*, en muchas ocasiones en segundo lugar, en términos de gravedad, después de ARMI, por ejemplo en *Conducta problema*. Debutan muy pronto en consumo de drogas legales, los más precoces en consumo de alcohol y en relaciones sexuales. Justifican la violencia y la ejercen, pero, como en el resto de las conductas, un nivel de menor riesgo. No han cometido delitos, pero el 41% ha sido detenido por la policía. Puntúan en segundo lugar en *Trastorno predisocial*; presentan relaciones familiares problemáticas de alta conflictividad, sin normas y mala comunicación; no hacen deporte; no utilizan las nuevas tecnologías; tienen un ocio muy pobre y de riesgo que se reduce a el botellón de fin de semana. El desafío a los adultos forma parte de su relación con ellos.

Menor riesgo indica que han iniciado un camino que precisa intervenciones **educativas y preventivas multimodales** en las que varios problemas pueden ser tratados al tiempo en el mismo lugar, de forma que aprendan a resolver satisfactoriamente las tareas evolutivas propias de la adolescencia. Necesitan ofertas y oportunidades para la realización de actividades extraescolares, deportivas y un ocio de mayor calidad.

IV. Jóvenes cumpliendo condena en “módulos de menores” CP: Pasivos y solitarios

Estos jóvenes no tienen amigos; hacen deporte; tienen buenas relaciones familiares; son los menos autoeficaces, practican un tipo de ocio de presente en el modelo estructural como indicador de conducta de *menor riesgo*. Son muy pasivos en lo que se refiere a la búsqueda de actividades de aventura. La mayoría de los delitos que han cometido son contra el patrimonio y contra la salud pública. No son violentos aunque justifican su uso; son los más disociales después de ARMI aunque se sitúan

junto al resto de los grupos a doce puntos de distancia. Poseen un *estilo de vida* estable asumiendo un nivel de riesgo menor que el ARMI en la conducta.

V. Control

El grupo control ha mostrado un perfil esperado para la comparación con los grupos de riesgo. Los que mejor se sienten, tienen buenas relaciones con su familia, son capaces de construir un ocio en solitario y son los que más amigos tienen. Salen menos a divertirse que el resto de los grupos, seguramente porque sus actividades académicas no se lo permiten. Su comportamiento es adaptativo y el nivel de riesgo que asumen es inferior al que gestionan los adolescentes sometidos a un nivel *menor de riesgo*.

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

A través de los resultados de este trabajo, hemos avanzado en la comprensión de cómo son los adolescentes con conductas de riesgo, estableciendo algunos factores que nos han permitido evaluar dichas conductas y algunas de las variables relevantes que pueden inferir en ella. En este estudio se ha establecido un modelo general que explica el desarrollo de las conductas de riesgo y su trayectoria, basado en un modelo teórico elaborado desde el enfoque ecológico (Bronfenbrenner, 1979). La etiología de los problemas de conducta adolescente estudiadas aquí se puede explicar adecuadamente desde un modelo ecológico compuesto por factores personales, interpersonales y contextuales (Bronfenbrenner, 1979; Muuss, 2000). La conducta (Jessor y Jessor 1977) está incluida en el infrasistema (Bartol y Bartol, 1989), que es el responsable de mediar la relación entre los sistemas micro-, meso-, exo-, macro- y la conducta, reflejando el impacto de las estructuras, micro, meso, exo-, y el macrosistema en las conductas de riesgo.

Los resultados obtenidos en nuestra investigación nos han permitido confirmar las hipótesis elaboradas sobre las conductas de riesgo. Las conductas de riesgo tienen una misma estructura interna y se interrelacionan a través de un único factor subyacente constituyendo un síndrome generalizado, pudiendo ser identificadas como un *Síndrome de Conducta de Riesgo*. Esta estructura de conductas es un modo de estar en el mundo, un “estilo de vida” o “patrón organizado de conductas interrelacionadas”.

Aquellos adolescentes con conductas de riesgo graves también ejercen y/o han ejercido conductas de riesgo más leves que muestran un desarrollo de la conducta hacia la gravedad.

La Conducta de riesgo se desarrolla en un proceso dinámico que no responde a un modelo en cascada sino a un modelo en espiral (Figura 1). En la espiral se generan, configuran y progresan circuitos o rutas por donde navega y se desarrolla la conducta. En la ruta discurren diferentes tipos de riesgos de origen múltiple en distintos niveles del sistema que pueden valorarse en función de su frecuencia y gravedad, y configuran la trayectoria evolutiva del adolescente. La experiencia previa en una conducta de riesgo anterior facilitará actitudes más favorables a la realización de nuevas conductas más peligrosas. Aunque no debemos asumir que los adolescentes que participan en un tipo de conducta deben necesariamente estar involucrados en otras (Farrell et al., 1992; Gillmore et al., 1991; Tildesley et al., 1995; White y Labouvie, 1994).

Figura 1: Espiral del riesgo



Hemos identificado diversos grupos de riesgo según la intensidad, el nivel de implicación y la gravedad de las conductas que desarrollan, haciendo posible la construcción de Perfiles (pág. 322) que los describen y que permiten su comparación, estableciendo semejanzas y diferencias entre ellos: jóvenes cumpliendo condena en “módulos de menores”, menores en acogimiento y/o tutela por riesgo social, menores en tratamiento por consumo de drogas, menores cumpliendo medidas en régimen cerrado.

La consecución de estos objetivos se ha realizado a través del análisis de los constructos que han permitido extraer las siguientes conclusiones:

Vida académica y riesgo

Los indicadores de buena adaptación escolar y de éxito académico son factores de ajuste que revelan conductas adaptativas y orientan los intereses y las motivaciones de los adolescentes, (Catalano y Hawkins, 1996; Catalano, Kosterman, Hawkins, Newcomb, y Abbott, 1996; Catalano, Haggerty, Oesterle, Fleming y Hawkins, 2004). La valoración positiva de los resultados académicos y las expectativas de autoeficacia para obtenerlos favorecen un adecuado desarrollo del adolescente (Bandura, 1986), puesto que dichas variables influyen en las decisiones que se adoptan y en los procesos cognitivo-emocionales que se producen al afrontar dificultades (Díaz-Aguado, 2004). Los fuertes vínculos con la escuela son elementos críticos en la experiencia y desarrollo de los adolescentes, que cuando se desarrollan inhiben las conductas incompatibles con las normas y los valores.

La frecuencia y la gravedad de las *sanciones escolares* anticipan comportamientos como la conducta violenta, el trastorno disocial y la conducta problema, convirtiendo a *sanciones escolares* en un indicador potente para la posterior valoración del síndrome de la conducta de riesgo (Farrington y Loeber, 1999). Esta predicción pone de manifiesto la gravedad y naturaleza antisocial de la situación de riesgo en que se encuentran los adolescentes que empiezan a tener estas conductas y que deben ser interpretadas como señal de alarma para la prevención. La falta de expectativas académicas y la baja valoración de los resultados, que indica una escasa orientación hacia el futuro, son factores determinantes de la conducta ya que, perdido el interés por las actividades diarias, se presta toda la atención en aquellas que sí se valoran, y por regla general son las que se realizan con los iguales. La escasa orientación hacia el futuro o *presentismo* (Martín y Velarde, 2001) y es una característica de los grupos de Riesgo, que incrementa la orientación a las conductas de riesgo.

Percepción de resiliencia

La resiliencia, como proceso de superación de los efectos negativos de la exposición al riesgo (Garmezy, 1994; Luthar, Cicchetti y Becker, 2000; Masten y Powell, 2003; Rutter, 1985; Fergus y Zimmerman, 2005), requiere la presencia de factores de riesgo y de protección como condición necesaria para su desarrollo (Fergus y Zimmerman, 2005). Los procesos resilientes son maleables, pueden ser modificados a través de estrategias que se han aprendido por la experiencia o en procesos de enseñanza-aprendizaje. Los adolescentes que no han conseguido mantener un desarrollo saludable en presencia de factores de riesgo, se pueden preparar para manejar y afrontar riesgos y desafíos futuros al tener acceso a los recursos necesarios para el desarrollo de la resiliencia que en general se produce cuando entran en contacto con instituciones de referencia (protección, reinserción, educativas, etc.), ya que activos (*assets*) y oportunidades son el foco del cambio (Yates, Egeland y Sroufe, 2003; Luthar y Cicchetti, 2000). Se puede mejorar su capacidad y, al hacerlo, proporcionales los elementos necesarios para un desarrollo y adaptación adecuada y que aprendan a cuidar de su salud, incluso en situaciones de adversidad.

Los adolescentes de los grupos de Riesgo de este estudio están pendientes de mostrar el resultado adaptativo deseado de este proceso que, en el caso de los jóvenes infractores, puede evaluarse a través del fenómeno de la reincidencia

Percepción de autoeficacia

La conducta delictiva está determinada por la autoeficacia y se rige por los mismos mecanismos psicológicos básicos que cualquier otra (Bandura, 1994). La obtención de altas puntuaciones en autoeficacia no debe interpretarse siempre como indicador de dicha

capacidad, (Díaz-Aguado, Martínez Arias y Martín, 2003), es decir percibirse como con la capacidad para ejercer el control en situaciones importantes de la vida cuando la realidad es otra muy distinta, por ejemplo, la creencia errónea sobre el control en el consumo de drogas o la falta de prevención en la conducta sexual, (Forsyth y Carey, 1998).

Relaciones familiares

Por lo general, los grupos estudiados tienen fuerte apoyo familiar y sus relaciones, aunque puedan estar afectadas por la conducta de riesgo, que actúan como fuentes generadoras de estrés, lejos de alejar a la familia la acerca, proporcionando recursos que el individuo necesita y solicita.

Las relaciones familiares de menor calidad, manifestadas en la *comunicación*, las *normas* y los *conflictos*, están presentes en las familias de los menores en situación de acogimiento y/o tutela por *riesgo social*, y en las familias de los menores en tratamiento por consumo de drogas. La diferencia entre ambos grupos radica en que la fuente del conflicto en el grupo de tratamiento está en los propios menores, no así en el grupo en acogimiento o tutela.

Los hermanos pueden ser una fuente de apoyo en relación a la situación crítica que tienen los jóvenes de estos grupos: falta de amigos, separación de los padres, etc. (East y Rook, 1992) y pueden servir como fuente de asesoramiento y orientación (Tucker, McHale, y Crouter, 2001). El apoyo, cuando es demandado por el adolescente, obtiene una respuesta adecuada a sus necesidades independientemente de la calidad de la relación familiar.

Amigos y presión de grupo

Los adolescentes que transgreden las normas sociales tienen dificultades para comprender y respetar también las normas, generalmente implícitas, de los vínculos de amistad, lo que determina la tenencia de un menor número de amigos de calidad en los adolescentes de los grupos de Riesgo. La falta de amigos de calidad priva al adolescente de un importante sentimiento de vinculación (Musitu, Buelga, Lila y Cava, 2001; Saez-Queija y Oliva, 2003) que podría quedar mitigado a través del vínculo con los hermanos o con el establecimiento de vínculos sociales que, al no ser de calidad, se tornan inseguros (Musen 1979; Conger, 1971), aumentando la vulnerabilidad de estos adolescentes a la presión del grupo

Ocio

El ocio es uno de los elementos vitales más valorados por los adolescentes (Martínez, Fernández y Salgado, 2004), en niveles similares a la valoración de los amigos.

Nuestros resultados revelan la cualidad del ocio como conducta aprendida con una fuerte influencia grupal y social, que puede repercutir en el estilo o modelo de ocio que se desarrolle y se mantenga a lo largo de la vida. En contra de lo que pudiera pensarse, el modelo de ocio está menos relacionado con la libertad de elección y los gustos personales de los sujetos que con imperativos sociales que lo determinan; como en otras conductas y características de los grupos de estudio, la institución de referencia marca el modelo de ocio que presentan ya que los recursos y oportunidades disponibles dependen de ellas.

Existen distintos modelos de ocio de elección y cada uno de ellos se vincula con diferente intensidad con el riesgo.

Búsqueda de sensaciones

En general, los adolescentes con conductas de riesgo son buscadores de sensaciones y se caracterizan por la necesidad de experimentar sensaciones y experiencias novedosas y el deseo de asumir algunos riesgos físicos y sociales (Bradley y Wildman, 2002; Greene, Krcmar, Walters, Rubin y Hale 2000; Jessor, 1998; Zuckerman, 1990); aplican un “sesgo optimista” a la evaluación de su conducta, maximizando los intensos efectos que este tipo de actividades pueden proporcionarle (la recompensa del riesgo) y minimizando la probabilidad de resultados negativos (Weinstein, 1980).

La búsqueda de sensaciones está relacionada con el consumo de drogas que obedece a la lógica de la recompensa: los intensos efectos del consumo minimizan los resultados negativos de la conducta. También actúa como un factor de inicio del consumo (Pinet, Viña y Ribalto, 2010).

Trastornos de conducta

Síntomas relevantes para el diagnóstico de los trastornos de conducta (APA, 2007) están presentes en los adolescentes con mayores y más graves conductas de riesgo.

El grupo de adolescentes en tratamiento por consumo de drogas, es el que presenta las puntuaciones más altas en el factor formado por Hiperactividad, Impulsividad y Oposicionis-

mo Desafiante El consumo de sustancias puede justificarse por alivio al malestar psicológico provocado por un trastorno que se asocia a una conducta de consumo destinada a disminuir los síntomas (Chassin, Hussong y Beltran, 2009). Lo cual sugiere que la relación entre este malestar y consumo de sustancias es más fuerte para aquellos que esperan que el consumo alivie su angustia emocional (Sher 1991), hipótesis que ha recibido apoyo empírico (Kushner, Sher, Wood y Wood, 1994).

Los jóvenes infractores presentan patrones conductuales compatibles con el Trastorno Disocial, aunque también su conducta pueda tipificarse como *delincuente*. La estabilidad en esta conducta indica que se ha instaurado un *estilo de vida*, que va más allá de la situación de experimentación, y el tiempo y la edad ha influido mínimamente en su desarrollo.

Conducta problema

Al igual que Farrell, Kung, White y Valois, 2000 identificamos un *Síndrome de conducta problema* que se producen en adolescentes en edad escolar y que se expresa en comportamientos considerados como problemáticos o disruptivos que no atraviesa los límites de la legalidad ni es antisocial. Es una conducta que consideramos iniciática para aquellos que están en un nivel superior de riesgo ya aquellos adolescentes con conductas más graves también ejecutan o ejecutaron otras menos graves. Se muestra una situación similar a la hipótesis de la escalada para el consumo de drogas

Consumo de drogas

El consumo y los trastornos de consumo muestran patrones relacionados con la edad que es una variable fuertemente relacionada con el consumo de drogas ya que la precocidad en el uso de sustancias es predictor del abuso en la adolescencia.

El inicio y mantenimiento del consumo de drogas legales es un factor de riesgo para iniciarse en el uso de drogas ilegales (Becoña, 2000; Espada, Pereira y García-Fernández, 2008), proceso denominado **efecto escalada** (Kandel, 2002): una droga de inicio, en la secuencia, está asociado con un incremento del riesgo o probabilidad de utilizar otra droga de la secuencia posterior: 1º Tabaco, 2º Alcohol, 3º Cannabis, 4º Cocaína. El consumo de cocaína se convierte en un indicador de paso a un nivel de riesgo superior.

Las creencias erróneas en relación con la prevalencia del consumo de drogas es una variable a tener en cuenta en el estudio de la construcción subjetiva sobre las creencias en cuanto al consumo de drogas, aunque no podemos olvidar la variable “aceptación social” para este fin.

El fenómeno del policonsumo (consumo de 2 o más sustancias) es un patrón frecuente en el consumo de sustancias en la adolescencia (ESTUDES, 2010) y donde el alcohol siempre está presente.

Hemos diferenciado tres tipos de consumidores de drogas con características distintivas en los patrones de consumo:

- aquellos en los que el consumo se asocia a un tipo de conducta relacionada con trastornos externalizantes (Achenbach, 1996; Achenbach y Edelbrock, 1987) caracterizada por desarrollar conductas contrarias a la convivencia (Díaz-Aguado, Martínez y Martín, 2010).
- adolescentes en los que el consumo se asocia a trastornos internalizantes (Achenbach, 1966, Achenbach y Edelbrock, 1978) en los que están presentes estados emocionales negativos, en los cuales, la edad de inicio no se comporta como un factor de protección y son especialmente vulnerables a sufrir la enfermedad adictiva.
- adolescentes que presentan patrones de consumo que pueden considerarse normativos, que son ritos de tránsito que marca el fin de la niñez, que están justificados por las características propias de la etapa adolescente. (Guardia, Surkov y Cardús, 2010) y deben ser resueltos satisfactoriamente por el sujeto en algún momento de la transición evolutiva (Schulenberg y Maggs, 2002).

Relaciones sexuales

Los grupos de Riesgo de nuestro estudio son un núcleo de población adolescente especialmente vulnerable a los riesgos relacionados con sus relaciones sexuales por sus creencias y conductas.

Por las características del entorno en el que viven o han vivido, presentan mayor frecuencia de conductas o factores de riesgo: precocidad en la primera relación sexual; relaciones sexuales con penetración en las que la gestión del riesgo es más difícil; falta de uso de medidas preventivas para embarazos no deseados e ITS's - ETS's, alto número de relaciones sexuales y actitudes no favorables al uso de condón.

En general muestran déficits en la adquisición de un capital de salud (Warren, 2000) que les proporcionaría la información y conocimientos generales para el correcto uso de medidas preventivas (Díaz-Aguado, Martínez Arias y Martín, 2002). Estos jóvenes y adoles-

centes están en el centro de la pandemia del VIH en términos de transmisión, vulnerabilidad e impacto y necesitan intervenciones específicas basadas en sus características y necesidades ya que son población diana para el cambio de actitudes y comportamientos que son la base de estos padecimientos (Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida, 2006b).

Violencia

La *Violencia* es un importante indicador de las conductas de riesgo. Tener una actitud favorable respecto a ella es un factor relevante en su aparición y desarrollo, que puede explicarse, al igual que en el consumo de drogas, a través del proceso denominado **efecto escalada** por el cual, las conductas violentas de menor nivel de riesgo son antecedentes de otras de riesgo mayor. El ejercicio o justificación de la violencia de los grupos de Riesgo identifica a estos adolescentes con un modelo social basado en el dominio y la sumisión ya que disponen de menos estrategias no violentas de resolución de conflictos (Díaz-Aguado, 2005).

La violencia doméstica hacia los ascendientes (Cottrell y Monk, 2004) es una forma de violencia que difiere de otros tipos estudiados en relación a las conductas de riesgo. Como indicamos, las causas o factores que influyen sobre la violencia filo-parenteral son múltiples (Ibabe, Jaureguizar y Díaz, 2007) y en nuestro estudio hemos identificado dos factores relacionados con este tipo de conductas:

- Presencia de trastornos de conducta (Gonzalez-Álvarez, Gesteira, Fernández-Arias y García-Vera, 2010) en los adolescentes cumpliendo medidas judiciales, que refieren violencia intrafamiliar ascendente, siendo este el delito que provocó la medida judicial, y que están siendo atendidos en módulos terapéuticos, y esto puede revelar un factor que explique alguno de los factores de este fenómeno complejo
- Consumo de drogas de que se produce como una forma de violencia hacia uno mismo relacionada con trastornos de internalización. Cuando no consiguen ejecutar sus deseos, la respuesta que expresan se manifiesta de dos formas: con el ejercicio de violencia física hacia sí mismos o hacia sus padres, es decir la violencia cambia de dirección y se convierte en reactiva.

La violencia en grupo destaca la naturaleza social de la esta conducta (Allen, Porter, Mc Farland, Marsh y Mc Elhaney, 2005; Bukowski y Sippola, 2005; Espelage, Holt y Henkel, 2003; García y Madriaza, 2005; O'Connell, Pepler y Craig, 1999; Rodkin y Berger, 2008;

Salmivalli y Voeten, 2004), y hace visible su poder para garantizar el anonimato y diluir la responsabilidad personal, ya que la responsabilidad colectiva no responde a la lógica de un juicio de reproche dirigido a un individuo singular.

Imagen personal respecto al riesgo

Los adolescentes con conductas de riesgo perciben las posibles consecuencias de su conducta infravalorando los daños y sobrevalorando los posibles beneficios. Esta percepción distorsionada se debe, entre otros factores:

- a la *búsqueda de sensaciones* entendida como una dimensión de la personalidad que se caracteriza por la necesidad de sensaciones, experiencias novedosas, y el deseo de asumir algunos riesgos físicos y sociales
- a la *fábula de la invencibilidad*, un sentimiento de invulnerabilidad presente en la adolescencia periodo en el cual la la asunción de riesgo se pueden considerar como una parte normativa.
- *grado de confianza* de que un suceso no tendrá resultados negativos, presente en la adolescencia y que está relacionado con el conocimiento individual del mundo en función de su experiencia.

No todos los adolescentes están dispuestos a asumir la misma cantidad de riesgo y esto tiene resultados en consecuencias en la conducta

LIMITACIONES Y PROPUESTAS

LIMITACIONES

Las limitaciones de nuestro estudio están relacionadas con:

Sesgo en la selección de la muestra que compromete la validez externa:

Sesgo en la selección de los sujetos del grupo de estudio: La selección de los sujetos estuvo determinado por la decisión de las Instituciones de referencia no por las necesidades de la investigación, que crean grupos de tamaño muy desigual.

Sesgo en la selección de los integrantes del grupo Control: La selección se realizó con los criterios de inclusión de edad y género, exentos de conductas de riesgo y fuera de situaciones de riesgo social. Se obtuvo un grupo no equivalente que hizo imposible el emparejamiento de los grupos de estudio y control, aunque podemos considerar que es interpretable (Cook y Campbell, 1979)

La necesidad de medir muchos constructos en un solo cuestionario obligó a la elaboración de escalas pequeñas que no ha permitido estudiarlos en profundidad.

IMPLICACIONES PARA LA PREVENCIÓN

En la medida en que un tipo de conducta de riesgo conduce a la participación en otras, y que algunos factores son predictores de diversos comportamientos de riesgo, los programas de prevención deben contener **intervenciones multimodales** en las que varios problemas pueden ser tratados al tiempo y en el mismo lugar de forma que los adolescentes aprendan a resolver satisfactoriamente las tareas evolutivas propias de este período. La aplicación de estos programas ha de estar seguida por la investigación que determine sus efectos.

Los estudios en el campo de las conductas de riesgo indican que la conducta de consumo de drogas alcanza su mayor prevalencia en la transición a la edad adulta, por lo que la prevención del uso y abuso de drogas en la adolescencia ha de ser un tema primordial en los programas preventivos.

La importancia de los trastornos precursores en la conducta de consumo en el grupo en tratamiento por consumo de drogas, evidencia la necesidad de la elaboración

de instrumentos de screening que permitan orientar y gestionar la intervención preventiva cuando alguno de estos rasgos esté presente.

Los esfuerzos futuros deben incluir programas que satisfagan las necesidades de desarrollo de los jóvenes, apoyando sus competencias en múltiples áreas, ya que aquellos adolescentes que gozan de un mayor número de recursos y activos presentan un desarrollo más saludable y positivo. Los modelos del desarrollo positivo y los modelos de déficit son complementarios: reducir y prevenir los riesgos y problemas de conducta y promover el desarrollo y la competencia son caminos paralelos que multiplican las posibilidades de intervención, no solo de cara a la prevención de conductas de riesgo, sino también para la promoción de conductas positivas.

La frecuencia y la gravedad de las sanciones escolares son indicadores potentes para la valoración del síndrome de conducta de riesgo y han de ser valorados como una señal de alarma para la prevención que debe realizarse en la escuela, y garantizar el derecho a la prevención, disminuyendo el coste personal, familiar y social, que de lo contrario se produciría.

LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN

El estudio de la conducta de riesgo requiere modelos longitudinales con el fin de facilitar la comprensión de la vida de los jóvenes mientras crecen, cambian y se transforman en jóvenes adultos. Los estudios longitudinales permitirán entender el desarrollo de la conducta; los cambios individuales que se producen por efecto de la edad; los efectos aditivos, independientes, interactivos y secuenciales de los factores de riesgo y protección; la continuidad o discontinuidad de un problema de conducta, su persistencia a lo largo del tiempo y su progresión; comprobar la utilización de los esquemas de resiliencia cuando identificando los procesos que conducen desde los factores de riesgo y protección, a buenos resultados

Las características de las relaciones familiares de los grupos de Riesgo, determinadas por múltiples factores, deben ser estudiadas con mayor detenimiento y profundidad para la obtención de una estructura capaz de evaluar las dimensiones de funcionamiento familiar que es especialmente relevante dentro del estudio de las variables mediadoras de los problemas de conducta.

Se debe profundizar en la investigación de las causas del malestar que induce o invita al consumo de drogas y a convertir la pauta de consumo desadaptativa en permanente.

Un conocimiento más exhaustivo de las características y de los factores que precipitan y determinan la violencia paterno-filial, parece un trabajo imperativo en el momento actual.

REFERENCIAS

-
- Abad, J., Forns, M., Amador, J.A. y Martorell B. (2000) Fiabilidad y validez del youth self report en una muestra de adolescentes. *Psicothema* 12, 49 – 54.
- Aberastury, A., Dornbusch, A., Goldstein, N., Knobel, M., Rosenthal, G. y Salas, E. (1991). Adolescencia y psicopatía. Duelo por el cuerpo, la identidad y los padres infantiles. En A. Aberastury y M. Knobel, *La adolescencia normal. Un enfoque psicoanalítico* (pp.110-126). Buenos Aires: Paidós.
- Abrunhosa, R. (2003). El papel de la familia en la explicación del comportamiento antisocial en la infancia y la adolescencia. En F. Fariña, y R. Arce (Eds.), *Avances en torno al comportamiento antisocial* (pp. 109-126). Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Abu-Shams, K., Carlos, M., Tiberio, G., Sebastián, A., Guillén, J. y Rivero, M. (1997). Autoconcepto de los adolescentes fumadores. *Psiquis*, 18, 57-62.
- Achenbach, T.M (1966). The classification of children's psychiatric symptoms: A factor-analytic study. *Psychological Monographs*, 80, 1-37.
- Achenbach, T.M. (1990). Conceptualization of developmental psychopathology. En M. Lewis y S. Miller (Eds.), *Handbook of developmental psychopathology*. Nueva York: Plenum.
- Achenbach, T.M. (1991). *Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 profile*. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Achenbach, T.M. y Edelbrock, C.S. (1983). *Manual for the Child Behavior Checklist and Revised Child Behavior Profile*. Burlington: Departamento de Psiquiatría, Universidad de Vermont.
- Achenbach, T.M. y Edelbrock, C.S. (1985). *Manual for the Child Behavior Checklist and Revised Child Behavior Profile*. Burlington, TV: University Associates in Psychiatry.
- Achenbach, T.M. y Edelbrock, C.S. (1987). *Manual for the Youth Self-Report and Profile*. Burlington, Vermont: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Achenbach, T.M. y Rescorla, L.A. (2001): *Manual for the ASEBA Age Forms & Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth & Families.

-
- Acton, G.S (2003) Measurement of impulsivity in a hierarchical model of personality traits: implications for substance use. *Substance Use and Misuse*, 38, 67-83.
- Adalbjarnardottir, S. y Hafsteinsson, L.G. (2001). Adolescent's perceived parenting styles and their substance use: concurrent and longitudinal analyses. *Journal of Research on Adolescence*, 11, 401-423.
- Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud-Observatorio de Salud de la Mujer. (2006) *Estudio sociológico: contexto de la interrupción voluntaria del embarazo en población adolescente y juventud temprana*. Madrid: MSC.
- Aguilera, R. (2002). Generación botellón. *¿Qué hay detrás del botellón?* Madrid. Oberon.
- Ahern, N.R., Kiehl, E.M., Sole, M.L., y Byers J. (2006). A review of instruments measuring resilience. *Comprehensive Pediatric Nursing*, 29, 103-125.
- Ainsworth, M.D. (1989). Attachment beyond infancy. *American Psychologist*, 44, 709-716.
- Albee, G.W. (1980). A competency model to replace the defect model. En M. S. Gibbs, J. R. Lachenmeyer y J. Sigal (Eds.) *Community psychology: Theoretical and empirical approaches* (pp. 213-238). Nueva York: Gardner.
- Aldridge, J. y Clayton, G. (1990). Sources of self-esteem: Perceptions of education majors. *College Student Journal*, 24, 404-409.
- Alfonso, J.P., Huedo-Medina, T. y Espada, J.P. (2009). Factores de riesgo predictores del patrón de consumo de drogas durante la adolescencia. *Anales de Psicología*, 25, 330-338.
- Allen, J.P., Hauser, S., Eickholt, C., Bell, K. y O'Connor, T. (1994). Autonomy and relatedness in family interactions as predictors of expressions of negative adolescent affect. *Journal of Research on Adolescence*, 4, 535-552.
- Allen, J.P., Leadbeater, B.J., y Aber, J.L. (1994). The development of problem behavior syndromes in at-risk adolescents. *Development and Psychopathology*, 6, 323-342.

-
- Allen, J.P., Porter, M., McFarland, F., Marsh, P. y McElhane, K. (2005). The two faces of adolescents' success with peers: Adolescent popularity, social adaptation, and deviant behavior. *Child Development, 76*, 747-760.
- Almeida, A., Lisboa, C. y Caurcel, M. (2007). ¿Por qué ocurren los malos tratos entre iguales? Explicaciones causales de adolescentes portugueses y brasileños. *Revista Interamericana de Psicología, 41*, 107-118.
- Alonso, C. y Del Barrio, V. (1996). Consumo de drogas legales y factores asociados al ambiente escolar. *Psicología Educativa, 2*, 91-112.
- Aluja, A., García, O. y García, L.F. (2002). A comparative study of Zuckerman's three structural models for personality through the NEO-PI-R, ZKQ-III-R, EPQ-RS and Goldberg's 50-bipolar adjectives. *Personality and Individual Differences, 33*, 713-726.
- American Psychiatric Association. (2007) *DSM-IV TR: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales-IV, texto revisado*. Barcelona: Elsevier Masson.
- Ammaniti, M., Van IJzendoorn, M.H., Speranza, A.M., y Tambelli, R. (2000). Internal working models of attachment during late childhood and early adolescence an exploration of stability and change. *Attachment and Human Development, 2*, 328-346.
- Anderson, N.B. (2004). *Encyclopedia of health and behavior*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Anderson, P. y Baumberg, B. (2006). *Alcohol in Europe: a public health perspective*. London: Institute of Alcohol Studies.
- Anderson, C.A. y Huesmann, L.R. (2003). Human aggression: A social-cognitive view. En M. A. Hogg y J. Cooper (Eds.), *The Handbook of Social Psychology, Revised Edition*. Sage Publications.
- Andreu, J.M., Fujihara, T. y Ramirez, J.M. (1998): Cultural and sex differences in aggression: A comparison between Japanese and Spanish students. *XIII World Meeting of ISRA*. July 12-17, Ramapo College, New Jersey. USA.
- Andreu, J.M., Ramirez, J.M. y Raine, A. (2006). Un modelo dicotómico de la agresión: Valoración mediante dos auto-informes. *Psicopatología Clínica Legal y Forense, 6*, 103-118.

-
- Anthony, E.J. (1987). Risk, vulnerability, and resilience: An overview. En E.J. Anthony y B. Cohler (Eds.), *The invulnerable child* (pp. 3-48). New York: Guilford Press.
- Aramburu, M. y Guerra, J. (2002). Estrategias de autoverificación y autoensalzamiento del yo. *Interpsiquis*, 2002. Recuperado el 30 de noviembre de 2010 desde <http://www.psiquiatria.com>
- Arce, R., Fariña, F. y Novo, M. (2003). Evaluación de menores en proceso de tratamiento por comportamiento antisocial. En F. Fariña y R. Arce, *Avances en torno al comportamiento antisocial, evaluación y tratamiento* (pp. 128-149). Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Archer, J. (1998): The physical aggression of women and men to their partners: A quantitative analysis. *XIII World Meeting of ISRA*. July 12-17, Ramapo College, New Jersey U.S.A.
- Archer, J. (1994): Testosterone and aggression. En M. Hillbrand y N.J. Pallone (Eds.): *The Psychobiology of Aggression*. New York: Haworth Press.
- Archer, J., Holloway, R. y McLouglin, K. (1995): Self-Reported physical aggression among young men. *Aggressive Behavior*, 21, 325-342.
- Archer, J. y Webb, A. (2006). The relation between scores on the Buss-Perry Aggression Questionnaire and aggressive acts, impulsiveness, competitiveness, dominance and sexual jealousy. *Aggressive Behavior*, 32, 464-473.
- Ardelt, M. y Day, L. (2002). Parents, siblings, and peers: Close social relationship and adolescent deviance. *Journal of Early Adolescence*, 22, 310-349.
- Arias, F. y Madoz, A. (2010). Cannabis. En C. Pereiro Gómez (Ed.), *Manual de adicciones para médicos especialistas en formación*. (pp. 613 - 636). Socidrogalcohol. Recuperado el 27 de marzo de 2010 desde http://www.socidrogalcohol.org/index.php?option=com_docman&Itemid=26
- Arnett, J.J. (1992). Reckless behavior in adolescence: A developmental perspective. *Developmental Review*. 12, 339-373.
- Arnett, J.J. (2000). Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties. *American Psychologist*, 55, 469-480.

-
- Ary, D.V., Duncan, T.E., Biglan, A., Metzler, C.W., Noell, J.W., y Smolkowski, K. (1999). Development of adolescent problem behavior. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 27, 141–150.
- Asamblea General de las Naciones Unidas, Directrices de las Naciones Unidas para la prevención de la delincuencia juvenil (Las directrices de Riyadh), aprobadas por la Asamblea General el 14 de diciembre de 1990, A/RES/45/112, recuperado el 12 de marzo de 2011 desde http://www2.ohchr.org/spanish/law/directrices_riad.htm
- Ashford, J.B., LeCroy, C.W. y Lortie, K.L. (2000). *Humanbehavior in the social environment: A multidimensional perspective*. Belmont, CA: Brooks/Cole.
- Augimeri, L.K., Koegl, C J., Webster, C.D. y Levene, K.S. (2001) *Early Assessment Risk List for Boys (EARL-20B), Version 2*. Toronto: Earls court Child and Family Centre.
- August, G.J., Stewart, M. A. y Holmes, C.S. (1983). A four-year follow-up of hyperactive boys with and without conduct disorder. *British Journal of Psychiatry*, 143, 192–198.
- Aultman, M.G. y Wellford, C.F. (1979). Towards an integrated model of delinquency causation: an empirical analysis. *Sociology and Social Research*, 63, 316–327.
- Bäßler, J. y Schwarzer, R. (1996). Evaluación de la autoeficacia: Adaptación española de la escala de autoeficacia general *Ansiedad y Estrés*, 2(1), 1-8.
- Baigorri, A., Fernández, R. y GIESyT (2003). *Botellón. Un conflicto postmoderno*. Barcelona: Icaria.
- Baldwin, S. y Hoffman, J., (2002). The dynamics of self-esteem: a growth-curve analysis. *Journal of Youth and Adolescence*, 31, 101–113.
- Ballesteros J.C., Babín J.F., Rodríguez, M.A. y Megías, E. (2009). *Ocio (y riesgos) de los jóvenes madrileños*. Obra Social Caja Madrid: Madrid.
- Bandura, A. (1973). *Aggression. A social learning analysis*. New York: Prentice Hall.
- Bandura, A. (1977a). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Bandura, A. (1977b). *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.
- Bandura, A. (1987). *Pensamiento y acción: Fundamentos sociales*. Barcelona: Martínez Roca.
- Bandura, A. (1994). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freedman.
- Barkin, S., Kreiter, S. y Durant R.H. (2001). Exposure to violence and intentions to engage in moralistic violence during early adolescence. *Journal of Adolescent*, 24, 777–89.
- Barnes, G.M. (1984). Adolescent alcohol abuse and other problem behaviors: Their relationships and common parental influences. *Journal of Youth and Adolescence*, 13, 329–348.
- Barnes, G.M. y Welte, J.W. (1986). Adolescent alcohol abuse: Subgroup differences and relationships to other problem behaviors. *Journal of Adolescent Research*, 1, 79–94.
- Barnes, H.L. y Olson, D.H. (1985). Prent-adolescent communication and the Circumplex Model. *Child Development*, 56, 438-447.
- Barkley, R.A. (1981). Hyperactivity. En E. Mash y L. Terdal (Eds.), *Behavioral Assessment of Childhood Disorders*. New York: Guilford Press.
- Barkley, R.A. (1997). Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: Constructing a unifying theory of ADHD. *Psychological Bulletin*, 121, 65-94.
- Barkley, R.A. (1998). *Attention deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (2nd. Ed.). New York: Guilford.
- Barkley R.A. (2006.) Symptoms, diagnosis, prevalence and gender differences 26. En: R.A. Barkley, (Ed.) *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. A Handbook for diagnosis and treatment*. 3.ª ed. London: The Gilford Press. pp. 77-121.
- Barkley, R.A. (2011). *Executive functioning and self-regulation: Integration, Extended Phenotype, and Clinical Implications*. New York: Guilford Press.

-
- Barkley, R.A., Edwards, G., Laneri, M., Fletcher, K. y Metevia, L. (2001). Executive functioning, temporal discounting, and sense of time in adolescents with attention deficit hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 29, 541-556.
- Barkley, R.A., Fischer, M., Edelbrock, C.S., y Smallish, L. (1990). The adolescent outcome of hyperactive children diagnosed by research criteria, I: An 8-year prospective follow-up study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 546–557.
- Barkley, R.A., Fischer, M., Smallish, L. y Fletcher, K.R. (2002). The persistence of attention deficit hyperactivity disorder into young adulthood as a function of reporting source and definition of disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 111, 279–289.
- Barkley, R.A., Murphy, K.R. y Fischer, M. (2008). *ADHD in Adults: What the Science Says*. New York: Guilford Publications.
- Barkley R.A., Robin, A.L. y Benton, C.M. (2011). *Adolescentes desafiantes y rebeldes: 10 pasos para solucionar los conflictos y mejorar la convivencia*. Barcelona: Paidós.
- Baron, R.A. y Richardson D.R. (1994). *Human aggression*. Plenum Press. New York.
- Barrera, M., Biglan, A., Ary, D. y Li, F. (2001). Replication of a problem behavior model with American Indian, Hispanic and Caucasian youth. *Journal of Early Adolescence*, 21, 133–157.
- Barrett Singer, A. y Weinstein, R. (2000). Differential parental treatment predicts achievement and self-perceptions in two cultural contexts. *Journal of Family Psychology*, 14, 491–509.
- Barron Pardo, E., Mateos Agut, M. y Martínez Villate, I. (2004) Temperamento y carácter en adictos a cocaína y a opiáceos. *Adicciones*, 16, 287-294.
- Bartol, C.R. y Bartol, A.M. (1989). *Juvenile Delinquency: A systems approach*. Englewood, N. J.: Prentice-Hall.
- Baruth, K.E. y Carroll, J.J. (2002). A formal assessment of resilience: The Baruth Protective Factors Inventory. *Journal of Individual Psychology*, 58, 235–244.

-
- Bauman, K.E. y Ennett, S.T. (1996). On the importance of peer influence for adolescent drug use: Commonly neglected considerations. *Addiction*, *91*, 185–198.
- Baumrind, D. (1967). Effects of authoritative control on child behavior. *Child development*, *37*, 887-907.
- Baumrind, D. (1987). A developmental perspective on adolescent risk-taking behavior in contemporary America. En W. Damon, (Ed.). *New directions for child development: Adolescent health and social behavior*. (pp. 93-126). San Francisco: Jossey-Bass.
- Baumrind, D. (1991b). Effective parenting during the early adolescent transition. En P. A. Cowan y E. M. Hetherington (Eds.), *Advances in family research* (Vol. 2, pp. 111–163). Hillsdale, NJ: Erlbaum. Ver donde está citado.
- Beam, M.R., Chen, C. y Greenberger, E. (2002). The nature of adolescents' relationship with their "very important" nonparental adults. *American Journal of Community Psychology*, *30*, 305–325.
- Becker, H. (1966). *Outsiders: Studies in the Sociology of Deviance*. New York: Free Press Paperback.
- Becoña, E. (2000). Los adolescentes y el consumo de drogas. *Papeles del psicólogo*, *77*, 25-32.
- Becoña, E. (2001). Factores de riesgo y protección familiar para el uso de drogas. En R. Secades Villa y J. R. Fernández Hermida (Eds.), *Intervención Familiar en la Prevención de las Drogodependencias*. Madrid. Plan Nacional sobre la Drogas.
- Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- Becoña, E. (2003). Tabaco, ansiedad y estrés. *Salud y drogas*, *3*, 70-92.
- Becoña, E. (2006). Resiliencia: Definición, características y utilidad del concepto. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. *11*, 125-146.
- Becoña, E. (2007). Bases psicológicas de la prevención del consumo de drogas. *Papeles del Psicólogo*, *28*, 11-20

-
- Becoña, E. y Míguez, M.C. (2004). Ansiedad y consumo de tabaco en niños y adolescentes. *Adicciones*, 16, 91-96.
- Becoña E., Míguez M.C., López, A., Vázquez, M.J. y Lorenzo M.C. (2006). Resiliencia y consumo de tabaco en jóvenes. *Prevención Del Tabaquismo*. 8, 99-107.
- Belza, M.J., Koerting , A., Suárez, M., Álvarez, R., López, M., Melero, I. y Royo, A. (2006) *Jóvenes, relaciones sexuales y riesgo de infección por VIH/sida en España 2003*. FIP-SE. Recuperado el 9 de diciembre de 2010 desde <http://www.fipse.es/mixto/biblioteca/00000096/00000191/827/20090328232325.pdf>
- Benson, P.L., Scales, P.C., Hamilton, S.F. y Sems, A., Jr. (2006). Positive youth development: Theory, research, and applications. En W. Damon y R. M. Lerner (Series Eds.) y R. M. Lerner (Vol. Ed.), *Handbook of child psychology: Vol. 1. Theoretical models of human development* (6ª ed., pp. 894–941). Hoboken, NJ: Wiley.
- Bentler, P.M. (1987). Drug use and personality in adolescence and young adulthood: Structural models with nonnormal variables. *Child Development*, 58, 65–79.
- Bergen, H.A., Martin, G., Roeger, L. y Allison, S. (2005). Perceived academic performance and alcohol, tobacco and marijuana use: Longitudinal relationships in young community adolescents. *Addictive Behaviors*, 30, 1563-1573.
- Berger K. (2004). *Psicología del desarrollo. Infancia y adolescencia*. (6ª ed.), Buenos Aires. Médica Panamericana.
- Berger, C., Karimpour, R. y Rodkin, P. (2008). Bullies and victims at school: Perspectives and strategies for primary prevention. En T. Miller(Ed.). *School violence and primary prevention* (pp. 287-314). New York: Springer-Verlag.
- Berkowitz, L. (1986). Situational influences on reactions to observed violence. *Journal of Social Issues*, 42, 93-106.
- Berkowitz, L. (1989). Frustration-aggression hypothesis examination and reformulation. *Psychological Bulletin*, 14, 59-73.
- Berkowitz, L. (1996). *Agresión: causas, consecuencias y control*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

-
- Betnowitz N.L. (2009). Pharmacology of Nicotine: Addiction, Smoking-Induced Disease, and Therapeutics. *Annual Review of Pharmacology and Toxicology*, 49, 57–71.
- Bierman, K. (2004). *Peer rejection: Developmental processes and intervention strategies*. New York: Guilford.
- Billieux, J., Van der Linden, M. y Ceschi, G. (2007). Which dimensions of impulsivity are related to cigarette craving? *Addictive Behavior*, 32, 1189-1199.
- Billy, J.O.G. y Udry, J.R. (1985). The influence of male and female best friends on adolescents' sexual behavior. *Adolescence*, 20, 21–32.
- Bimbela, J.L. y Maroto, G. (2003) *Mi chico no quiere utilizar condón, estrategias innovadoras para la prevención de la transmisión sexual del VIH/SIDA*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública.
- Bisquerra, R. (2000). *Educación emocional y bienestar*. Barcelona: Editorial Praxis.
- Björkqvist, K. (1994). Sex differences in physical, verbal and indirect aggression: A review of recent research. *Sex Roles*, 30, 177-188.
- Bjorkvist, K., Lagerspetz, K.M. y Kaukiainen, A. (1992). Do girl's manipulative behavior and boys fight? Developmental trends in regard to direct and indirect aggression. *Aggressive Behavior* 18, 117-127.
- Björkqvist, K. y Niemela, P. (1992). New trends in the study of female aggression. En K. Björkqvist y P. Niemela (Eds.) *Of mice and women: aspects of female aggression*. San Diego, CA: Academic Press.
- Blascowitch, J. y Tomaka, J. (1991). Measures of self-esteem. En J.P. Robinson, P.R. Shaver y L.S. Wrightsman (Eds.), *Measures of personality and social psychological attitudes*. Nueva York: Academic Press.
- Block, J., Block, H. y Keyes, S. (1988). Longitudinally foretelling drug usage in adolescence: Early childhood personality and environmental precursors. *Child Development*, 59, 336-355.
- Bloomfield, K., Stockwell, T., Gmel, G. y Rehn, N. (2003). International comparisons of alcohol consumption. *Alcohol Research and Health*, 27, 95-109.

-
- Blum, L.M. y Blum, R.Wm. (2009) Resilience in adolescence. En R.J., DiClemente, J.S. Santelli, y R.A Crosby (Eds.). *Adolescent Health Understanding and Preventing Risk Behaviors*. Ca: John Wiley & Sons.
- Blum, R.Wm., McNeely, C. y Nonnemaker, J. (2002). Vulnerability, risk, and protection. *Journal of Adolescent Health, 31*, 28–39.
- Blustein, D.L. y Noumair, D.A. (1996). Self and identity in career development: Implications for theory and practice. *Journal of Counselling and Development, 74*, 433-441.
- Blustein, D.L., Prezioso, M.S. y Schultheiss, D.P. (1995). Attachment theory and career development: Current status and future directions. *The Counselling Psychologist, 23*, 416-432.
- Boardman, J.D. (2009). State-Level Moderation of Genetic Tendencies to Smoke. *American Journal Public Health, 99*, 480–486.
- Bobes, J., Casas, M. y Gutiérrez, M. (2003) Manual de evaluación y tratamiento de drogodependencias. Barcelona, ES: Ars Médica.
- Bostic, J., (2004) Child/Adolescent Psychiatry Screen (CAPS) recuperado el 25 de mayo de 2007 desde www.schoolpsychiatry.org.
- Botvin, G.J. y Griffin, K.W. (2004). Life skills training: empirical predictions and future directions. *The Journal of Primary Prevention, 25*, 211–32.
- Boulton, M.J. (1999). Concurrent and longitudinal relations between children's playground behavior and social preference, victimization, and bullying. *Child Development, 70*, 944-954.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and Loss*. Vol. 3: Loss, Sadness and Depression. The Hogarth Press: Londres.
- Bowlby, J. (1982). Attachment and loss: retrospect and prospect. *American Journal of Orthopsychiatry, 52*, 664-678.
- Bowlby, J. (1989). *Una base segura*. Buenos Aires: Paidós.

-
- Boxer, P., Goldstein, S., Musher-Eizenman, D., Dubow, E. y Heretick, D. (2005). Developmental issues in school-based aggression prevention from a social-cognitive perspective. *The Journal of Primary Prevention*, 26, 383-400.
- Boyer, E.W., Shannon, M. y Hibberd P. (2005). The internet and psychoactive substance use among innovative drug users. *Pediatrics*, 115, :302-305.
- Bradley, G. y Wildman, K. (2002). Psychosocial predictors of emerging adults' risk and reckless behaviors. *Journal of Youth and Adolescence*. 31, 253-265.
- Brody, G., Stoneman, Z. y McCoy, J. (1994). Forecasting sibling relationships in early adolescence from child temperaments and family processes in middle childhood. *Child Development*, 65, 771–784.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by Nature and Design*. Cambridge, M.A.: Harvard University.
- Bronfenbrenner, U. (1989). Ecological systems theory. En R. Vasta (Ed.), *Annals of child development: Six theories of child development- Revised formulations and current issues* (pp. 187–249). London: JAI Press.
- Bronfenbrenner, U. (1993). The ecology of cognitive development: Research models and fugitive findings. En R. H. Wozniak y K. Fischer (Eds.), *Scientific environments* (pp. 3–44). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Bronfenbrenner, U. (2001). The bioecological theory of human development. En N. Smelser y P. Baltes (Eds.), *International encyclopedia of the social and behavioral sciences* (Vol. 10, pp. 6963–6970). New York: Elsevier.
- Bronfenbrenner, U. y Morris, P.A. (2006). The bioecological model of human development. En W. Damon y R.M. Lerner (Series Eds.) y R.M. Lerner (Vol. Ed.), *Handbook of child psychology: Vol. 1. Theoretical models of human development* (6th ed., pp. 793–828). Hoboken, NJ: Wiley.
- Brown, J.D. y Cantor, J. (2000). An agenda for research on youth and the media. En J. D. Brown y J. Cantor (Eds.), *The mass media and adolescents' health*. *Journal of Adolescent Health*, 27, 2–7.

-
- Brown, Th.E. (2000). *Attention deficit disorders and comorbidities in children, adolescents and adults*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Bruner, J. (1998). *Actos de significado*. Madrid: Alianza. (Ed.orig. 1990).
- Brunshaw, J.M. y Szatmari, P. (1988). The agreement between behavior checklist and structured psychiatric interviews for children. *Canadian Journal of Psychiatry*, 33, 474-481.
- Buchanan, T., Johnson, J.A., y Goldberg, L.R. (2005). Implementing a Five-factor personality inventory for use on the Internet. *European Journal of Psychological Assessment*, 21, 116–128.
- Buckner, J.C., Mezzacappa, E. y Beardslee, W.R. (2003). Characteristics of resilient youths living in poverty: The role of self-regulatory processes. *Development and Psychopathology*, 15, 139–162.
- Buhrmester, D. y Furman, W. (1987). The development of companionship and intimacy. *Child Development*, 58, 1101–1103.
- Bui, K.V.T., Ellickson, P.L. y Bell, R.M. (2000). Cross-lagged relationships among adolescent problem drug use, delinquent behavior and emotional distress. *Journal of Drug Issues*. 30, 283–304.
- Buikhuisen, W., (1988) Chronic Juvenile Delinquency: A Theory. En W. Buikhuisen y S.A. Mednick (Eds.). *Explaining Criminal behavior: Interdisciplinary approaches*. (pp. 3–7). Leiden, The Netherlands: E. J. Brill.
- Buikhuisen, W. y Mednick, S.A. (1988). The Need for an Integrative Approach to Criminology. En W. Buikhuisen y S.A. Mednick (eds.). *Explaining Criminal behavior: Interdisciplinary approaches*. (pp. 3–7). Leiden, The Netherlands: E. J. Brill.
- Bukowski, W. y Sippola, L. (2005). Friendship and development: Putting the most human relationship in its place. En L. Jensen y R. Larson (Eds.), *New horizons in developmental theory and research* (pp. 91-98). San Francisco: Jossey-Bass.
- Bullock, B. y Dishion, T. (2002). Sibling collusion and problem behavior in early adolescence: Toward a process model for family mutuality. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 30, 143–153.

-
- Bürgin, D. y Steck, B. (2008). Resilienz im Kindes- und jugendalter [Resilience in childhood and adolescence]. *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*, 159, 480-489.
- Burke, J.D., Loeber, R. y Lahey, B. (2001). Which aspects of ADHD are associated with tobacco use in early adolescence? *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 42, 493-502.
- Burke, J.D., Loeber, R., White, H.R., Stouthamer-Loeber, M. y Pardini, D.A. (2007). Inattention as a Key Predictor of Tobacco Use in Adolescence. *Journal of Abnormal Psychology* 2007, 116:249-259.
- Buss, A.H. (1961). *The psychology of aggression*. New York: Wiley.
- Caffray, C. y Schneider, S. (2000). Why do they do it? Affective motivators in adolescents' decisions to participate in risk behaviours. *Cognition & Emotion*, 14, 543-576.
- Cairns, R.B., Cairns, B.D., Neckerman, H., Ferguson, L. y Gariépy, J. (1989). Growth and aggression: 1. Childhood to early adolescence. *Developmental Psychology*, 25, 320-330.
- Calafat, A. (2007). El abuso de alcohol de los jóvenes en España. *Adicciones*, 19, 217-224.
- Calafat, A., Juan, M., Becoña, E., Castillo, A., Fernandez, C., Franco, M., Pereiro, C. y Ros, M. (2005). El consumo de alcohol en la lógica del botellón. *Adicciones*, 17, 193-202.
- Campbell, A. y Muncer, S. (1994): Men and the meaning of violence. En Archer, J. (Ed.): *Male Violence* (pp. 332-351). London: Routledge.
- Campbell, A., Muncer, S. y Coyle, E. (1992): Social representation of aggression as an explanation of gender differences. *Aggressive Behavior*, 18, 95-108.
- Campbell, A., Muncer, S. y Gorman, B. (1993): Sex and social representations of aggression. *Aggressive Behavior*, 19, 125-135.
- Card, N. y Little, T.D. (2007). Longitudinal modeling of developmental processes. *International Journal of Behavioral Development*, 31, 297-302.

-
- Cardenal, V. (1999). El autoconocimiento y la autoestima en el desarrollo de la madurez personal. Archidona, Málaga: Aljibe.
- Cardona, O.D. (2001). La Necesidad de repensar de manera holística los conceptos de vulnerabilidad y riesgo: Una crítica y una revisión para la gestión. Recuperado el 12 de mayo de 2010 desde www.desenredando.org.
- Carey, K.B. (2001). Understanding binge drinking: Introduction to the special issue. *Psychology of Addictive Behaviors*, 15, 283-286.
- Casco, F.J. y Oliva, A. (2005). Valores y expectativas sobre la adolescencia. Discrepancias entre padres, profesores, mayores y adolescentes. *Infancia y Aprendizaje*, 28, 209-220.
- Case, S. (2007). Questioning the evidence of risk that underpins evidence-led youth justice interventions, *Youth Justice*, 7, 91-105.
- Casey, B.J., Giedd, J.N. y Thomas, K.M. (2000). Structural and functional brain development and its relation to cognitive development. *Biological Psychology*. 54, 246–257.
- Caspi, A., Moffitt, T.E., Silva, P.A., Stouthamer-Loeber, M., Krueger R.F. y Schmutte P.S. (1994). Are Some People Crime-Prone? Replications of the Personality-Crime Relationship across Countries, Genders, Races, and Methods. *Criminology*, 3, 163–195.
- Catalano, R.F. y Hawkins, J.D. (1996). The social development model: a theory of anti-social behavior. En: Hawkins JD, (ed.). *Delinquency and Crime: Current Theories*. New York, NY: Cambridge University Press, 149-197.
- Catalano, R.F., Haggerty, K.P., Oesterle, S., Fleming, C.B. y Hawkins., J.D. (2004). The importance of bonding to school for healthy development: Findings from the Social Development Research Group. *Journal of School Health* 74, 252-261.
- Catalano, R.F., Kosterman, R., Hawkins, J.D., Newcomb, M.D. y Abbott, R.D. (1996). Modeling the etiology of adolescent substance use: A test of the social development model. *Journal of Drug Issues* 26, 429–455.

-
- Cauffman, E. y Steinberg, L. (2000). (Im)maturity of judgment in adolescence: Why adolescents may be less culpable than adults. *Behavioral Sciences and the Law*, 18, 741–760.
- Cava, M.L. y Musitu, G. (2001). *La potenciación de la autoestima en la escuela*. Barcelona: Paidós.
- Centro Nacional de Epidemiología, (2006) Vigilancia epidemiológica de las infecciones de transmisión sexual. 1995-2005.
- Chang, L. (2004). The Role of Classroom Norms in Contextualizing the Relations of Children's Social Behaviors to Peer Acceptance. *Developmental Psychology* Copyright 40, 691–702.
- Chassin, L., Curran, P.J., Hussong, A.M. y Colder, C.R. (1996). The relation of parent alcoholism to adolescent substance use: A longitudinal follow-up study. *Journal of Abnormal Psychology*, 105, 70–80.
- Chassin, L., Hussong, A. y Beltran, I. (2009). Adolescent Substance Use. En R. M. Lerner y L. Steinberg (Eds.), *Handbook of adolescent psychology* (3ª ed.), (pp. 721-763). NY: John Wiley.
- Chassin, L., Pillow, D.R., Curran, P.J., Molina, B.S. y Barrera, Jr., M. (1993). Relation of parental alcoholism to early adolescent substance use: A test of three mediating mechanisms. *Journal of Abnormal Psychology*, 102, 3-19.
- Chassin, L., Pitts, S. y Prost, J. (2002). Trajectories of heavy drinking from adolescence to young adulthood: Adolescent predictors and young adult outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 67-78.
- Chassin, L., Presson, C.C., Todd, M., Rose, J. y Sherman, S.J. (1998). Maternal socialization of adolescent smoking: The intergenerational transmission of parenting and smoking. *Developmental Psychology*, 34, 1189–1201.
- Chen, E., Matthews, K.A. y Boyce, W.T. (2002). Socioeconomic differences in children's health: How and why do these relationships change with age? *Psychological Bulletin*. 128: 295–329.

-
- Cid, J. y Larrauri, E. (2001), *Teorías criminológicas. Explicación y prevención de la delincuencia*. Bosch: Barcelona.
- Cillessen, A. y Borch, C. (2006). Developmental trajectories of adolescent popularity: A growth curve modelling analysis. *Journal of Adolescence*, 29, 935-959.
- Cillessen, A. y Mayeux, L. (2004). From censure to reinforcement: Developmental changes in the association between aggression and social status. *Child Development*, 75, 147-163.
- Clark, C., Prior, M. y Kinsella, G.J. (2000). Do executive function deficits differentiate between adolescents with ADHD and oppositional defiant/conduct disorder? A neuropsychological study using the Six Elements Test and Hayling Sentence Completion Test. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 28, 405-414.
- Clark, L.A., Watson, D. y Reynolds, C.R. (1995). Diagnosis and classification of psychopathology: Challenges to the current system and future directions. *Annual Review of Psychology*, 46, 121-153.
- Clemente, A. (1996). *Psicología del Desarrollo adulto*. Madrid: Narcea.
- Clemente, M., Espinosa, P. y Vidal, M.A. (2009). Aggressive symbolic model identification in 13 year old youths. *The European Journal of Psychology Applied to Legal Context*, 1, 45-68.
- Clemente-Estevan, R.A. y Hernández-Blasi, C. (Eds.) (1996). *Contextos de desarrollo psicológico y educación*. Archidona: Aljibe.
- Climent, B. y González, V. (2010). Drogas emergentes. En C. Pereiro Gómez (Ed.), *Manual de adicciones para médicos especialistas en formación*. (pp. 637 - 667). Sociodrogalcohol. Recuperado el 20 de septiembre de 2010 desde http://www.socidrogalcohol.org/index.php?option=com_docman&Itemid=26
- Cloninger, C.R. (1987). Neurogenetic adaptative mechanisms in alcoholism. *Science*, 236, 410-416.
- Cloward, R. y Ohlin, L. (1955). *Delinquency and Opportunity: A Theory of Delinquency Boys: The Culture of the Gang*. Glencoe, Ill.: Free Press.

-
- Cochran, J., Wood, P. y Arneklev, B. (1994), "Is the Religiosity-Delinquency Relationship Spurious? A Test of Arousal and Social Control Theories." *Journal of Research in Crime and Delinquency* 31:92–123.
- Cole, A. y Kerns, K. (2001). Perceptions of Sibling Qualities and Activities of Early Adolescents. *The Journal of Early Adolescence*, 21, 204-227.
- Coleman, J. y Hagel, L.A. (Eds.) (2007). *Adolescence, Risk and Resilience: Against the odds*. England: Wiley.
- Coll, C., Gómez, I., Martí, E., Mauri, T., Miras, M., Onrubia, J., Solé, I. y Valls, E. (1997). *Psicologia de la instrucció*. Barcelona: Universitat Oberta de Catalunya.
- Collins, W.A., (1995). Relationships and development: Family adaptation to individual change. En S. Shulman (Ed.), *Close relationships and socioemotional development* (pp. 128–154). New York: Ablex.
- Collins, W.A. (1997). Relationships and development during adolescence. Interpersonal adaptation to individual change. *Personal Relationships*, 4, 1-14.
- Collins, W.A., Maccoby, E., Steinberg, L., Hetherington, E.M. y Bornstein, M. (2000). Contemporary research on parenting: The case for nature and nurture. *American Psychologist*, 55, 218–232.
- Collins, W.A. y Laursen, B. (2004a). Changing relationships, changing youth: Interpersonal contexts of adolescent development. *Journal of Early Adolescence*, 24, 55–62.
- Collins, W.A. y Laursen, B. (2004b). Parent-adolescent relationships and influences. En R. Lerner y L. Steinberg (Eds.), *Handbook of adolescent psychology* (2ª ed., pp. 331–361). New York: Wiley.
- Collins, W.A. y Madsen, S.D. (2003). Developmental changes in parenting interactions. En L. Kuczynski (Ed.), *Handbook of dynamics in parent-child relations* (pp. 49–66). Beverly Hills, CA: Sage.
- Collins, W.A. y Repinski, D.J. (2001). Parents and adolescents as transformers of relationships: Dyadic adaptations to developmental change. En J.R.M. Gerris (Ed.), *Dynamics of parenting: International perspectives on nature and sources of parenting* (pp. 429–443). Leuven, Netherlands: Garant.

-
- Collins, W.A. y Steinberg, L. (2006) Adolescent development in interpersonal context. En W. Damon y R. M. Lerner (Eds. Serie) y N. Eisenberg (Ed. Vol.), *Handbook of child psychology, Vol. 3: Social, Emotional, and Personality Development* (6ª ed.; pp. 1003 – 1067). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Colman, I., Murraray, J., Abbott, R.A., Maughan, B., Kuh, D., Croudace, T.J., et al., (2009). Outcomes of conduct problems in adolescence: 40 year follow-up of a national cohort. *British Medical Journal*, 338, 1-8.
- Colvin, M. y Pauly, J. (1983). A critique of criminology: toward an integrated structural-marxist theory of delinquency production. *American Journal of Sociology*, 89, 513–551.
- Comisión Clínica de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. (2007) *Informe sobre Alcohol*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Recuperado el 4 de abril de 2010 desde <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/InformeAlcohol.pdf>.
- Compas, B.E., (2004). Processes of risk and resilience in adolescence. En R. Lerner y L. Steinberg (Eds.), *Handbook of adolescent psychology* (2ª ed., pp. 263-296). NY: John Wiley.
- Compas, B.E., Connor-Smith, J.K. y Jaser, S.S. (2004). Temperament, stress reactivity, and coping: Implications for depression in childhood and adolescence. *Journal of Clinical Child and adolescent Psychology*. 33, 21-31.
- Comunidad de Madrid. Servicio de Promoción de la Salud (2004). Las concepciones de salud de los jóvenes. Informe 2004. Volumen II: prácticas y comportamientos relativos a los hábitos saludables. Madrid: Instituto de Salud Pública.
- Conger, J.J. (1971). A world they never knew: The family and social change. *Daedalus*, 100, 1128-1142.
- Conger, R., Conger, K. y Elder, G. (1997). Family economic hardship and adolescent academic performance: Mediating and moderating processes. En G. Duncan & J. Brooks-Gunn (Eds.). *Consequences of growing up poor* (pp. 288-310). New York: Russell Sage Foundation.

-
- Conger, R., Conger, K., Elder, G., Lorenz, F., Simons, R. y Whitbeck, L. (1992). A family process model of economic hardship and adjustment of early adolescent boys. *Child Development, 63*, 526-541.
- Conger, R., Conger, K., Elder, G., Lorenz, F., Simons, R. y Whitbeck, L. (1993). Family economic stress and adjustment of early adolescent girls. *Developmental Psychology, 29*, 206–219.
- Connor, D.F. (2002). *Aggression and antisocial behavior in children and adolescents*. New York: Guilford Press.
- Connor, K.M. y Davidson, J.R.T. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety, 18*, 76-82.
- Conway, K.P., Kane, R.J., Ball, S. A., Poling, J.C., y Rounsaville, B.J. (2003). Personality, substance of choice, and polysubstance involvement among substance dependent patients. *Drug and Alcohol Dependence, 71*, 65-75.
- Cook, T.D. y Campbell, D.T. (1979). *Quasi-experimentation: Design and analysis issues for field settings*. Boston: Houghton Mifflin Company.
- Cook, W.L. (2001). Interpersonal influence in family systems: A social relations model analysis. *Child Development, 72*, 1179–1197.
- Cooper, M.L., Frone, M.R., Russell, M. y Mudar, P. (1995). Drinking to regulate positive and negative emotions: A motivational model of alcohol use. *Journal of Personality and Social Psychology, 69*, 990-1005.
- Cooper, M.L., Wood, P.K., Orcutt, H.K. y Albino, A. (2003). Personality and the predisposition to engage in risky or problem behaviors during adolescence. *Journal of Personality and Social Psychology, 84*, 390–410.
- Coopersmith, S. (1967). *The antecedents of self-esteem*. San Francisco: W.H. Freeman.
- Corrao, G., Bagnardi, V., Zambon, A. y Arico, S. (1999). Exploring the dose-response relationship between alcohol consumption and the risk of several alcohol-related conditions: a meta-analysis. *Addiction, 94*, 1551-1573.

-
- Cortés, M.T. (2006). Realidad del fenómeno botellón: ¿hacia dónde vamos? *20 Congreso Sociedad, Familia y Drogas (FAD)*. Recuperado el 23 de noviembre de 2010 desde http://www.fad.es/sala_lectura/Congreso2006_Valencia.pdf
- Cortés, M.T. (2008). Episodio de Consumo Intensivo de Alcohol y botellón. Conferencia Internacional EMNA / FARE. Alcohol, familia y jóvenes. Prevención y tratamiento. Madrid.
- Cortés, M.T., Espejo, B., y Giménez, J.A. (2007). Características que definen el fenómeno del botellón en universitarios y adolescentes. *Adicciones*, *19*, 357-372.
- Cortés, M.T., Espejo, B., Martín, B. y Gómez C. (2010) Tipologías de consumidores de alcohol dentro de la práctica del botellón en tres ciudades españolas. *Psicotema* *22*, 363-368.
- Costello, E.J., Edelbrock, C. y Costello, A. (1985). Validity of the NIMH Diagnostic Interview Schedule for Childre: A comparison between psychiatric and pediatric referrals. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *13*, 579-595.
- Costello, E.J., Erkanli, A., Federman, E. y Angold, A. (1999). Development of psychiatric comorbidity with substance abuse in adolescents: Effects of timing and sex. *Journal of Clinica Child Psychology*, *28*, 298-311.
- Cottrel, B. y Monk, P. (2004). Adolescent-to-parent abuse: A qualitative overview of common themes. *Journal of Family Issues*, *25*, 1072-1095.
- Courtney, K.E., y Polich, J. (2009). Binge drinking in young adults: Data, definitions and determinants. *Psychological Bulletin*, *135*, 142-156.
- Cranford, J.A., McCabe, S.E. y Boyd, C.J. (2006). A new measure of binge drinking: Prevalence and correlates in a probability sample of undergraduates. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, *30*, 1896-1905.
- Criado Álvarez J.J. y Romo B.C. (2003.) Variability and tendencies in the consumption of methylphenidate in Spain. An estimation of the prevalence of attention deficit hyperactivity disorder. *Rev Neurol*, *37*, 806-10.

-
- Crick, N.R y Dodge, K.A. (1994). A review and reformulation of social information-processing mechanisms in children's social adjustment. *Psychological Bulletin*, 115, 74-101.
- Crick, N.R. y Dodge, K.A. (1996). Social information-processing mechanisms in reactive and proactive aggression. *Child Development*, 67, 993-1002.
- Crick N.R. y Grotperter, J.K. (1995). Relational aggression, gender and social psychological adjustment. *Child Development*, 66, 710-722.
- Crittenden, P., Claussen, A. y Sugarman, D. (1994). Physical and psychological maltreatment in middle childhood and adolescence. *Development and Psychopathology*, 6, 145-164.
- Crockett, L.J. (1997). Cultural, historical, and subcultural contexts of adolescence: implications for health and development. En J. Schulenberg, J.L. Maggs y K. Hurrellmann (Eds.), *Health risks and developmental transitions during adolescence* (pp.23-53). Nueva York: Cambridge University Press.
- Csikszentmihalyi, M. y Larson, R.W. (1984). *Being adolescent*. New York: Basic Books.
- Cuenca, M. (1999). Ocio y Formación: Hacia la equiparación de oportunidades mediante la educación de Ocio. Bilbao. Universidad de Deusto.
- Cyrlunik, B. (2002) *Los patitos feos*. Barcelona: Gedisa.
- Cyrlunik, B. (2001) *La maravilla del dolor*. Barcelona: Granica.
- Cyrlunik, B. (2004) *El murmullo de los fantasmas*. Barcelona: Gedisa.
- Cyrlunik, B. (2009) *Autobiografía de un espantapájaros*. Barcelona: Gedisa.
- Damon, W. (2004). What is positive youth development? *Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 591, 13-24.
- De Oñate, P. (1996). El autoconcepto, formación, medida e implicaciones en la personalidad. Madrid: Narcea.

-
- Dekovic, M., Noom, M. J. y Meeus, W. (1997). Expectations regarding development during adolescence: Parental and adolescent perceptions. *Journal of Youth and Adolescence*, 26, 253-272.
- Del Barrio, V. (2002). Emociones infantiles. Evolución, evaluación y prevención. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Observatorio Español sobre Drogas (2009). *Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias 2008* (ESTUDES). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Observatorio Español sobre Drogas (2010). *Informe 2009. Situación y tendencias de los problemas de drogas en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo (PNSD).
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Observatorio Español sobre Drogas (2011). *Presentación de la Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias 2010* (ESTUDES). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Recuperado el 27 de marzo de 2012 desde: http://www.msc.es/novedades/docs/PRESENTACION_ESTUDES_2010.pdf.
- Dembo, R., Williams, L., Wothke, W., Schmeidler, J., Getreu, A., Berry, E. y Wish, E. D. (1992). The generality of deviance: Replication of a structural model among high risk youths. *Journal of Research in Crime and Delinquency*, 29, 200–216.
- Denckla, M.B. (1996). A theory and model of executive function: A neuropsychological perspective. En G. R. Lyon y N. A. Krasnegor (Eds.), *Attention, memory, and executive function* (pp. 263–277). Baltimore: Brookes.
- Deykin, E., Buka, S. y Zeena, T. (1992). Depressive illness among chemically dependent adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 149, 1341-1347.
- Diamond, L. M. y Savin-Williams, R. C. (2009). Adolescent sexuality. En R. M. Lerner y L. Steinberg (Eds.), *Handbook of adolescent psychology: Vol. 1. Individual bases of adolescent development* (3rd ed., pp. 479-523). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Díaz-Aguado, M.J (2002) *Convivencia escolar y prevención de la violencia*. Centro Nacional de Información y Comunicación Educativa. Recuperado el 23/11/2010 desde http://www.cnice.mecd.es/recursos2/convivencia_escolar/

-
- Díaz-Aguado, M.J. (Dir.) (2004) *Prevenir en Madrid: Programa Municipal de drogodependencias en contextos educativos. Investigación*. Madrid: Dirección General de Salud Pública y Drogodependencias
- Díaz-Aguado, M.J. (2005). Por qué se produce la violencia escolar y cómo prevenirla. *Revista Iberoamericana de Educación*, 37, 17-47.
- Díaz-Aguado, M.J. (2008) *Le repérage des enfants et des situations de risque social*. Conferencia desarrollada 31 de enero de 2008 en el Congreso internacional sobre prevención La prévention precoce: un droit de l'enfant, organizado por la Fundación "Mission Possible" en París
- Díaz-Aguado, M.J., Martínez, R., Martín, G. (2002). *Génesis y desarrollo de los comportamientos de los jóvenes con problemas de conducta en centros de menores*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Díaz-Aguado, M.J., Martínez Arias, R. y Martín, G. (2004). *Prevención de la violencia y lucha contra la exclusión desde la adolescencia: La violencia entre iguales en la escuela y en el ocio*. Madrid: Ministerio de trabajo y asuntos sociales. Instituto de la juventud.
- Díaz-Aguado, M.J., Martínez Arias, R. y Martín, J. (2010). *Estudio sobre la Convivencia Escolar en la Educación Secundaria Obligatoria*. Madrid: Ministerio de Educación.
- Dick, D.M., Pagan, J.L., Viken, R., Purcell, S., Kaprio, J., Pulkkinen, L. y Rose, R.J. (2007). Changing environmental influences on substance use across development. *Twin Research and Human Genetics*, 10, 315-326.
- Dick, D.M., Rose, R., Pulkkinen, L. y Kaprio, J. (2001). Measuring puberty and understanding its impact: A longitudinal study of adolescent twins. *Journal of Youth and Adolescence*, 30, 385-400.
- Dirección General de las Familias y la Infancia (2008). Estadística básica de medidas de protección a la infancia. Ministerio de Sanidad y Política Social.
- Dishion, T., Patterson, G.R. y Reid, J.R. (1988). Parent and peer factors associated with drug sampling in early adolescence: Implications for treatment. *NIDA Research Monograph*, 77, 69-93.

-
- Dishion, T., Patterson, G.R., Stoolmiller, M. y Skinner, M. (1991). Family, school, and behavioral antecedents to early adolescent involvement with antisocial peers. *Developmental Psychology*, 27, 127–180.
- Disney, E., Elkins, I., McGue, M. y Iacono, W. (1999). Effects of ADHD, conduct disorder, and gender on substance use and abuse in adolescence. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1515-1521.
- Dodge, K.A., Coie, J. y Lynam D. (2006). Aggression and antisocial behavior in youth. En W. Damon y N. Eisenberg (Eds.), *Handbook of child psychology*, (6ª ed.) vol.3. *Social, emotional and personality development* (pp. 719-788) Nueva York: John Wiley & Sons.
- Dodge, K.A., Dishion, T.J. y Lansford, J.E. (2006). *Deviant peer influences in programs for youth. Problems and solutions*. New York: Guilford Press.
- Donald, M. (2002). *A mind so rare: The evolution of human consciousness*. New York: Norton.
- Donovan, J.E. y Jessor, R. (1985). Structure of problem behavior in adolescence and young adulthood. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53, 890-904.
- Donovan, J.E., Jessor, R. y Costa, F.M. (1988). Syndrome of Problem Behavior in Adolescence - A Replication. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 762-765.
- Donovan, P., Oñate, O., Bravo, G. y Rivera, T. (2008) Niñez y juventud en situación de riesgo. La gestión social del riesgo. *Última Década* 28, 51-77.
- Douglas, M. (1985). *Risk Acceptability to the Social Sciences*. Routledge y Kegan Paul, London.
- Dryfoos, J.G. (1990). *Adolescents at risk*. New York: Oxford University Press.
- Dubé, S.R., Felitti, V.J., Dong, M., Chapman, D.P., Giles, W.H., y Anda, R.F. (2003). Childhood abuse, neglect, and household dysfunction and the risk of illicit drug use: The adverse childhood experiences study. *Pediatrics*, 111, 564–572.

-
- Dubois, D.L., Eitel, S.K. y Felner, R.D. (1994). Effects of family environment and parent-child relationships on school adjustment during the transition to early adolescence. *Journal of Marriage and the Family*, 56, 405-414.
- Dumazedier, J. (1974). *Sociologie empirique du loisir. Crftique et contracrftique de la civilisation du loisir*. París: Du Seuil.
- Dumazedier, J. (1988). *Revoftution culturelfe du temps libre*. París: Meridiens.
- Duncan, T.E., Duncan, S.C. y Hops, H. (1998). Latent variable modeling of longitudinal and multilevel alcohol use data. *Journal of Studies on Alcohol*, 59, 399-408.
- Duncan, T.E., Tildesley, E., Duncan, S.C. y Hops, H. (1995). The consistency of family and peer influences on the development of substance use in adolescence. *Addiction*, 90, 1647-1660.
- Dunn, J., Slomkowski, C., Beardsall, L. y Rende, R (1994). Adjustment in middle childhood and early adolescence: Links with earlier and contemporary sibling relationships. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35, 491-504.
- Dryfoos, J.G. (1990). *Adolescents at risk*. Oxford, England: Oxford University Press .
- East, P. y Jacobson, L. (2001). The younger siblings of teenage mothers: A follow-up of their pregnancy risk. *Developmental Psychology*, 37, 254-264.
- East, P. y Rook, K.S. (1992). Compensatory patterns of support among children's peer relationships: A test using school friends, non-school friend and siblings. *Developmental Psychology*, 28, 163-172.
- Echeburúa, E. (2001). *Abuso de Alcohol*. Madrid: Síntesis.
- Echeburúa, E. y Corral, B. (1996). Terapia de conducta en la drogadicción. En J.M. Buce-ta y A.M. Bueno, *Tratamientos psicológicos de hábitos y enfermedades* (pp. 211-243). Madrid: Pirámide.
- Edelbrock, C. y Costello, A.J. (1988). Convergence between statistically derived behavior problem syndromes and child psychiatric diagnoses. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 16, 219-231.

-
- Eisenberg, N. (1986). *Altruistic emotion, cognition, and behavior*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Eisenberg, N. (1990). Prosocial development in early and mid-adolescence. En R. Montemayor, G.R. Adams y T.P. Gullotta (Eds.), *From childhood to adolescence: A transitional period. Advances in adolescence* (Vol. 2, pp. 240–269). Newbury Park, CA: Sage.
- Eisenberg, N., Guthrie, I.K., Fabes, R.A., Shephard, S., Losoya, S., Murphy, B.C., et al. (2000). Prediction of elementary school children's externalizing problem behaviors from attentional and behavioral regulation and negative emotionality. *Child Development, 71*, 1367–1382.
- Eisenberg, N., y McNally, S. (1993). Socialization and mothers' and adolescents' empathy-related characteristics. *Journal of Research on Adolescence, 3*, 171-191.
- Elkind, D. (1967). Egocentrism in adolescence. *Child Development, 38*: 1025-1034.
- Ellickson, P.L., McCaffrey, D.F. y Klein, D.J. (2009). Long-term effects of drug prevention on risky sexual behavior among young adults. *J Adolesc Health, 45*, 111-7.
- Elliott, D.S. (1994). Serious violent offenders: onset, developmental course, and termination -The American Society of Criminology 1993 Presidential Address. *Criminology, 32*, 1–21.
- Elliott, D.S., Ageton, S.S. y Canter, R.J. (1979). An integrated theoretical perspective on delinquent behavior. *Journal of Research In Crime And Delinquency, 16*, 3-27.
- Elliott, D.S., Huizinga, D., y Ageton, S. (1985). *Explaining delinquency and drug use*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Elliott, D.S., Huizinga, D. y Menard, S. (1989). *Multiple problem youth: Delinquency, substance use and mental health problems*. New York: Springer-Verlag.
- Elms, D.G. (1992). Risk Assessment, en D. Blockley (Ed.), *Engineering Safety*, (pp. 28-26) London. MacGraw-Hill International Series in Civil Engineering.
- Elzo, J. (2000). *El silencio de los adolescentes*. Madrid: Vivir mejor.
- Elzo, J., (2008). *La voz de los adolescentes*. Madrid. SM.

-
- Elzo, J. y Laespada, M. A. (1996). El alcohol y la noche. *Revista de Estudios de Juventud*, 37, 45-54.
- Empey, L.T. (1982) *American Delinquency*. Homewood, Illinois: Dorsey.
- Erikson, E.H. (1972). Autobiographical notes on identity crisis. En G. Holton (Ed.), *The twentieth century sciences: Studies in the biography of ideas*. New York: Norton.
- Erikson, E.H. (1974). *Identidad, juventud y crisis*. London: Faber & Faber. (1º ed. 1968).
- Espada, J.P., Méndez, X., Griffin, K. y Botvin, G.J. (2003). Adolescencia: consumo de alcohol y otras drogas. *Papeles del Psicólogo*, 84, 9-17.
- Espada, J.P., Méndez, F. X. e Hidalgo, M. D. (2000). Consumo de alcohol en escolares: descenso de la edad de inicio y cambios en los patrones de ingesta. *Adicciones*, 12, 57-64.
- Espada, J.P., Pereira, J. R. y García-Fernández, J.M. (2008). Influencia de los modelos sociales en el consumo de alcohol de los adolescentes. *Psicothema*, 20, 531-537.
- Espejo, B., Cortés, M.T., Giménez, J.A., Samper, P., y Pardo, F.J. (2006, julio). Different styles of life connected with the high consumption of alcohol in adolescence. Notions coming from parent and children. *26th International Congress of Applied Psychology*. Athens.
- Espelage, D., Holt, M. y Henkel, R. (2003). Examination of peer-group contextual effects on aggression during early adolescence. *Child Development*, 74, 205-220.
- Espelage, D. y Swearer, S. (Eds.) (2004). *Bullying in American schools. A social-ecological perspective on prevention and intervention*. Mahwah: Erlbaum Associates.
- Espiritu, R.C., Huizinga, D., Crawford, A. y Loeber, R. (2001). Epidemiology of self-reported delinquency. En R. Loeber y D. Farrington (Ed.), *Child delinquents: Development, intervention and service needs* (pp. 47-66). Thousand Oaks, CA: Sage Publication.
- Esteve J.V. (2005). *Estilos parentales, clima familiar y autoestima física en adolescentes*. Tesis doctoral. Universidad de Valencia.

-
- Evans, T.D., Cullen, F.T., Burton, V.S. Jr., Dunaway, R.G. y Benson, M.L. (1997) The social consequence of self-control: Testing the general theory of crime. *Criminology*, 35, 475–501.
- Evans, R. y Pinnock, K. (2007). Promoting resilience and protective factors in the Children's Fund. *Journal of Children and Poverty*, 13, 21-32.
- Fabrigar, L.R., Wegener, D.T., MacCallum, R.C, y Strahan, E.J. (1999). Evaluating the use of exploratory factor analysis in psychological research. *Psychological Methods*, 4, 272-299.
- Fariña, F., García, P. Y Vilariño M. (2010) Autoconcepto y procesos de atribución: estudio de los efectos de protección/riesgo frente al comportamiento antisocial y delictivo, en la reincidencia delictiva y en el tramo de responsabilidad penal de los menores. *Revista de Investigación en Educación*, 7, 113-121.
- Farke, W., y Anderson, P. (2007). El consumo concentrado de alcohol en Europa. Binge Drinking in Europe. *Adicciones*, 19, 333-340.
- Farrell, A.D., Danish, S.J. y Howard, C.W. (1992). Relationship between drug use and other problem behaviors in urban adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 705–712.
- Farrell, A.D., Kung, E.M., White, K.S. y Valois, R.F. (2000). The structure of self-reported aggression, drug use and delinquent behaviors during early adolescence. *Journal of Clinical Child Psychology*, 29, 282–292.
- Farrington, D.P. (1990). Age, period, cohort, and offending. En D. M. Gottfredson y R. V. Clarke (Eds.) *Policy and Theory in Criminal Justice: Contributions in Honour of Leslie T. Wilkins* (pp. 51-75). Aldershot: Avebury.
- Farrington, D.P. (1993). Understanding and preventing bullying. En M. Tonry y N. Morris (eds.), *Crime and justice* (pp. 381-458). Chicago: University of Chicago Press.
- Farrington, D.P. (2002). Multiple risk factors for multiple problem violent boys. En R. R. Corrado, R. Roesch, S. D. Hart y J. K. Gierowski (Eds.) *Multi-problem Violent Youth: A Foundation for Comparative Research on Needs, Interventions and Outcomes* (pp. 23-34). Amsterdam: IOS Press.

-
- Farrington, D.P. (2005). Childhood origins of Antisocial Behaviour. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 12, 177-190.
- Farrington, D.P. (2006). Origins of violent behaviour over the life span. En D. J. Flannery, A. T. Vaszonyi y I. Waldman (Eds.) *The Cambridge Handbook of Violent Behaviour*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Farrington, D.P. (2009). Conduct disorder, aggression and delinquency. En Lerner, R.M. and Steinberg, L. (Eds.) *Handbook of Adolescent Psychology* (3rd ed.), vol.1: *Individual Bases of Adolescent Development*. Hoboken, N.J.: Wiley (pp. 683-722).
- Farrington, D.P., Lambert, S. y West, D.J. (1998). Criminal Careers of Two Generations of Family Members in the Cambridge Study in Delinquent Development. *Studies on Crime and Crime Prevention*, 7, 85-106.
- Farrington, D. Loeber, R. (1999) Transatlantic replicability of risk factors in the development of delinquency. En Cohen, P., Slomkowski, C. y Robins, L. (Eds.) *Historical and Geographical Influences on Psychopathology*. Mahwah, N.J.: Lawrence Erlbaum (pp. 299-329).
- Farrington, D.P. y Welsh, B.C. (2006). A half-century of randomized experiments on crime and justice. En M. Tonry (Ed.) *Crime and Justice*, vol. 34. Chicago: University of Chicago Press.
- Farrington, D.P. y Welsh, B.C. (2007). *Saving Children from a Life of Crime: Early Risk Factors and Effective Interventions*. Oxford: Oxford University Press.
- Felipe, E., León, B., Gonzalo, M. y Muñoz, B. (2004). Las habilidades sociales y su relación con el consumo de sustancias en adolescentes. *Ciencia Psicológica*, 9, 30-44.
- Felson, R.B. y Staff, J. (2006). Explaining the Academic Performance-Delinquency Relationship. *Criminology*, 44, 229-320.
- Fergus S. y Zimmerman M.A. (2005). Adolescent Resilience: A framework for understanding healthy development in the face of risk. *Annual Review of Public Health*, 26, 399-419.
- Fergusson, D.M., Beautrais, A.L. Y Horwood, L.J. (2003). Vulnerability and resiliency to suicidal behaviors in young people. *Psychological Medicine*, 33, 61-73.

-
- Fergusson, D.M., Horwood, L.J. y Ridder, E.M. (2007). Conduct and attentional problems in childhood and adolescence and later substance use, abuse, and dependence: Results of a 25 - year longitudinal study. *Drug and Alcohol Dependence*, 88, 14 – 26.
- Fergusson, D.M., Lynskey, M. y Horwood, L.J. (1996). Comorbidity between depressive disorders and nicotine dependence in a cohort of 16 year olds. *Archives of General Psychiatry*, 53, 1043-1047.
- Filipp, S.H. y Olbrich, E. (1986). Human development across the life span: overview and highlights of the psychological perspective. En A. Sorensen, F. Weinert y L. Sherrod (Eds.), *Human development and the life course: Multidisciplinary perspectives* (pp.343-375). Hillsdale, NJ: Lawrence-Erlbaum.
- Fiscalía General del Estado (2010). *Memoria 2010*. Recuperado el 31 de marzo de 2011 desde http://www.fiscal.es/cs/Satellite?c=Page&cid=1247140094968&language=es&page_name=PFiscal%2FPage%2FFGE_contenidoFinal&vest=1247140094968
- Fishbein, M. y Azjen, I. (1975). *Belief, attitude, intention and behavior*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Fischer, M., Barkley, R., Smallish, L. y Fletcher, K. (2005). Executive functioning in hyperactive children as young adults: Attention, inhibition, response perseveration, and the impact of comorbidity. *Developmental Neuropsychology*, 27, 107–133.
- Florez, G., Saíz, J., Cuello, L. (2010) Alcohol. En C. Pereiro Gómez (Ed.), *Manual de adicciones para médicos especialistas en formación*, (pp. 308 - 420), Madrid. Socidrogalcohol. Recuperado el 21 febrero de 2011 desde http://www.socidrogalcohol.org/index.php?option=com_docman&Itemid=26
- Fonagy, P. (2003). Towards a developmental understanding of violence. *British Journal of Psychiatry*, 183, 190-192.
- Fonagy, P. (2004). *Teoría del apego y psicoanálisis*. Barcelona: Espaxs.
- Fontaine, N., Carbonneau, R., Vitaro, F., Barker, E. D. y Tremblay, R. E. (2009). Research review: A critical review of studies on the developmental trajectories of antisocial behavior in females. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50, 363-385.

-
- Forman, R.F., Marlowe, D.B. y McLellan, T. (2006). The internet as a source of drugs abuse. *Current Psychiatry Reports*, 8, 377-82.
- Forsyth, A. y Carey, M. (1998). Measuring self-efficacy in the context of HIV risk reduction: Research challenges and recommendations. *Health Psychology*, 17, 559-568.
- Fraczek, A., Torchalska, B. y Ramírez, J.M. (1985). Attitudes toward interpersonal aggression: some further data and comments on the influence of cultural variables. En F. LeMoli (Ed.). *Multidisciplinary approaches to conflict and appeasement in animals and man* (pp. 182-183). Parma: Istituto di Zoologia.
- Franques, P., Auriacombe, M., Piquemal, E., Verger, M., Brisseau-Gimenez, S., Grabot, D., et al., (2003). Sensation seeking as a common factor in opioid dependent subjects and high risk sport practicing subjects. A cross sectional study. *Drug and Alcohol Dependence*, 69, 121-126.
- Fraser, M. (Ed.). (1997). Risk and resilience in childhood: An ecological perspective. Washington D.C.: Nasw Press.
- Frazier, T.W., Youngstrom, E.A. y Naugle, R.I. (2007). The Latent Structure of Attention Deficit/Hyperactivity Disorder in a Clinic-Referred Sample. *Neuropsychology*, 21, 45-64.
- Fried, C. y Reppucci, N.D. (2001). Criminal decision making: The development of adolescent judgment, criminal responsibility, and culpability. *Law and Human Behavior*, 25, 45-61.
- Friedman, R.J. y Chase-Lansdale, P.L. (2002). Chronic adversities. En M. Rutter y E. Taylor (Eds.), *Child and adolescent psychiatry* (4ª ed., pp. 261-276). Oxford, UK: Blackwell Science.
- Fujihara, T., Kohyama, T., Andreu, J.M. y Ramirez, J.M. (1999). Justification of interpersonal aggression in Japanese, American and Spanish students. *Aggressive Behavior*, 25, 185-195.
- Furman, W. y Buhrmester, D. (1985). Children's perceptions of the personal relationships in their social networks. *Developmental Psychology*, 21, 1016-1024.

-
- Gallo, L.C. y Matthews, K.A. (2003). Understanding the association between socioeconomic status and physical health: Do negative emotions play a role? *Psychological Bulletin*, 129, 10–51.
- Garcés de los Fayos, E.J., y Gómez, A. (2003). Promoción de la actividad física y el deporte en niños y adolescentes. En J.M. Ortigosa, M.J. Quiles, y F.X. Méndez: *Manual de psicología de la salud con niños, adolescentes y familia*. Madrid: Pirámide.
- García, F. y Musitu, G. (1999). *Manual AF-5*. Madrid: TEA.
- García Martín, M.A. (2002). La actividad y el ocio como fuente de bienestar durante el envejecimiento. *Educación Física y Deportes*, 47. Recuperado el 28 de junio de 2010 desde <http://www.efdeportes.com/efd47/bien3.htm>
- García, M. y Madriaza, P. (2005). Sentido y sinsentido de la violencia escolar: Análisis cualitativo del discurso de estudiantes chilenos. *Psyche*, 14, 165-180.
- Gardner, W. (1993). A life-span rational-choice theory of risk-taking. En N. Bell y R.W. Bell (Eds.), *Adolescent risk taking* (pp.66-83). Newbury Park: Sage.
- Garnezy, N. (1991). Resiliency and vulnerability to adverse developmental outcomes associated with poverty. *American Behavioral Scientist*, 31, 416-430.
- Garnezy, N. (1994). Reflections and commentary on risk, resilience, and development. En H.R. Haggerty, L.R. Sherrod, N. Garnezy, y M. Rutter (Eds.), *Stress, risk and resilience in children and adolescents: Process, mechanisms, and interventions* (pp. 1-18). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Garnezy, N., Masten, A.S. y Tellegen, A. (1984). The study of stress and competence in children: a building block for developmental psychopathology. *Child Development*, 55, 97–111.
- Garnefski, N. y Diekstra, R. F. W. (1997). “Comorbidity” of behavioral, emotional and cognitive problems in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 26, 321–338.
- Ge, X., Brody, G.H., Conger, R.D., Simons, R.L. y Murry, V. (2002). Contextual amplification of pubertal transition effects on deviant peer affiliation and externalizing behavior among African American children. *Developmental Psychology*, 38, 42–54.

-
- Ge, X., Conger, R.D. y Elder, G.H., Jr. (1996). Coming of age too early: Pubertal influences on girls' vulnerability to psychological distress. *Child Development*, 67, 3386–3400.
- Ge, X., Conger, R.D. y Elder, G.H., Jr. (2001). Pubertal transition, stressful life events, and the emergence of gender differences in adolescent depressive symptoms. *Developmental Psychology*, 37, 404–417.
- Ge, X., Kim, I.J., Brody, G.H., Conger, R.D., Simons, R.L., Gibbons, F.X., et al. (2003). It's about timing and change: Pubertal transition effects on symptoms of major depression among African American youths. *Developmental Psychology*, 39, 430–439.
- Gecas, V. y Schwalbe, M.L. (1986). Parental behavior and adolescent selfesteem. *Journal of Marriage and the Family*, 48, 37-46.
- Germain, C.B., y Gitterman, A. (1987). Ecological perspective. En A. Minahan (Ed.), *Encyclopedia of social work*. (18º ed., pp. 488-499). Silver Springs M.D.: National Association of Social Workers.
- Giancola, P.R., Mezzich, A.C. y Tarter, R.E. (1998). Disruptive, delinquent and aggressive behavior in female adolescents with a psychoactive substance use disorder: Relation to executive cognitive functioning. *Journal of Studies on Alcohol*, 59, 560–567.
- Gibson-Cline, J. (Ed.). (2000). *Youth and in twelve nations coping*. London: Routledge.
- Gibbs, J.J., Giever, D. y Martin, J.S. (1998). "Parental Management and Self-Control: An Empirical Test of Gottfredson and Hirschi's General Theory." *Journal of Research in Crime and Delinquency* 35, 40–70.
- Giddens, A. (2003). *Un mundo desbocado. Los efectos de la globalización en nuestras vidas*. Madrid. Taurus (Ed. O. 1999).
- Giedd, J.N., Blumenthal, J., Jeffries, N.O., Castellanos, F.X., Liu, H., Zijdenbos, A., et al. (1999). Brain development during childhood and adolescence: A longitudinal MRI study. *Nature Neuroscience*, 2, 861–863.
- Gillmore, M.R., Hawkins, J.D., Catalano, R.F., Day, L. E., Moore, M. y Abbott, R. (1991). Structure of problem behaviors in preadolescence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 59, 499–506.

-
- Girón, S., Rodríguez, R. y Sánchez, D. (2003). Trastornos de comportamiento en los adolescentes. Observaciones desde una perspectiva sistémica-relacional. *Revista Psiquis*, 24, 5-14.
- Gmel, G., Rehm, J. y Kuntsche, E.N. (2003). Binge drinking in Europe: Definitions, epidemiology and consequences. *Sucht*, 49, 105-116.
- Godoy-Izquierdo, D. y Godoy, J.F. (2002). La personalidad resistente: una revisión de la conceptualización e investigación sobre la dureza. *Clínica y Salud*. 13, 136-162.
- Goldstein, R.Z., y Volkow, N.D. (2002). Drug addiction and its underlying neurobiological basis: neuroimaging evidence for the involvement of the frontal cortex. *American Journal of Psychiatry*. 159, 1642-1652.
- Gomà-i-Freixanet, M., Wismeijer, A.J., y Valero, S. (2005). Consensual validity parameters of the Zuckerman-Kuhlman personality questionnaire: Evidence from self-reports and spouse reports. *Journal of Personality Assessment*, 84, 279-286.
- Gómez-Fraguela, J.A., Fernández-Pérez, N., Luengo, M.A. y Romero, E. (2008). El botellón y el consumo de alcohol y otras drogas en la juventud. *Psicothema*, 20, 211-217.
- Gómez-Fraguela, J.A., Fernández-Pérez, N. y Rodríguez-Lestegás, F. (2006). *Estudio sobre o fenómeno do botellón e do consumo de alcohol na cidade de Lugo* [Informe de investigación para el Ayuntamiento de Lugo]. Santiago de Compostela: Universidad de Santiago de Compostela.
- González, F., García-Señorán, M.M. y González, S.G. (1996). Consumo de drogas en la adolescencia. *Psicothema*, 8, 257-267.
- Gonzalez-Álvarez, M., Gesteira, C., Fernández-Arias, I., y García-Vera, M. (2010) Adolescentes que agreden a sus padres. Un análisis descriptivo de los menores agresores. *Psicopatología Clínica Legal y Forense*, 10, 37-53.
- Gottfredson, M.R. (2006). The empirical status of control theory in criminology. En F.T. Cullen, J.P. Wright y K. R. Bevens (eds.). *Taking Stock: The Status of Criminological Theory, Advances in Criminological Theory*, 15, pp. 77–100. New Brunswick, N.J.: Transaction.

-
- Gottfredson, M.R. y Hirschi, T. (1990). *A General Theory of Crime*. Palo Alto, CA: Stanford University Press.
- Gottlieb, G., Wahlsten, D. y Lickliter, R. (2006). The significance of biology for human development: A developmental psychobiological systems perspective. En W. Damon y R.M. Lerner (Series Eds.) y R.M. Lerner (Vol. Ed.), *Handbook of child psychology: Vol. 1. Theoretical models of human development* (6ª ed., pp. 210–257). Hoboken, NJ: Wiley.
- Graber, J.A., Brooks-Gunn, J. y Warren, M.P. (2006). Pubertal effects on adjustment in girls: Moving from demonstrating effects to identifying pathways. *Journal of Youth and Adolescence*, 3, 391-401.
- Grant, M. y Litvak, J. (Eds.) (1998). *Drinking Patterns and Their Consequences*. Taylor and Francis, Washington, DC.
- Graña, J.L., Andreu, J. M., Lynn, H. y Arango, J.C. (2003). Structural dimensions of the social representation of aggression. *Social Behavior and Personality: An international journal*, 31, 223-236.
- Graña, J.L. y Muñoz-Rivas, M.J. (2000). Factores psicológicos de riesgo y de protección para el consumo de drogas en adolescentes. *Psicología Conductual*, 8, 249-269.
- Grasmick, H.G., Tittle, C.R., Bursik, R.J. Jr. y Arneklev, B.J.(1993) Testing the core empirical implications of Gottfredson and Hirschi's general theory of crime. *Journal of Research in Crime and Delinquency*, 30, 5–29.
- Greene, K., Krcmar, M., Walters, L.H., Rubin, D.L., y Hale, J.L. (2000). Targeting adolescent risk-taking behaviors: The contributions of egocentrism and sensation seeking. *Journal of Adolescence*, 23, 439-461.
- Griffin, K.W., Botvin, G.J., Doyle, M.M., Díaz, T y Epstein, J.A. (1999). A six-year follow-up study of determinants of heavy cigarette smoking among high school seniors. *Journal of Behavioral Medicine*, 22, 271–284.
- Griffith, E., Marshall, E.J. y Cook, C.C. (2003). *The Treatment of Drinking Problems a guide for the helping professions fourth edition*. Cambridge, RU: Cambridge University Press.

-
- Grodzinsky, G.M. y Diamond, R. (1992). Frontal lobe functioning in boys with attention-deficit hyperactivity disorder. *Developmental Neuropsychology*, 8, 427-445.
- Grotevant, H.D. (1998). Adolescent development in family contexts. En W. Damon (Ed. Serie) Y N. Stenberg (Ed. Vol.) *Handbook of child developmental in nontraditional families* (pp.161 -190) Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Grube, J.W. y Morgan, M. (1990). The structure of problem behaviours among Irish adolescents. *British Journal of Addiction*. 85, 667–675.
- Gual, A. (2006) Alcohol in Spain: Is it different? *Addiction*, 101, 1073-1077.
- Guardia J., Surkov S., Cardús M. (2010). Neurobiología de las adicciones. En C. Pereiro Gómez (Ed.), *Manual de adicciones para médicos especialistas en formación*. (pp. 37- 132). Socidrogalcohol. Recuperado el 26 de octubre de 2010 desde http://www.socidrogalcohol.org/index.php?option=com_docman&Itemid=26
- Guardia, J., Trujols, J., Burguete, T., Luquero, E. y Cardús, M. (2007). The Impaired Response Inhibition Scale for Alcoholism (IRISA). Development and psychometric properties of a new scale for abstinence-oriented treatment of alcoholism. *Alcoholism Clinical Experimental Research*, 31, 269-275.
- Gullone, E., Moore S., Moss S., Boyd C. (2000) The adolescent risk-taking questionnaire. *Journal of Adolescent Research*, 15, 231-250.
- Gurrea, A. y Pinet, M.C. (2004). Tabaco y patología afectiva. En E. Becoña (Ed.), *Monografía Tabaco Adicciones*, 16, 155- 176.
- Gutman, L.M., Sameroff, A.J., Eccles J.S. (2002). The academic achievement of African American students during early adolescence: an examination of multiple risk, promotive, and protective factors. *American Journal of Community Psychology*, 30, 367–99.
- Haj-Yahia, M. M., Musleh, K. y Haj-Yahia, Y. (2002). The incidence of adolescent maltreatment in Arab society and some of its psychological effects. *Journal of Family Issues*, 23, 1032–1064.

-
- Hall, G.S. (1904). *Adolescence: Its psychology and its relations to physiology, anthropology, sociology, sex, crime, religion, and education* (Vols. 1–2). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Hankin, B.L. y Abramson, L.Y. (2001). Development of gender differences in depression: An elaborated cognitive vulnerability-transactional stress theory. *Psychological Bulletin*, *127*, 773–796.
- Hansell, S. y White, H.R. (1991). Adolescent drug use, psychological distress, and physical symptoms. *Journal of Health and Social Behavior*, *32*, 288–301.
- Haselager, G., Cillessen, A., Van Lieshout, C., Riksen-Walraven, M. y Hartup, W. (2002). Heterogeneity among peer-rejected boys across middle childhood: Developmental pathways of social behavior. *Developmental Psychology*, *38*, 446–456.
- Haselager, G., Hartup, W., VanLieshout, C. y Riksen-Walraven, J. (1998). Similarities between friends and nonfriends in middle childhood. *Child Development*, *69*, 1198–1208.
- Hawkins, J.D., Catalano, R.F. y Miller, J.Y. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin*, *112*, 64–105.
- Hawkins, J.D. y Lishner, D.M. (1987). Schooling and delinquency. En E.H. Johnson (Ed.), *Handbook on crime and delinquency prevention* (pp. 179–221). Westport, , Connecticut: Greenwood Press.
- 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.
- Hawley, P.H., Little, T.D., y Rodkin, P.C. (Eds.) (2007). *Aggression and adaptation*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Hawley, P. y Vaughn, B. (2003). Aggression and adaptation: The bright side to bad behavior. Introduction to special volume. *Merrill-Palmer Quarterly, Journal of Developmental Psychology*, *49*, 239–244.

-
- Hetherington, E.M., Henderson, S. y Reiss, D. (1999). Adolescent siblings in stepfamilies: Family functioning and adolescent adjustment. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 64(Serial No. 259).
- Hidalgo, M.I. y Redondo, A.M. (2005). Consumo de drogas en la adolescencia. *Pediatric Integral*, 9, 137-155.
- Hill, J.P. (1983). Early adolescence: A framework. *Journal of Early Adolescence*, 3, 1–21.
- Hill, J.P. y Maughan, B. (Eds.). (2001). *Conduct disorders in childhood and adolescence*. Cambridge, England: Cambridge University Press.
- Hill, K., White, H.R., Chung, I., Hawkins, J.D. y Catalano, R.F. (2000). Early adult outcomes of adolescent alcohol use: Person and variable centered analyses of binge drinking trajectories. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 24, 892-901.
- Hindelang, M.J., Hirschi, T. Weis, J. y G. (1981). *Measuring delinquency*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Hirschi, T. (1969). *Causes of delinquency*. Berkeley: University of California Press.
- Hirschi, T. (2002). *Causes of delinquency*. New Brunswick, NJ, US: Transaction Publishers.
- Hodges, E.V., Finnegan, R.A, Perry D.G. (1999). Skewed autonomy-relatedness in pre-adolescents' conceptions of their relationships with mother, father, and best friend. *Developmental Psychology*, 35, 737–748.
- Howard, J. y Rottem, N. (2008). *It all Starts at Home. Male Adolescent Violence to Mothers*. Inner South Community Health Service Inc. and Child Abuse Research Australia, Monash University.
- Huesmann, R. y Eron, L. (1989). Individual differences and the trait of aggression. *European Journal of Personality*, 3, 95 -106.
- Hussong, A.M. y Chassin, L. (2004). Stress and coping among children of alcoholic parents through the young adult transition. *Development and Psychopathology*, 16, 985–1006.

-
- Huver, R.M.E., Engels, R.C.M.E. y De Vries, H. (2006). Are anti-smoking parenting practices related to adolescent smoking cognitions and behavior? *Health Education Research, 21*, 66-77.
- Ibabe, I., Jaureguizar, J. y Díaz, O. (2007) *Violencia filio-parental: Conductas violentas de jóvenes hacia sus padres*. Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.
- Jackson, K.M. (2008). Heavy episodic drinking: Determining the predictive utility of five or more drinks. *Psychology of Addictive Behaviors, 22*, 68-77.
- Jackson, C. y Henriksen, L. (1997). Do as I say: Parent smoking, antismoking socialization, and smoking onset among children. *Addictive Behaviors, 22*, 107-114.
- Jamrozik, K. (2006). An estimate of deaths attributable to passive smoking in Europe. En: *Smoke free Partnership. Lifting the smokescreen: 10 reasons for a smoke free Europe* (pp. 17-41). Brussels, Ltd.
- Jensen, P.S., Salzberg, A.D., Richters, J.E., Watanabe, H.K. y Roper, M. (1993). Scales, diagnoses, and child Psychopathology. I. CBCL and DISK relationships. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 32*, 397-406.
- Jessor, R. 1991. Risk behavior in adolescence: A psychosocial framework for understanding and action. *Journal of Adolescent Health, 12*, 597-605.
- Jessor, R. (1993). Successful adolescent development among youth in high-risk settings. *American Psychologist, 48*, 117-126.
- Jessor, R. (1998). *New perspectives in adolescent risk behavior*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Jessor, R. y Jessor, S. (1977). *Problem Behavior and Psychosocial Development: A Longitudinal Study of Youth*. New York: Academic Press.
- Jiménez, T., Murgui, S., Estévez, E. y Musitu, G. (2007). Comunicación familiar y comportamientos delictivos en adolescentes españoles: El doble rol mediador de la autoestima. *Revista Latinoamericana de Psicología, 39*, 473-485.

-
- Johnson, D. y Turner, C. (2003). *International business: Theory and practice*. New York: Routledge.
- Johnson, J.G., Cohen, P., Pine, D., Klein, D., Kasen, S. y Brook, J. (2000). Association between cigarette smoking and anxiety disorders during adolescence and early adulthood. *Journal of the American Medical Association*, 284, 2348–2351.
- Johnson, R.E. (1979). *Juvenile Delinquency and Its Origins*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Jones, G. (2005) Thinking and Behaviour of Young Adults Aged 16-25: A Review. Annex A, *Report on Young Adults with Complex Needs*. Social Exclusion Unit, ODPM, London.
- Jones, M.C. (1957). The later careers of boys who were early- or late-maturing. *Child Development*, 28, 113–128.
- Jones, M.C. (1965). Psychological correlates of somatic development. *Child Development*, 36, 899–911.
- Jones, M.C. y Mussen, P. (1958). Self-conceptions, motivations, and inter-personal attitudes of early- and late-maturing girls. *Child Development*, 29, 491–501.
- Junger-Tas, J., Terlouw, G.J. y Klein, M.W. (1994). *Delinquent behavior among young people in the western world: First results of the international self-report delinquency study*. Amsterdam: Kugler Publications.
- Juvonen, J. y S. Graham. (Eds.), (2001). *Peer harassment in school: The plight of the vulnerable and victimized*. New York: Guilford Press.
- Kalb, L., Farrington, D. y Loeber, R. (2001). Leading longitudinal studies on delinquency, substance use, sexual behavior, and mental health problems with childhood samples. En R. Loeber y D. P. Farrington (Eds.), *Child delinquents: Development, intervention, and service needs*. (pp. 415-423). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Kalivas, .P. y Volkow, N. (2005). The neural basis of addiction: a pathology of motivation and choice. *America Journal of Psychiatry*, 162, 1403-1413.

-
- Kals, E. y Montada, L. (2001). Health behavior: An interlocking personal and social task. *Journal of Health Psychology, 18*, 281–287.
- Kandel, D. (1975). Stages in adolescent involvement in drug use. *Science, 165*, 912–914.
- Kandel, D. (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* (pp. 3–40). New York: Wiley.
- Kandel, D. (2002). *Stages and pathways of drug involvement. Examining the gateway hypothesis*. Cambridge, RU: Cambridge University Press.
- Kandel, D.B. y Jessor, R. (2002). The gateway hypothesis revisited. En D.B. Kandel (Ed.). *Stages and pathways of drug involvement. Examining the gateway hypothesis* (pp. 365–373).. Cambridge: Cambridge University Press.
- Kaplan, H. (1978). Deviant behavior and self-enhancement in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence 7*, 253–277.
- Kaplan, H. (1985). Testing a general theory of drug abuse and other deviant adaptations. *Journal of Drug Issues, 15*, 477– 492.
- Kaplan, H., Martin, S. y Johnson R. (1986). Self- rejection and the explanation of deviance: specification of the structure among latent constructs. *American Journal of Sociology, 92*, 384–411.
- Kaplan, H., Robbins, C. y Martin, S. (1983). Toward the testing of a general theory of deviant behavior in longitudinal perspective: Patterns of psychopathology. *Research in Community and Mental Health, 3*, 27–65.
- Kapungu, C.T., Thakral, C., Limberger, S.M. y Donenberg G.R. (2009) Substance use among adolescents: risk, prevention, and treatment. En R.J., DiClemente, J.S. Santelli, y R.A Crosby (Eds.). *Adolescent Health Understanding and Preventing Risk Behaviors*. CA: John Wiley & Sons.
- Katsiyannis, A., Ryan, J. B. Zhang, D. y Spann, A. (2008). Juvenile delinquency and recidivism: The Impact of academic achievement. *Reading & Writing Quarterly, 24*, 177-196.

-
- Keating D.P. (2004). Cognitive and brain development. En Lerner, RM. y Steinberg. L (Eds.), *Handbook of adolescent psychology* (2ª ed.), (pp. 45-84). NY: John Wiley.
- Kempf-Leonard, K., Chesney-Lind, M., y Hawkins, D. F. (2001). Ethnicity and Gender Issues. En Rolf Loeber and David P. Farrington (Ed.), *Child Delinquents: Development, Intervention, and Service Needs* (pp. 247-269). Thousand Oaks, CA: Sage Publication.
- Keough, K.A., Zimbardo, P.G., Boyd, J.N. (1999). Who's smoking, drinking, and using drugs?. Time perspective as a predictor of substance use. *Basic Applied Social Psychology*, 21, 149-164.
- Kerr, M. y Stattin, H. (2000). What Parents know, How They Know it, and Several Forms of Adolescent Adjustment: Further Support for a Reinterpretation of Monitoring. *Developmental Psychology*, 36, 366-380.
- King, M., Smith, A. y Gracey, M. (2009). Indigenous health part 2: Underlying causes of the health gap. *The Lancet*, 374, 76 – 85.
- Klein, H.A. (1992). Temperament and self-esteem in late adolescence. *Adolescence*, 27, 689-694.
- Kliewer, W. y Sandler, I.N. (1992). Locus of control and self-esteem as moderators of setresor-symptom relations in children and adolescent. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 20, 393-413.
- Klorman, R., Hazel-Fernandez, H., Shaywitz, S.E., Fletcher, J.M., Marchione, K.E., Holahan, J.M., Stuebing, K.K. y Shaywitz, B.A. (1999). Executive functioning deficits in attention-deficit/hyperactivity disorder are independent of oppositional defiant or reading disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 1148-1155.
- Knellwolf A.L., Deligne J., Chiarotti F., Auleley G.R., Palmieri S., Boisgard C.B., et al. (2008) Prevalence and patterns of methylphenidate use in French children and adolescents. *European Journal of Clinical Pharmacology*, 64, 311-317.
- Kobasa, S.C. (1979a). Personality and resistance to illness. *American Journal of Community Psychology*, 7, 413 – 423.

-
- Kobasa, S.C. (1979b). Stressful life events, personality and health. An inquiry into hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37, 1-11.
- Kohlberg, L., Power, F. y Higgins, A. (1997). La educación moral según Lawrence Kohlberg. Barcelona: Gedisa.
- Kotliarenco, M.A., Cáceres, I., Y Fontecilla, M. (1997). Estado del arte en resiliencia. Washington: Organización Panamericana de la Salud.
- Kowal, A. y Kramer, L. (1997) Children's understanding of parental differential treatment. *Child Development*, 68, 113-26.
- Kraemer, H.C., Kazdin, A.E., Offord, D.R., Kessler, R.C., Jensen, P.S. y Kupfer, D.J. (1997). Coming to terms with the terms of risk. *Archives of General Psychiatry*. 54, 337-343.
- Kroger, J. (1996). Identity in adolescence the balance between self and other. London: New York: Routledge.
- Krohn, M.D., Thornberry, T.P., Rivera, C. y Le Blanc, M. (2001). Later delinquent careers. En Rolf Loeber y David Farrington (Ed.), *Child delinquents: Development, intervention and service needs* (pp. 67-93). Thousand Oaks, CA: Sage Publication.
- Krueger, R.F. y Bezdjian, S. (2009). [Aumento de la investigación y el tratamiento de los trastornos mentales con conceptos dimensionales](#): hacia el DSM-V y la ICD-11. *World Psychiatry*, 7, 3-6.
- Krueger, R.F. y Piasecki, T.M. (2002). Toward a dimensional and psychometrically – informed approach to conceptualizing psychopathology. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 485-499.
- Kuntsche, E., Rehm, J. y Gmel, G. (2004). Characteristics of binge drinkers in Europe. *Social Science and Medicine*, 59, 113-127.
- Kupersmidt, J., DeRosier, M. y Patterson, C. (1995). Similarity as the basis for children's friendships: The roles of sociometric status, aggressive and withdrawn behavior, academic achievement and demographic characteristics. *Journal of Social and Personal Relationships*, 12, 439-452.

-
- Kurdek, L. y Fine, M. (1994). Family acceptance and family control as predictors of adjustment in young adolescents: Linear, curvilinear, or interactive effects. *Child Development, 65*, 1137–1146.
- Kushner, M., Sher, K.J., Wood, M. y Wood, P. (1994). Anxiety and drinking behavior: Moderating effects of tension-reduction expectancies. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 18*, 852–860.
- Kuther, T.L. y Higgins-D'Alessandro, A. (2000). Bridging the gap between moral reasoning and adolescent engagement in risky behavior. *Journal of Adolescence, 23*, 409–422.
- Lacasa, P., Martín del Campo, B. y Méndez, L. (1994). Escenarios interactivos en la relación niño-adulto. En M.J. Rodrigo (Ed.), *Contexto y desarrollo social* (pp.79-116). Madrid: Síntesis.
- Lagerspetz, K., Björkqvist, K. y Peltonen, T. (1988): Is indirect aggression typical of females? Gender differences in aggressiveness in 11 to 12 year old children. *Aggressive Behavior, 14*, 403-414.
- Lam, T., Shi, H., Ho, L., Stewart, S.M. y Fan, S. (2002). Timing of pubertal maturation and heterosexual behavior among Hong Kong Chinese adolescents. *Archives of Sexual Behavior, 31*, 359–366.
- Lange, J.E. y Voas, R.B. (2001). Defining binge drinking quantities through resulting blood alcohol concentrations. *Psychology of Addictive Behaviors, 15*, 310-316.
- Lapsley, D.K. (1993). Toward and integrated theory of adolescent egocentrism. *American Journal of orthopsychiatry, 63*, 562-571.
- Larson, R.W. (2000). Toward a psychology of positive youth development. *American Psychologist, 55*, 170-183.
- Larson, R.W. y Richards, M.H. (1994). *Divergent realities: The emotional lives of fathers, mothers, and adolescents*. Nueva York: Basic Books.
- Larson, R.W., Richards, M.H., Moneta, G., Holmbeck, G. y Duckett, E. (1996). Changes in adolescents' daily interactions with their families from 10 to 18: Disengagement and transformation. *Developmental Psychology, 32*, 744–754.

-
- Larson, R.W. y Wilson, S. (2004). Adolescence across place and time: Globalization and the changing pathways to adulthood. En R. Lerner y L. Steinberg (Eds.), *Handbook of adolescent psychology* (2ª ed., pp. 299–330). Hoboken, NJ: Wiley.
- Laub, J., Robert J. Sampson, J y Sweeten, G. (2006), Assessing Sampson and Laub's Life-Course Theory of Crime. Pp. 313–333 En F. Cullen, J. Wright y K. Blevins (Eds.), *Taking Stock: The Status of Criminological Theory, Advances in Criminological Theory*, 15. New Brunswick, N.J.: Transaction
- Laursen, B. y Collins, W. (1994). Interpersonal conflict during adolescence. *Psychological Bulletin*, 115, 197–209.
- Laursen, B., Coy, K.C. y Collins, W.A. (1998). Reconsidering Changes in Parent-Child Conflict across Adolescence: A Meta-Analysis. *Child Development*, 69, 817-832.
- Lázaro, M.C. (2001). Análisis de la ley orgánica 5/2000, reguladora de la responsabilidad penal del menor. *Anuario de Psicología Jurídica*, 11, 99-117.
- Le Blanc, M. y Loeber, R. (1998) Developmental criminology updated. En M. Tonry (Ed.) *Crime and Justice*, 23, 115-198. Chicago: University of Chicago press.
- Le Bon, O., Basiaux, P., Streele, E., Tecco, J., Hanak, C., Hansenne, M., et al., (2004). Personality profile and drug of choice; a multivariate analysis using Cloninger's TCI on heroin addicts, alcoholics, and a random population group. *Drug and Alcohol Dependence*, 73, 175-182.
- Lerman, C., Caporaso, N., Main, D., Audrai, J., Boyd, N.R., Bowman, E.D., et al. (1998). Depression and self-medication with nicotine: The modifying influence of the dopamine D4 receptor gene. *Health Psychology*, 17, 56-62.
- Lerner, R.M. (1986). *Concepts and theories of human development* (2nd ed.). New York: Random House.
- Lerner, R.M. (1996). Relative plasticity, integration, temporality, and diversity in human development: a developmental contextual perspective about theory, process, and method. *Developmental Psychology*, 32(4), 781-786.
- Lerner, R.M. (2002). *Concepts and theories of human development* (3ª ed.). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

-
- Lerner, R.M. (2005). Promoting positive youth development: Theoretical and empirical bases. Washington, DC: National Academics of Science. White paper prepared for the Workshop on the Science of Adolescent Health and Development (pp. 1-90). Washington, DC: National Research Council.
- Lerner, R.M., Fisher, C.B. y Weinberg, R.A. (2000). Toward a science for and of the people: promoting civil society through the application of developmental science. *Child Development, 71*, 11-20.
- Lerner, R.M., y Kauffman, M.B. (1985). The concept of development incontextualism. *Developmental Review, 5*, 309-333.
- Lerner, R.M. y Steinberg, L. (2009). The scientific study of adolescent development. Historical and contemporary perspectives. En R.M Lerner y L. Steinberg, (Eds.). *Handbook of adolescent psychology: Individual bases of adolescent development* (3ª ed.). Hoboken, NJ: Wiley.
- Levin, E., Connors, C., Silva, D., Hinton, S., Meek, W., March, J., et al. (1998). Transdermal nicotine effects on attention. *Psychopharmacology, 140*, 135-141.
- Lewin, K. (1946). Action research and minority problems; *Journal of Social Issues, 2*, 34-46.
- Lewin, K. (1935). *A dynamic theory of personality*. New York: McGraw-Hill.
- Ley 14/1986 de 24 de abril, General de Sanidad.
- Ley Orgánica 10/1995 de 23 de noviembre del Código Penal.
- Ley Orgánica 1/1996 de 15 de enero de Protección Jurídica del Menor.
- Ley 41/2002 de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente.
- Lezak, M. D. (1995). *Neuropsychological assessment* (3rd ed.). New York: Oxford University Press.
- Lightfoot, C. (1997). The culture of adolescent risk-taking. Nueva York: The Guilford Press.

-
- Lila, M.S., Van Aken, M., Musitu, G. y Buelga, S. (2006). Family and adolescence. En Jackson, S. y Goossens, L. (eds.), *Handbook of adolescent development*. Hove: Psychology Press (pp. 154-174).
- Lindigkeit, R., Boehme, A., Eiserloch, I., Luebbecke, M., Wiggermann, M., Ernst, L. y Beberle T. (2009). Spice: a never ending story. *Forensic Science International*, 191, 58-63.
- Lipsey, M.W. (1990). Theory as method: Small theories of treatments. En L. Sechrest, E. Perrin, y J. Bunker (Eds.), *Research methodology: Strengthening causal interpretations of nonexperimental data* (Vol. DHHS Publication No. 90- 3454, pp. 33-51). Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- Llorens, N., Palmer, A. y Perelló, M. J. (2005). Características de personalidad en adolescentes como predictores de la conducta de consumo de sustancias psicoactivas. *Trastornos adictivos*, 70 , 90-96.
- Loeber, R. y Farrington, D.P. (1998). *Serious & Violent Juvenile Offenders: Risk Factors and Successful Interventions*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Loeber, R., Farrington, D.P., Stouthamer-Loeber, M., Moffitt, T.E., Caspi, A., White, H.R. Wei, E. y Beyers, J.M. (2003). The development of male offending: Key findings from 14 years of the Pittsburgh Youth Study. En T. P. Thornberry y M. D. Krohn (Eds.) *Taking Stock of Delinquency: An Overview of Findings from Contemporary Longitudinal Studies* (pp. 93-136). New York: Kluwer/Plenum.
- Loeber, R., Farrington, D.P., Stouthamer-Loeber, M. and White, H.R. (2008) *Violence and Serious Theft: Development and Prediction from Childhood to Adulthood*. New York: Routledge.
- Loeber, R. y Hay, D.F. (1996). Key issues in the development of aggression and violence from childhood to early adulthood. *Annual review of Psychology*, 48, 371-410.
- Loeber, R. y LeBlanc, M. (1990) Toward a developmental criminology. En M. Tonry y N. Morris (Eds.) *Crime and Justice*, vol. 12 (pp. 375-473). Chicago: University of Chicago Press.

-
- Loeber, R. y Schamaling, K. (1985), Empirical evidence for overt and covert antisocial conduct problems: a meta-analysis. *Journal of Abnormal and Child Psychology*, 13, 337-352.
- Loeber, R. y Stouthamer-Loeber, M. (1998). Development of juvenile aggression and violence: Some common misconceptions and controversies. *American Psychologist*, 53, 242-259.
- Loeber, R., Stouthamer-Loeber, M., Kammen W. y Farrington, D.P. (1991) Initiation, escalation, and desistance in juvenile offending and their correlates. *The Journal of Criminal Law and Criminology*, 82, 36-82.
- López, J.R. y López, C. (2008). *Conducta antisocial y delictiva en la adolescencia*. Murcia: Universidad de Murcia.
- López-Soler, C., Castro, M., Alcántara, M.V., Fernández, V. y López-Pina, J.A. (2009). Prevalencia y características de los síntomas externalizantes en la infancia. Diferencias de género. *Psicothema*, 21, 353-358.
- Lord, S.E., Eccles, J.S. y McCarthy, K.A. (1994). Surviving the junior high school transition: Family processes and self-perceptions as protective and risk factors. *Journal of Early Adolescence*, 14, 162-199.
- Luengo, A., Otero, J.M., Mirón, L. y Romero, E. (1995). *Análisis Psicosocial del consumo de drogas en los adolescentes gallegos*. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia.
- Luthar, S.S. (Ed.), (2003). *Resilience and Vulnerability: Adaptation in the Context of Childhood Adversities*. New York: Cambridge University Press.
- Luthar, S.S. (2006). Resilience in development: A synthesis of research across five decades. En D. Cicchetti y D.J. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology: Risk, disorder, and adaptation* (Vol. 3, 2nd ed.). New York: Wiley.
- Luthar, S.S. y Cicchetti, D. (2000). The construct of resilience: Implications for interventions and social policy. *Development and Psychopathology*, 12, 857-885.
- Luthar, S.S., Cicchetti, D. y Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work, *Child Development*, 71, 543-562.

-
- Luthar, S.S. y Zelazo, L.B. (2003). Research on resilience: An integrative review. En S. Luthar (2003). *Resilience and Vulnerability: Adaptation in the Context of Childhood Adversities*. (pp. 510-549). New York: Cambridge University. Press.
- Maccoby, E. y Martín, J.A. (1983). Socialization in the context of the family: Parent-child interaction. En E.M. Hetherington y P.H. Mussen (Eds.): *Handbook of child psychology, vol. 4. Socialization, personality and social development*. New York. John Wiley.
- MacKinnon-Lewis, C., Starnes, R., Volling, B. y Johnson, S. (1997). Perceptions of parenting as predictors of boys' sibling and peer relations. *Developmental Psychology*, 33, 1024–1031.
- Maggs, J.L., Almeida, D.M. y Galambos, N.L. (1995). Risky business: The paradoxical meaning of problem behavior for young adolescents. *Journal of Early Adolescence*, 15, 344-362.
- Maggs, J.L. y Hurrelmann, K. (1998). Do substance use and delinquency have differential associations with adolescents' peer relations? *International Journal of Behavioral Development*, 22, 367-388.
- Magnusson, D. y Stattin, H. (1998). Person-context interaction theories. En W. Damon (Ed.), *Handbook of Child Psychology* (Vol.1, 5ª ed., pp.685-758). Nueva York: Wiley and Sons.
- Magnusson, D., Stattin, H. y Allen, V. (1986). Differential maturation among girls and its relation to social adjustment in a longitudinal perspective. En P. Baltes, D. Featherman, y R. Lerner (Eds.), *Life span development and behavior* (Vol. 7, pp. 134–172). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Mahoney, J.L. (2000). School extracurricular activity participation as a moderator in the development of antisocial patterns. *Child Development*, 71, 502–516.
- Mariani, M. y Barkley, R.A. (1997). Neuropsychological and academic functioning in preschool children with attention deficit hyperactivity disorder. *Developmental Neuropsychology*, 13, 111-129.

-
- Marsh, H.W. y Hattie, J. (1996). Theoretical perspectives on the structure of the self-concept. En B.A. Bracken (Ed.), *Handbook of the self-concept: Developmental, social, and clinical considerations* (pp. 38-90). New York: Wiley.
- Marte, R.M. (2008) *Adolescent problem behaviors: delinquency, aggression, and drug use*. LFB Scholarly Publishing LLC. New York.
- Martin, J.D. y Coley, L.A. (1984). Intercorrelations of some measures of selfconcept. *Educational and Psychological Measurement*, 44, 517-521.
- Martin, C.A., Kelly, T.H., Rayens, M., Brogli, B.R., Brenzel, A., Smith, W., et al. (2002). Sensation seeking, puberty and nicotine, alcohol and marijuana use in adolescence. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41, 1495–1502.
- Martín, M. y Velarde, O. 2001. *Informe sobre la juventud en España 2000*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Instituto de la Juventud
- Martínez, I. (2003). *Estudio transcultural de los estilos de socialización parental*. Tesis doctoral. Facultad de Psicología. Universidad de Valencia.
- Martínez, R. y Chacón, J.C. (2010). *Métodos y análisis de datos en Psicología*. Madrid: UDIMA.
- Martínez, R., Fernández-Alba Luengo, A. y Salgado Ruiz A. (2004). Patrones de ocio en los adolescentes de la Comunidad de Madrid. Conductas de riesgo: de Tomb Rider al botellón. Madrid: Consejo Económico y Social.
- Martínez, J.L., Fuentes, A., Ramos, M. y Hernández, A. (2003) Consumo de drogas en la adolescencia: importancia del afecto y la supervisión parental. *Psicothema*, 15, 161-166.
- Martínez-Otero, V. (2003). Autoconcepto docente. Análisis de una muestra de profesores y orientadores mejicanos. *Revista Educación y Futuro*. Recuperado el 1 de diciembre de 2010 desde http://www.cesdonbosco.com/revista/profesores/junio_03/autoconcepto.pdf
- Maruna, S. y Copes, H. (2005). What have we learned in five decades of neutralization research? *Crime and Justice: A Review of Research*, 32, 221-320.

-
- Mason, W.A. y Windle, M. (2002). Reciprocal relations between adolescent substance use and delinquency: A longitudinal latent variable analysis. *Journal of Abnormal Psychology, 11*, 63–76.
- Masten, A.S., Best K.M. y Garmezy N. (1990). Resilience and development: Contributions from the study of children who overcome adversity. *Development and Psychopathology, 2*, 425-444.
- Masten, A.S., Hubbard, J.J., Gest, S.D., Tellegen, A., Garmezy, N. y Ramirez, M.L. (1999). Competence in the context of adversity: pathways to resilience and maladaptation from childhood to late adolescence. *Development and Psychopathology, 11*, 143-169.
- Masten, A.S. y Powell J.L. (2003). A resilience framework for research, policy, and practice. En S.S. Luthar (Ed.). *Resilience and Vulnerability: Adaptation in the Context of Childhood Adversities*. (pp. 1–28). New York: Cambridge University Press.
- Matza, D. (1964). *Delinquency and Drift*. New York: Wiley.
- McGee, L. y Newcombe, M.D. (1992). General deviance syndrome expanded hierarchical evaluations at four ages from early adolescence to adulthood. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60*, 766–776.
- McGee, R., Wolfe, D. y Wilson, S. (1997). Multiple maltreatment experiences and adolescent behavior problems: Adolescents' perspectives. *Development and Psychopathology, 9*, 131–149.
- McHale, S.M., Crouter, A.C. y Tucker, C.J. (2001). Free-time activities in middle childhood: Links with adjustment in early adolescence. *Child Development, 72*, 1764–1778.
- McLoyd, V.C. (1998). Socioeconomic disadvantage and child development. *American Psychologist, 53*, 185–204.
- Menard, S. y Elliott, D.S. (1994). Delinquent bonding, moral beliefs, and illegal behavior: A three-wave panel model. *Justice Quarterly, 11*, 173–188.

-
- Mendoza R. (1992). El consumo de tabaco en los escolares españoles: Tendencias observadas (1986-90) posibles factores explicativos y sugerencias de intervención. 8ª Conferencia Mundial sobre Tabaco o Salud. Buenos Aires.
- Merino, B., (Coord.), (2008) *Ganar salud con la juventud*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Merton, R.K. (1937). Social structure and anomie. *American Sociological Review*, 3, 672-682.
- Merton, R.K. (1957). *Social theory and social structure*. New York: Free Press.
- Mestre, M.V. y Pérez-Delgado, E. (1994). Desarrollo del autoconcepto en el ámbito familiar. En E. Pérez-Delgado: *Familia y educación. Relaciones familiares y desarrollo personal de los hijos*. Valencia: Generalitat Valenciana.
- Mestre, M.V., Tur, A.M., Samper, P., Nácher, M.J. y Cortés, M.T. (2007). Estilos de crianza en la adolescencia y su relación con el comportamiento prosocial. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 39, 211-225.
- Milberger, S., Biederman, J., Faraone, S., Chen, L. y Jones, J. (1997). ADHD is associated with early initiation of cigarette smoking in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 37-44.
- Miles, D.R., Silberg, J.L., Pickens, R.W., Eaves, L.J. (2005) Familial influences on alcohol use in adolescent female twins: Testing for genetic and environmental interaction. *Journal of Studies on Alcohol*, 66,445-451.
- Milevsky, A., Schlechter, M, Netter, S. y Keehn, D. (2007). Maternal and paternal parenting styles in adolescents: Associations with self-esteem, depression and life-satisfaction. *Journal of Child and Family Studies*, 16, 39-47.
- Miller, B., Norton, M., Fan, X. y Christopherson, C. (1998). Pubertal development, parental communication, and sexual values in relation to adolescent sexual behaviors. *Journal of Early Adolescence*, 18, 27-52.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2002). Los adolescentes españoles y su salud. Resumen del Estudio Health Behaviour in School Aged Children (HBSC-2002). Madrid. Recuperado el 23 de noviembre de 2010 desde

<http://www.msc.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/adolesResumen.pdf>

Ministerio de Sanidad y Consumo (2008a) *Plan Multisectorial frente a la infección por VIH y el SIDA. España 2008- 2012*. Madrid. Recuperado el 26 de octubre de 2011 desde <http://www.red2002.org.es/documentos/PMS%20Rev%20211107.pdf>

Ministerio de Sanidad y Consumo (2008b). Prevención de los problemas derivados del alcohol. 1ª Conferencia de prevención y promoción de la salud en la práctica clínica en España. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2010). Interrupción Voluntaria del Embarazo Datos definitivos correspondientes al año 2009. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

Mitchell, C.M. y O’Neill, T.D. (1998). Problem and conventional behaviors among American Indian adolescents: Structure and validity. *Journal of Research on Adolescence*, 8, 97–122.

Modell, J. y Goodman, M. (1990). Historical perspectives. En S. Feldman y G. Elliott (Eds.), *At the threshold: The developing adolescent* (pp. 93–122). Cambridge, MA: Harvard University Press.

Moffitt, T.E. (1993a). The neuropsychology of conduct disorder. *Development and Psychopathology*, 5, 135-151.

Moffitt, T.E. (1993b) Adolescence-limited and life-course-persistent antisocial behaviour: A developmental taxonomy. *Psychological Review*, 100, 674-701.

Moffitt T.E. (2009). A review of research on the taxonomy of life-course persistent versus adolescence-limited antisocial behavior. En F. Cullen, J. Wright y K. Belvins (eds.), *Taking Stock: The Status of Criminological Theory, Advances in Criminological Theory*. (Vol15, pp. 277–311). NJ: Transaction Publishers, New Bruswick. (Ed. orig. 2006).

Molina, B.S.G. y Pelham, W.E. (2003). *Childhood predictors of adolescent substance use in a longitudinal study of children with ADHD*. *Journal of Abnormal Psychology*.

-
- Montes A, Perez M, Gestal JJ. (2004). Impacto del tabaquismo sobre la mortalidad en España. *Adicciones, 16*, 75-82.
- Mortimer, J.T., Staff, J. y Oesterle, S. (2003) "Adolescent Work and the Early Socioeconomic Career." En Jeylan T. Mortimer and Michael J. Shanahan (eds.) *Handbook of the Life Course*. (Pp. 437-459). New York: Kluwer/Plenum Publishers.
- Muñoz-Rivas, M.J. y Graña, J.L. (2001). Factores familiares de riesgo y de protección para el consumo de drogas en adolescentes. *Psicothema, 13*, 87-94.
- Mussen, P. (1979). *The psychological development of the child* (3rd ed.). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Mussen, P.H., Conger, J.J. y Kagan, J. (1969). *Child development personality*. Nueva York: Harper & Row Publishers.
- Mussen, P. y Jones, M.C. (1957). Self-conceptions, motivations, and interpersonal attitudes of late- and early-maturing boys. *Child Development, 28*, 243-256.
- Mussen, P. y Jones, M.C. (1958). The behavior-inferred motivations of late- and early-maturing boys. *Child Development, 29*, 61-67.
- Murphy, K.R., Barkley, R.A. y Bush, T. (2001). Executive functioning and olfactory identification in young adults with attention deficit hyperactivity disorder. *Neuropsychology, 15*, 211-220.
- Murphy, L. y Moriarty, A.E. (1976). *Vulnerability, coping and growth: From infancy to adolescence*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Musitu, G., Jiménez, T.I. y Murgui, S. (2007). Funcionamiento familiar, autoestima y consumo de sustancias en adolescentes: un modelo de mediación. *Revista Salud Pública de México, 49*, 3-10
- Musitu, G. Buelga, S., Lila, M.S. y Cava, M.J. (2001). *Familia y adolescencia: Un modelo de análisis e intervención psicosocial*. Madrid: Síntesis
- Musitu G, García J. (2004). Consecuencias de la socialización familiar en la cultura española. *Psicothema, 16*, 288-293.

-
- Musitu, G. y Molpeceres, M.A. (1992). Estilos de socialización, familismo y valores. *Infancia y Sociedad*, 16, 67-101.
- Mustata, C., Torrens, M., Pardo, R., Pérez, C.; Psychonaut Web Group, Farre, M. (2009). Spice drugs: cannabinoids as a new designer drugs. *Adicciones*, 21, 181-186.
- Muthen, B.O. y Shedden, K. (1999). Finite mixture modeling with mixture outcomes using the EM algorithm. *Biometrics*, 55, 463-469.
- Muuss, R.E. (2000). *Theories of adolescence*. New York: Random House.
- Nadal, R. (2008). La búsqueda de sensaciones y su relación con la vulnerabilidad a la adicción y al estrés. *Adicciones*, 20, 59-72.
- Nagin, D.S., Farrington, D.P. y Moffitt, T.E. (1995) Life-course trajectories of different types of offenders. *Criminology*, 33, 111-139.
- Nangle, D., Erdley, C., Zeff, R., Stanchfield, L y Gold J. (2004). Opposites do not attract: social status and behavioral-style concordances and discordances among children and the peers who like or dislike them *Journal of Abnormal Child Psychology*, 32, 425-434
- Navarrete, L. (2004). *Juventud y drogas: 4 estudios sociológicos comparados*. Madrid: Ilustre Colegio Nacional de Doctores y Licenciados en Ciencias Políticas y Sociología.
- Navarrete, L. y Rego, E. (Coord.) (2004). *Juventud y drogodependencias*. Madrid: C&M Artes Gráficas Domínguez.
- Nelson, E., Leibenluft, E., McClure, E. y Pine, D. (2005). The social re-orientation of adolescence: A neuroscience perspective on the process and its relation to psychopathology. *Psychological Medicine*, 35, 163-174.
- Nesdale, D. y Scarlett, M. (2004) Effects of group and contextual factors on preadolescent children's attitudes to school bullying. *International Journal of Behavioral Development*, 28, 428-34.
- Newcomb, M. y Harlow, L. (1986). Life events and substance use among adolescents: Mediating effects of perceived loss of control and meaninglessness in life. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 564-577.

-
- Newcombe, M.D. y McGee, L. (1989). Adolescent alcohol use and other delinquent behaviors: A one-year longitudinal analysis controlling for sensation seeking. *Criminal Justice and Behavior*, 16, 345–369.
- Newcomb, M. y McGee, L. (1991). Influence of sensation seeking on general deviance and specific problem behaviors from adolescence to young adulthood. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 614-628.
- Newcomb, M.D. y Felix-Ortiz, M. (1992). Multiple protective and risk factors for drug use and abuse: Cross-sectional and prospective findings. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63, 280-296.
- Nigg, J.T. (1999). The ADHD response-inhibition deficit as measured by the stop task: Replication with DSM-IV Combined Type, extension, and qualification. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 27, 393-402.
- Nigg, J.T. (2001). Is ADHD an inhibitory disorder? *Psychological Bulletin*, 125, 571–596.
- Nigg, J.T. (2006). *What Causes ADHD?* New York: Guilford Publications.
- Noller, P. y Callan, J.M.(1991). *The adolescent in the family*. London: Routledge.
- Nordtrom, B.L., Kinnunen, T., Utman C.H., Krall E.A., Vokonas P.S. y Garvey, A.J. (2000). Predictors of continued smoking over 25 years of follow-up in the normative aging study. *American Journal Public Health*, 90, 404-406.
- Observatorio Europeo de la Drogas y las Toxicomanías (2009). *Informe Anual 2009: el problema de las drogodependencias en Europa*. Lisboa. Portugal.
- Observatorio de la Infancia (2006). *La infancia en cifras*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- O’Connell, P., Pepler, D. y Craig, W. (1999). Peer involvement in bullying: Insights and challenges for intervention. *Journal of Adolescence*, 22, 437-452.
- Ogbu, J. (1993). Differences in cultural frames of reference. *International Journal of Behavioral Development*, 16, 483-506.

-
- Ojanen T, Gronroos M, Salmivalli C. 2005. An interpersonal circumplex model of children's social goals: Links with peer reported behavior and sociometric status. *Developmental Psychology* 41, 699–710
- Oliva, A. (2004a). La adolescencia como riesgo y oportunidad. *Infancia y Aprendizaje*, 27, 115-122.
- Oliva, A. (2004b). Estado actual de la teoría del apego. *Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente*, 4, 65-81.
- Oliva A. (2006) Relaciones familiares y desarrollo adolescente. *Anuario de Psicología*, 37, 209-223.
- Oliva, A. y Parra, A. (2001). Autonomía emocional durante la adolescencia. *Infancia y Aprendizaje*, 24, 181-196.
- Oliva, A., Parra, A. y Arranz, E. (2008). Estilos relacionales parentales y ajuste adolescente. *Infancia y Aprendizaje*, 31, 93-106.
- Oliva, A., Parra, A. y Sánchez-Queija, I. (2008). Consumo de sustancias durante la adolescencia: trayectorias evolutivas y consecuencias para el ajuste psicológico. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8, 153-169.
- Oliva, A. Ríos, M., Antolín, L., Parra, A., Hernando, A. y Pertegal, M.A. (2010). Más allá del déficit: construyendo un modelo de desarrollo positivo adolescente. *Infancia y Aprendizaje*, 33, 223-234.
- Olivari, C. y Barra E. (2005). Influencia de la autoeficacia y la autoestima en la conducta de fumar en adolescentes. *Terapia psicológica*, 23, 5-11.
- Olsson, C.A., Bond, L., Burns, J.M., Vella-Brodrick, D.A. y Sawyer, S.M. (2003). Adolescent resilience: a concept analysis. *Journal of Adolescence*, 26, 1–11.
- Olweus, D. (1979). Stability of aggressive reaction patterns in males: A review. *Psychological Bulletin*, 86, 852-875.
- Olweus, D. (1986). Aggression and hormones. En D. Olweus y J. Block (Eds.), *Development of Antisocial and Prosocial Behavior*. New York: Academic Press.

-
- Olweus, D. (1993). *Bullying at school*. Oxford: Blackwell Publishers.
- Organización Mundial de la Salud, Oficina Regional Europea (1998). *Salud 21. El marco político de salud para todos de la Región Europea de la OMS*. Madrid. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Organización Mundial de la Salud. (2002). *World Report on Violence and Health*. Recuperado el 30 de octubre de 2010 desde <http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/9241545615.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2002b). *The World Health Report. Reducing risks, promoting healthy life*. Geneva, SW: World Health Organization.
- Organización Mundial de la Salud (2004) *CIE-10: Trastornos mentales y del comportamiento: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid: Meditor.
- Organización Mundial de la Salud (2005) *The European Health Report. Public health actions for healthier children and populations 2005*. Copenhagen, Denmark, WHO Regional Office for Europe.
- Organización Mundial de la Salud. (2007) *Los determinantes sociales de la salud. Los hechos probados*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Osgood, D.W., Johnston, L.D., O'Malley, P.M. y Bachman, J.G. (1988). The generality of deviance in late adolescence and early adulthood. *American Sociological Review*, 53, 81-93.
- Oshio, A., Nakaya, M., Kaneko, H. y Nagamine, S. (2003). *Psychological Reports*, 93, 1217-1222.
- Otero J.M., Romero E., Luengo M.A. (1994). Identificación de factores de riesgo de la conducta delictiva: Hacia un modelo integrador. *Análisis y Modificación de Conducta*, 20, 675-709.
- Palacios, J. y Rodrigo, M.J. (2003) *Familia y desarrollo Humano*. Madrid. Alianza Editorial.

-
- Paley, B., Conger, R. y Harold, G. (2000). The role of parental affect and adolescent cognitive representations of parent–child relations in the development of adolescent social functioning. *Journal of Marriage and the Family*, 62, 761–776.
- Pallarés, J. y Cembranos, F. (2001). La marcha, la pugna por el espacio. *Revista de Estudios de Juventud*, 54, 34-45.
- Pardini, D., Obradovic, J. y Loeber, R. (2006). Interpersonal Callousness, Hyperactivity/Impulsivity, Inattention, and Conduct Problems as Precursors to Delinquency Persistence in Boys: A Comparison of Three Grade-Based Cohorts. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 35, 46–59.
- Parrellada M.J., San Sebastián J., Martínez Arias, R., Martín Babarro J. (2009). *Manual Esperi de Trastornos de Comportamiento en Niños y Adolescentes*, Madrid: EOS.
- Park, M.J., Mulye, T., Adams, S.H., Brindis, C.D. e Irwin, C.E. (2006). The health status of young adults in the United States. *Journal of Adolescent Health*, 39, 30–317.
- Parker, S. (1971). *The future of work and leisure*. Nueva York: Praeger.
- Parra, A. y Oliva, A. (2006) Un análisis longitudinal sobre las dimensiones relevantes del estilo parental durante la adolescencia. *Infancia y Aprendizaje*, 29, pp. 453-470.
- Parra, A. y Oliva, A. (2007) Una Mirada longitudinal y tansgeneracional sobre los conflictos entre madres y adolescentes. *Estudios de Psicología*, 28, 93-107.
- Paterson, R., Luntz, H., Perlesz, A. y Cotton, S. (2002). Adolescent violence towards parents: maintaining family connections when the going gets tough. *A. & N.Z. J. of Family Therapy* 23, 90-100.
- Pearson, F.S. y Weiner, N.A.(1985). Toward an Integration of Criminological Theories. *Journal of Criminal Law and Criminology*, 76, 116–150.
- Peiró, C. (1997). *El proceso de socialización deportiva de las orientaciones de meta en la adolescencia*. Tesis Doctoral. Dir. A. Escartí. Facultad de Psicología. Universidad de Valencia.

-
- Pelegrina, S., García, M.C. y Casanova, P.F. (2002). Los estilos educativos de los padres y la competencia académica de los adolescentes. *Infancia y Aprendizaje*, 25, 147-168.
- Peña, M.E., Andreu, J.M., Graña, J.L., Pahlavan, F. y Ramirez, J.M. (2008). Moderate and severe aggression justification in instrumental and reactive contexts. *Social Behavior and Personality*, 36, 229-238.
- Peña, M.E., Graña, J.L., (2006). Agresión y conducta antisocial en la adolescencia: una integración conceptual. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 6, 9–23.
- Pereiro, C., (2006) Salud y consumo de drogas. *Adicciones*, 18, 5-8.
- Peters, R., McMahon R.J. y Quinsey V.L. (Eds.). (1992) *Aggression and Violence Throughout the Life Span*. Newbury Park, California: Sage.
- Petersen, A.C. (1993). Creating adolescents: the role of context and process in developmental trajectories. *Journal of Research on Adolescence*, 3, 1-18.
- Peterson, J.B. y Pihl, R.O. (1990). Information processing, neuropsychological function, and the inherited predisposition to alcoholism. *Neuropsychological Review*, 1, 343–369.
- Petratis, J. Flay, B. y Miller, T. (1995). Reviewing theories of adolescent substance use: Organizing pieces in the puzzle. *Psychological Bulletin*, 117, 76–86.
- Pidgeon, N.F. (1992). The psychology of risk. En D. Blockley (Ed.), *Engineering Safety*, MacGraw-Hill International Series in Civil Engineering, London.
- Pinet M.C., Viñas F., Ribalto E. (2010). Nicotina. En C. Pereiro Gómez (Ed.), *Manual de adicciones para médicos especialistas en formación*. (pp. 421 - 470). Socidrogalcohol. Recuperado el 27 noviembre de 2010 desde http://www.socidrogalcohol.org/index.php?option=com_docman&Itemid=26
- Piquero, A.R., Farrington, D.P. y Blumstein, A. (2003). The criminal career paradigm. En M. Tonry (Ed.) *Crime and Justice*, vol.30 (pp. 359-506). Chicago: University of Chicago Press.

-
- Piquero, A.R., Farrington, D.P. y Blumstein, A. (2007). Key issues in criminal career research: New analyses of the cambridge study in delinquent development. Cambridge: Cambridge University Press.
- Pittman, L.D. y Chase-Lansdale, P. (2001). African American adolescent girls in impoverished communities: Parenting style and adolescent outcomes. *Journal of Research on Adolescence*, 11, 199–224.
- Poulin, F. y Boivin, M. (1999). Proactive and reactive aggression and boys' friendship quality in mainstream classrooms. *Journal of Emotional and Behavioral Disorder*, 7, 168-177.
- Queralt, M. (1996). The social environment and human behavior: A diversity perspective. Boston: Allyn and Bacon.
- Quintero, A. (2005). Resiliencia: contexto no clínico para trabajo social. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales Niñez y Juventud*, 3, 73-94.
- Quiroz, N., Villatoro, J., Juárez, F., Gutiérrez, M. L., Amador, N. y Medina-Mora, M. E. (2007). La familia y el maltrato como factores de riesgo de la conducta antisocial. *Salud Mental*, 30, 47-54.
- Ramírez, J.M. (1991). Similarities in attitudes toward interpersonal aggression in Finland, Poland and Spain. *Journal of Social Psychology*, 13, 737-739.
- Ramírez, J.M. (1993). Acceptability of aggression in four Spanish regions and a comparison with the other European countries. *Aggressive Behavior*, 19, 185-197.
- Ramírez, J.M. y Andreu, J.M. (2003). Aggression's typologies. *International Review of Social Psychology*, 16, 3, 145-159.
- Ramírez, J.M. y Andreu, J.M. (2006). Aggression and some related psychological constructs (Anger, hostility, and impulsivity. Some comments from a research project). *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 30, 276-291.
- Ramírez, J.M. y Fernández-Rañada, A. (1997). *De la agresión a la guerra nuclear*. Oviedo: Nobel.

-
- Real Academia Española (En prensa). *Diccionario de la lengua española* (Avance de la 23ª edición). Recuperado el 1 de enero de 2011 desde <http://buscon.rae.es/drae/>
- Reckless, W. (1961). A New Theory of Delinquency and Crime. *Federal Probation*, 24, 42-46.
- Reckless, W. (1967). *The crime problem*. (4ª Ed.). New York: Appleton-Century-Crofts.
- Reckless, W., Dinitz, S. y Murray, E.(1956). Selfconcept as an insulator against delinquency. *American Sociological Review* 21,744–746.
- Reese-Weber, M. (2000). Middle and late adolescents' conflict resolution skills with siblings: Associations with interparental and parent-adolescent conflict resolution. *Journal of Youth and Adolescence*, 29, 697-711.
- Reese, H.W. y Smyer, M.A. (1983). The dimensionalization of life events. En E.J. Callaman y K.A. Mc. Cluskey (Eds.), *Life-span Developmental Psychology: Nonnormative life events* (pp.1-34). Nueva York: Academic Press.
- Reid, J.B., Patterson, G.R. y Snyder, J. (2002). Antisocial behavior in children and adolescents. A developmental analysis and model for intervention. Washington: APA.
- Reifman, A., Barnes, G.M., Dintcheff, B.A., Farrell, M.P. y Uhteg, L. (1998). Parental and peer influences on the onset of heavier drinking among adolescents. *Journal of Studies on Alcohol*, 59, 311–317.
- Resnicow, K., Ross-Gaddy, D. y Vaughan, R. (1995). Structure of problem and positive behaviors in African American youths. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 594–603.
- Rey, J.M. y Domínguez M.D. (2010) Trastorno negativista desafiante y trastorno de conducta. En C. Soutullo y M.J. Mardomingo (Coords.): *Manual de Psiquiatría del Niño y del Adolescente*. (pp. 80-93). Madrid: Médica Panamericana
- Reza, A., Krug, E.G. y Mercy, J.A. (2001). Epidemiology of violent deaths in the world. *Injury Prevention*, 7, 104–111.

-
- Rhodes, J.E., Grossman, J.B. y Resche, N.L. (2000). Agents of change: Pathways through which mentoring relationships influence adolescents' academic adjustment. *Child Development, 71*, 1662–1671.
- Richardson, G.E. (2002). The metatheory of resilience and resiliency. *Journal of Clinical Psychology, 58*, 307-321.
- Richardson, D.S. y Green L.R. (2003). Defining direct and indirect aggression: the Richardson conflict response questionnaire. *International Review of Social Psychology, 16*, 11-30.
- Richmond, Mary (1917) *Social Diagnosis*. Russell Sage Foundation. New York.
- Roberts, D., Henriksen, L. y Foehr, U. (2004). Adolescents and media. En R. Lerner y L. Steinberg (Eds.), *Handbook of adolescent psychology* (2nd ed., pp. 487–521). Hoboken, NJ: Wiley.
- Robins, L.N. (1996) Deviant children grown up. *European Child and Adolescent Psychiatry, 5*, 44–46.
- Rodkin, P. y Berger, C. (2008). Who bullies whom? Social status asymmetries by victim gender. *International Journal of Behavioral Development, 32*, 473-485.
- Rodkin, P. y Hodges, E. (2003). Bullies and victims in the peer ecology: Four questions for psychologists and school professionals. *School Psychology Review, 32*, 384-400.
- Rodkin, P., Pearl, R, Farmer, T. y Van Acker, R (2003). Enemies in the gendered societies of middle childhood: Prevalence, stability, associations with social status, and aggression. *New Directions in Child and Adolescent Development, 102*, 73-88.
- Rodkin, P. y Wilson, T. (2007). Aggression and adaptation: Psychological record, educational promise. En P. Hawley, T. D. Little y P. C. Rodkin (Eds.), *Aggression and adaptation: The bright side to bad behavior* (pp. 233-265). Mahwah, NJ: Erlbaum
- Rodrigo, M.J. y Palacios, J. (1998). Conceptos y dimensiones en el análisis evolutivo-educativo de la familia. En M.J. Rodrigo y J. Palacios (Coords.) *Familia y desarrollo humano* (pp. 45-70). Madrid: Alianza.

-
- Rodríguez, E. y Megías, I. (2001). Estructura y funcionalidad de las formas de diversión nocturna: Límites y conflictos: La Noche: un conflicto de poder. *Revista de Estudios de Juventud*, 54, 1-10.
- Rodríguez, E., Megías, I. y Navarro, J. (2008). *Jóvenes, tiempo libre y consumos de drogas. Modelos, vivencias y expectativas entre los jóvenes de Castilla la Mancha*. FIS-CAM: Castilla La Mancha.
- Rogan, N. (1979). Concepto de sí mismo (self-concept). En W. Arnold, H.J. Eynsenck y R. Meili (Eds.). *Diccionario de Psicología*. Madrid: Ruiohuero.
- Rogers, T.B. (1982). A model of the self as an aspect of the human information processing system. En J. Suls (Ed.), *Psychological perspectives on the self*. Hillsdale, N.J.: Erlbaum.
- Rogoff, B. (1993). Aprendices del pensamiento. El desarrollo cognitivo en el contexto social. Barcelona: Paidós. (Ed. orig. 1990).
- Rohde, P., Lewinsohn, P. y Seeley, J. (1996). Psychiatric comorbidity with problematic alcohol use in high school students. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 101-109.
- Rohner, R., Bourque, S. y Elordi, C. (1996). Children's perceptions of corporal punishment, caretaker acceptance, and psychological adjustment in a poor, biracial Southern community. *Journal of Marriage and the Family*, 58, 842-852.
- Rojas Marcos, L. (1995). *Las semillas de la violencia*. Espasa Calpe, Madrid.
- Roldán, M.A. (1998). Influencia de la estructura familiar en la construcción de la identidad de los adolescentes. *Intervención Psicológica en la Adolescencia. VIII Congreso de INFAD*. Pamplona.
- Rolf, J. y Johnson, J. (1990). Protected or vulnerable: The challenge of AIDS to developmental psychopathology. En J. Rolf, A.S. Masten, D. Cicchetti, K.H. Nuechterlein, y S. Weintraub (Eds.), *Risk and protective factors in the development of psychopathology* (pp. 384-404). Cambridge, England: Cambridge University Press.
- Romero, E., Sobral, J. y Luengo, M. A. (1999). *Personalidad y delincuencia*. Granada: Grupo Editorial Universitario.

-
- Rose, A., Swenson, L. y Waller, E.M. (2004). Overt and relational aggression and perceived popularity: Developmental differences in concurrent and prospective relations. *Developmental Psychology*, 40, 378–387.
- Rosenberg, M. (1979). *Conceiving the self*. New York: Basic Books.
- Roth, J.L. y Brooks-Gunn, J. (2003). What exactly is a youth development program? Answers from research and practice. *Applied Developmental Science*, 7, 94-111.
- Rotter, J.B. (1989). Internal versus external control of reinforcement. *American Psychologist*, 45, 489-493.
- Rourke, S.B. y Loberg, T. (1996). Neurobehavioral correlates of alcoholism. En I. Grant y K.M. Adams (Eds.), *Neuropsychological assessment of neuropsychiatric disorders* (2nd ed., pp. 423–485). New York: Oxford University Press.
- Rutter, M. (1979). Protective factors in children's responses to stress and disadvantage. En M.W. Kent y J.E. Rolf (Eds.), *Primary prevention of psychopathology: Vol. 3. Social competence in children* (pp. 49-74). Hanover, NH: University Press of New England.
- Rutter, M. (1987a). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American journal of orthopsychiatry*, 57, 316–331.
- Rutter, M. (1987b). Psychosocial resilience and protective mechanisms. En J. Rolf, A. Masten, D. Cicchetti, K. Nuechterlein, y S. Weintraub (Eds.), *Risk and protective factors in the development of psychopathology* (pp. 181–214). New York: Cambridge University Press.
- Rutter, M. (1993). Resilience: Some conceptual considerations. *Journal of Adolescent Health*, vol. 14, 626-631.
- Rutter, M. (2006). Implications of resilience concepts for scientific understanding. *Annals of the New York Academic of Science*, 1094, 1-12.
- Rutter, M., Giller, H. y Hagell, A. (1998) *Antisocial behavior in young people*. Cambridge, England: Cambridge University Press.

-
- Rutter, M. y Quinton, D. (1984) Parental psychiatric disorder: effects on children. *Psychological Medicine*, 14, 853-880.
- Ryan, W. (1971) *Blaming the Victim*, Nueva York: Vintage Books.
- Salazar, L.S., Santelli, J.S., Crosby R.A. y Diclemente, R.J. (2009) Sexually Transmitted disease Transmission and Pregnancy among Adolescents. En R.J., DiClemente, J.S. Santelli, y R.A Crosby (Eds.). *Adolescent Health Understanding and Preventing Risk Behaviors*. CA: John Wiley & Sons.
- Salmivalli, C. y Voeten, M. (2004). Connections between attitudes, group norms, and behaviors associated with bullying in schools. *International Journal of Behavioral Development*, 28, 246–258.
- Sameroff, A.J. (1983). Developmental systems: contexts and evolution. En P.H. Mussen (Ed.), *Handbook of child psychology* (Vol.1, 4ª ed., pp.237-294). Nueva York: Wiley.
- Sameroff, A.J. (2000). Developmental systems and psychopathology. *Development y Psychopathology*, 12, 297–312.
- Sameroff, A.J., Lutman, L.M. Y Peck, S.C. (2003). Adaptation among youth facing multiple risks: prospective research findings. En S. Luthar. (Ed). (2003). *Resilience and Vulnerability: Adaptation in the Context of Childhood Adversities*. (pp. 364–391). New York: Cambridge University Press.
- Sampson, R.J. y Laub, J.H. (1990). Crime and deviance over the life course: The salience of adult social bonds. *American Sociological Review*, 55, 609-627.
- Sampson, R.J. y Laub, J.H. (2005). A Life-Course View of the Development of Crime. *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 602, 12–45.
- San Sebastián, J., Soutullo C. y Figueroa, A. (2010) Trastorno por déficit de atención e Hiperactividad (TDAH). En C. Soutullo y M.J. Mardomingo (Coords.): *Manual de Psiquiatría del Niño y del Adolescente* (pp. 55-78). Madrid: Médica Panamericana
- Sánchez-Queija, I. y Oliva A. (2003) Vínculos con padres e iguales durante la adolescencia. *Revista de Psicología Social*, 18, pp. 71-86.

-
- Sandler, I., Wolchik, S., Davis, C., Haine, R. y Ayers, T. (2003). Correlational and experimental study of resilience in children of divorce and parentally bereaved children. En S. Luthar (2003). *Resilience and Vulnerability: Adaptation in the Context of Childhood Adversities*. (pp. 510-549). New York: Cambridge University Press.
- Sanjuán, P., Pérez, A.M. y Bermúdez, J. (2000) Escala de autoeficacia general: datos psicométricos de la adaptación para población española. *Psicothema*, 12, pp. 509-513.
- Sanmartín, J. (2006). ¿Qué es esa cosa llamada violencia?. *Diario de campo*, 40, 1- 29.
- Scales, P.C., Benson, P.L., Leffert, N. y Blith, D.A. (2000). The contribution of developmental assets to the prediction of thriving among adolescents. *Applied Developmental Science*, 4, 27-46.
- Scales, P.C. y Leffert, N. (1999). *Developmental assets: A synthesis of the scientific research on adolescent development*. Minneapolis, MN: Search Institute.
- Scaramella, L.V., Conger, R.D., Spoth, R. y Simons, R.L. (2002). Evaluation of a social contextual model of delinquency: A cross-study replication. *Child Development*, 73, 175-195.
- Scaramella, L. V. y Keyes, A. W. (2001). The social contextual approach and rural adolescent substance use: Implications for prevention in rural settings. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 4, 231–251.
- Schlegel, A. y Barry, H. (1991). *Adolescence: An anthropological inquiry*. New York: Free Press.
- Schmelkin, L.P., Gilbert, K., Spencer, K.J., Pincus, H.S. y Silva, R. (2008). A multidimensional scaling of college students' perceptions of academic dishonesty. *The Journal of Higher Education*, 79, 587-607.
- Schor, E.L. (1987). Unintentional injuries: Patterns within families. *American Journal of Diseases of Children*, 141, 1280 – 1284.
- Schulenberg, J. y Maggs, J.L. (2002). A developmental perspective on alcohol use and heavy drinking during adolescence and the transition to young adulthood. Special issue. *Journal of Studies on Alcohol*, 14, 54-70.

-
- Scott, E. y Woolard, J. (2004). The legal regulation of adolescence. En R. Lerner y L. Steinberg (Eds.), *Handbook of adolescent psychology* (2nd ed., pp. 523-550). New York: Wiley.
- Sears, R., Maccoby, E.E. y Levin, H. (1957): *Patterns of Child Rearing*. Illinois: Row Peterson.
- Secades, R., Fernández Hermida, J.R. y Vallejo, G. (2005). Family risk factors for adolescent drug misuse in Spain. *Journal of Child and Adolescent Drug Abuse*, 14, 1-15.
- Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida, Centro Nacional de Epidemiología. (2006a) *Situación Epidemiológica del VIH/SIDA en mujeres 2005*. Instituto de Salud Carlos III. MSC.
- Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida, Centro Nacional de Epidemiología. (2006b) *Vigilancia Epidemiológica del VIH en España. Valoración de los nuevos diagnósticos de VIH en España a partir de los sistemas de notificación de casos de las CCAA*. Madrid: Instituto de Salud Carlos III, MSC.
- Serbin, L.A., Karp, J. (2004). The intergenerational transfer of psychosocial risk: mediators of vulnerability and resilience. *Annual Review of Psychology*, 55, 333–363.
- Shanahan, M.J. y Flaherty, B.P. (2001). Dynamic patterns of time use in adolescence. *Child Development*, 72, 385–401.
- Shavelson, R.J., Hubner, J.J. y Stanton, J.C. (1976). Self-concept: Validation of construct interpretations. *Review of Educational Research*, 46, 407-441.
- Shaw, C.R. y McKay, H.D. (1949). *Juvenile delinquency and urban areas (revised)*. Chicago: University of Chicago Press.
- Shedler, J. y Block, J. (1990). Adolescent drug use and psychological health: A longitudinal study. *American Psychologist*, 45, 612-630.
- Sheeber, L., Hops, H., Alpert, A., Davis, B. y Andrews, J. (1997). Family support and conflict: Prospective relations to adolescent depression. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 25, 333–344.

-
- Sher, K.J. (1991). *Children of alcoholics: A critical appraisal of theory and research*. Chicago: University of Chicago Press.
- Sher, K.J., Bartholow, B.D., y Wood, M.D. (2000). Personality and substance use disorders: a prospective study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *68*, 818-829.
- Sher, K.J. y Gotham, J.J. (1999). Pathological alcohol involvement: A developmental disorder of young adulthood. *Development and Psychopathology*, *11*, 933-956.
- Sher, K.J., Martin, E.D., Wood, P.K. y Rutledge, P.C. (1997). Alcohol use disorders and neuropsychological functioning in first-year undergraduates. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, *5*, 304-315.
- Shoemaker, D.J. (2010). *Theories of delinquency: An examination of explanations of delinquent behavior*. (6ª Ed.) New York: Oxford University Press.
- Siegler, R. DeLoache, J. y Eisenberg, N. (2003). *How children develop*. New York: Worth.
- Simons, R.L., Chao, W., Conger, R.D. y Elder, G.H. (2001). Quality of parenting as mediator of the effect of childhood defiance on adolescent friendship choices and delinquency: A growth curve analysis. *Journal of Marriage & the Family*, *63*, 63-79.
- Simons, R.L., Johnson, C. y Conger, R.D. (1994). Harsh corporal punishment versus quality of parental involvement as an explanation of adolescent maladjustment. *Journal of Marriage and the Family*, *56*, 591-607.
- Simons, R.L., Stewart, E., Gordon, L.C., Conger, R.D. y Elder, G.H., Jr. (2002). A Test of Life-Course Explanations for Stability and Change in Antisocial Behavior from Adolescence to Young Adulthood. *Criminology* *40*, 401-434.
- Simons, R.L., Whitbeck, L.B., Conger, R.D., y Conger, K.J. (1991). Parenting factors, social skills, and value commitments as precursors to school failure, involvement with deviant peers, and delinquent behavior. *Journal of Youth and Adolescence*, *20*, 645-664.
- Simons-Morton, B., Chen, R. (2005). Latent growth curve analyses of parent influences on drinking progression among early adolescents. *Journal of Studies on Alcohol*, *66*, 5-13.

-
- Sinclair, V.G. y Wallston, K.A. (2004). The development and psychometric. Evaluation of the brief resilient coping scale. *Assessment, 11*, 94-101.
- Slomkowski, C., Rende, R., Conger, K. J., Simons, R.L. y Conger, R.D. (2001). Sisters, brothers, and delinquency: Social influence during early and middle adolescence. *Child Development, 72*, 271–283.
- Smetana, J.G. (2005). Adolescent-parent conflict: Resistance and subversion as developmental process. En L. Nucci (Ed.), *Resistance, subversion, and subordination in moral development* (pp. 69-91). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Smetana, J. y Daddis, C. (2002). Domain-specific antecedents of parental psychological control and monitoring: The role of parenting beliefs and practices. *Child Development, 73*, 563–580.
- Smith, D.A. y Brame, R. (1994). On the initiation and continuation of delinquency. *Criminology, 32*, 607–629.
- Smith, C., Lizotte, A.J., Thornberry, T.P. y Krohn, M.D. (1995). Resilient youth: identifying factors that prevent high-risk youth from engaging in delinquency and drug use. En J Hagan (ED.), *Delinquency and disrepute in the life course*. Greenwich, CT: JAI Press: 217-247.
- Smith, E., Udry, J.R. y Morris, N. (1985). Pubertal development and friends: A biosocial explanation of adolescent sexual behavior. *Journal of Health and Social Behavior, 26*, 183–192.
- Smokowski, P.R. (1998). Prevention and intervention strategies for promoting resilience in disadvantaged children. *Social Service Review, 72*, 337-364.
- Sorkhabi, N. (2005). Applicability of Baumrind's parent typology to collective cultures: Analysis of cultural explanations of parent socialization effects. *International Journal of Behavioral Development, 29*, 552-563.
- Sowell, E.R., Trauner, D.A., Gamst, A. y Jernigan, T.L. (2002). Development of cortical and subcortical brain structures in childhood and adolescence: A structural MRI study. *Developmental Medicine and Child Neurology, 44*, 4–16.

-
- Spear, L.P. (2000a). The adolescent brain and age-related behavioral manifestations. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 24, 417–463.
- Spear, L.P. (2000b). Neurobehavioral changes in adolescence. *Current Directions in Psychological Science*, 9, 111–114.
- Staff, J., Mortimer, J. y Uggen, C. (2004). Work and leisure in adolescence. En R. Lerner y L. Steinberg (Eds.), *Handbook of adolescent psychology* (2nd ed., pp. 429–450). Hoboken, NJ: Wiley.
- Stalker, K. (2003). Managing risk and uncertainty in Social Work, a literature review. *Journal of Social Work*, 3, 211-233.
- Staudinger, U.M., Marsiske, M. y Baltes, P.B. (1993). Resilience and levels of reserve capacity in later adulthood: Perspectives from life-span theory. *Development and Psychopathology*, 5, 541-566.
- Steinberg, L. (1995). Commentary: on developmental pathways and social contexts in adolescence. En L.J. Crockett y A.C. Crouter (Eds.), *Pathways through adolescence. Individual development in relation to social contexts* (pp.245-253). Mahwah, NJ: LEA.
- Steinberg, L. (2001). We know some things: Parent-adolescent relationships in retrospect and prospect. *Journal of Research on Adolescence*, 11, 1-19.
- Steinberg, L. (2002). Clinical adolescent psychology: What it is, and what it needs to be. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 124–128.
- Steinberg, L, Blatt-Eisengart, I. y Cauffman, E. (2006). Patterns of competence and adjustment among adolescents from authoritative, authoritarian, indulgent, and neglectful homes: A replication in a sample of serious juvenile offenders. *Journal of Research on Adolescence*, 16, 47-58.
- Steinberg, L. y Cauffman, E. (1996). Maturity of judgment in adolescence: Psychosocial factors in adolescent decision making. *Law and Human Behavior*, 20, 249–272.
- Steinberg, L., Lamborn, S.D., Darling, N., Mounts, N.S. y Dornbusch, S.M. (1994): Over-time changes in adjustment and competence among adolescents from authorita-

-
- tive, authoritarian, indulgent, and neglectful families. *Children Development*, 65, 754-770.
- Steinberg, L. y Morris, A.S. (2001). Adolescent development. *Annual Review of Psychology*, 52, 83–110.
- Steinberg, L., Mounts, N.S., Lamborn, S.D. y Dornbusch, S.M. (1991). Authoritative parenting and adolescent adjustment across varied ecological niches. *Journal of Research on Adolescence*, 1, 19-36.
- Steinberg, L. y Silk, J.S. (2002). Parenting adolescents. En M.H. Bornstein (Ed.), *Handbook of parenting, Vol. 1: Children and parenting* (pp. 103-133). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Stice, E. y Barrera, M. (1995). A longitudinal examination of the reciprocal relations between perceived parenting and adolescents' substance use and externalizing behaviors. *Developmental Psychology*, 33, 322–334.
- Stice, E. y Gonzales, N. (1998). Adolescent temperament moderates the relationship of parenting to antisocial behavior. *Journal of Adolescent Research*, 13, 5–31.
- Stocker, C., Burwell, R. y Briggs, M. (2002). Sibling conflict in middle childhood predicts children's adjustment in early adolescence. *Journal of Family Psychology*, 16(1), 50–57.
- Stouthamer-Loeber, M., Loeber, R., Farrington, D.P., Zhang, Q., Van Kammen, W. y Maguin, E. (1993). The double edge of protective and risk factors for delinquency: Interrelations and developmental patterns. *Development and Psychopathology*, 5, 683-701.
- Stouthamer-Loeber, M., Wei, E., Loeber, R. y Masten, A.S. (2004). Desistance from persistent serious delinquency in the transition to adulthood. *Development and Psychopathology*, 16, 897-918.
- Strauss, M. y Yodanis, C. (1996). Corporal punishment in adolescence and physical assaults on spouses in later life: What accounts for the link? *Journal of Marriage and the Family*, 58, 825–841.

-
- Subdirección General de Promoción de la Salud y Epidemiología. (2006). *Interrupción voluntaria del embarazo. Datos definitivos correspondientes al año 2005*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Suldo, S.M. y Huebner, E.S. (2004). The role of life satisfaction in the relationship between authoritative parenting dimensions and adolescent problem behavior. *Social Indicators Research*, 66, 165-195.
- Susman E.J. y Rogol A. (2004) Puberty and Psychological Development. En R. Lerner y L. Steinberg (Eds.), *Handbook of adolescent psychology* (2ª ed.), (pp. 15-44). NY: John Wiley.
- Sussman, S., Unger, J.B. y Dent, C.W. (2004). Peer group self-identification among alternative high school youth: A predictor of their psychosocial functioning five years later. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4, 9-25.
- Susman, E. y Rogol, A. (2004). Puberty and psychological development. En R. Lerner y L. Steinberg (Eds.), *Handbook of adolescent psychology* (2ª ed., pp. 15-44). Hoboken, NJ: Wiley.
- Sutherland, E.H. (1939). *Principles of Criminology*. Philadelphia: Lippincott.
- Swaim, R., Oetting, E., Beauvais, F. (1989). Links from emotional distress to adolescent drug use: A path model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 227-231.
- Tangney, J.P., Baumeister, R.F. y Boone, A.L., (2004). High self-control predicts good adjustment, less pathology, better grades, and interpersonal success. *Journal of Personality*, 72, 271-324.
- Tapert, S.F. y Brown, S.A. (1999). Neuropsychological correlates of adolescent substance use: Four-year outcomes. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 5, 481-493.
- Tarter, R. y Vanyukov, M. (1994). Alcoholism: A developmental disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 1096-2007.
- Tatsioni, A., Gerasi, E., Charitidou, E., Simou, N., Mavreas, V. y Ioannidis, J.P.A. (2003). Important drug safety information on the internet. *Drug Safety*, 26, 519-527.

-
- Taylor, J. y Bodgan, R. (1986). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Buenos Aires: Paidós.
- Theokas, C., Almerigi, J., Lerner, R.M., Dowling, E.M., Benson, P.L., Scales, P.C. y Von Eye, A. (2005). Conceptualizing and modeling individual and ecological asset components of thriving in early adolescence. *Journal of Early Adolescence*, 25, 113-143.
- Thompson RA, Flood MF, Goodvin R. (2006). Social support and developmental psychopathology. En D. Cicchetti y D. Cohen, (Eds.). *Developmental Psychopathology, Vol. 3: Risk, disorder, and adaptation*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons. pp. 1–37.
- Thornberry, T.P. (1987). Toward an interactional theory of delinquency. *Criminology*, 25, 863-891.
- Tildesley, E A., Hops, H., Ary, D. y Andrews, J.A. (1995). Multitrait–multimethod model of adolescent deviance, drug use, academic, and sexual behaviors. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 17, 185–215.
- Tolan, P.H., Guerra, N.G. y Kendall, P.H. (1995). A developmental-ecological perspective on antisocial behavior in children and adolescents: Toward a unified risk and intervention framework. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 577-584.
- Toro, J. (2010). *El adolescente en su mundo*. Madrid. Pirámide.
- Torres, R., Fernandez, F. y Maceira, D. (1995). Self –esteem and value of health as correlates of adolescent health behavior. *Adolescence*, 30, 403–412.
- Towle, C. (1945). A social work approach to courses in growth and behavior. *Social Service Review*, 34, 402-414.
- Tremblay, R.E. (1992). The prediction of delinquent behavior from childhood Behavior: Personality theory revisited. En J. McCord (Ed.) *Advances in criminological theory Vol. 3. Facts, frameworks and forecasts* (pp. 193–230). New Brunswick, N.J.: Transaction.
- Tremblay, R.E. y LeMarquand, D. 2001. Individual risk and protective factors. En R. Loeber and D.P. Farrington, *Child Delinquents: Development, Intervention, and Service Needs*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, pp. 137–164.

-
- Tucker, C., McHale, S. y Crouter, A. (2001). Conditions of sibling support in adolescence. *Journal of Family Psychology, 15*(2), 254–271.
- Twente, E.E. (1965). Aging, strength, and creativity. *Social Work, 10*, 105-110.
- Udry, J.R., Talbert, L. y Morris, N. (1986). Biosocial foundations for adolescent female sexuality. *Demography, 23*, 217–230.
- UNODC. World Drug Report 2010. United Nations Office on Drugs and Crime. Recuperado el 10 de septiembre de 2010 desde <http://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/WDR-2009.html>
- Urberg, K.A., Degirmencioglu, S.M., y Pilgrim, C. (1997). Close friend and group influence on adolescent cigarette smoking and alcohol use. *Developmental Psychology, 33*, 834–844.
- Valsiner, J. (1998). The development of the concept of development: historical and epistemological perspectives. En W. Damon (Ed.), *Handbook of Child Psychology* (Vol.1, 5ª ed., pp.189-231). Nueva York: Wiley and Sons.
- Valverde, J. (2002). *Proceso de inadaptación social*. Madrid: Editorial Popular.
- Van Der Vorst, H., Engels, R.C.M.E., Meeus, W., Deković, M. y Vermulst, A.A. (2006). Parental attachment, parental control and early development of alcohol use: A longitudinal study. *Psychology of Addictive Behaviors, 20*, 107–116.
- Vazsonyi, A.T., Pickering, L.E., Junger, M. y Helsing, D. (2001) An empirical test of a general theory of crime: A four-nation comparative study of self-control and the prediction of deviance. *Journal of Research in Crime and Delinquency, 38*, 91-131.
- Vazsonyi, A.T., Clifford Wittekind, J.E, Belliston, L.M. y Van Loh, T.D. (2004). Extending the general theory of crime to 'The East': low self-control in japanese late adolescents. *Journal of Quantitative Criminology, 20*, 189–216.
- Verma, S. y Larson, R.W. (Eds.). (2003). *Examining adolescent leisure time across cultures*. San Francisco: Jossey-Bass.

-
- Villar, P., Luengo, M^a A., Gómez, J.A. y Romero, E. (2003). Una propuesta de evaluación de variables familiares en la prevención de la conducta problema en la adolescencia. *Psicothema*, 15, 581-588.
- Vingilis, E. y Adlaf, E. (1990). The structure of problem behavior among Ontario high school students: A confirmatory factor analysis. *Health Education Research*, 5, 151-160.
- Wagnild G, Young HM. (1993) Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. *Journal Nur Meas*, 1, 165-77.
- Wakefield, J.C. (1999a). Evolutionary versus prototype analysis of the concept of mental disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 108, 374-399.
- Wakefield, J.C. (1999b). Philosophy of science and the progressiveness of the DSM's theory-neutral nosology: Response to Follette and Houts, part. 1. *Behavior Research and Therapy*, 37, 963-999.
- Waller, M.A. (2001). Resilience in Ecosystemic Context: Evolution of the Concept. *American journal of Orthopsychiatry*, 73, 290-297.
- Walsh, F. (1998). *Strengthening family resilience*. New York: Guilford Press.
- Warren, M., (2000) Juventud desescolarizada. En IUHPE. *La evidencia de la eficacia de la promoción de la salud* (PP. 43-56). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Waters, E. y Sroufe, L.A. (1983). Social competence as a developmental construct. *Developmental Review*, 3, 79-97.
- Webb, J.A. y Baer, P.E. (1995). Influence of family disharmony and parental alcohol use on adolescent social skills, self-efficacy and alcohol use. *Addictive Behaviors*, 20, 127-135.
- Wechsler, H., Davenport, A., Dowdall, G., Moeykens, B., y Castillo, S. (1994). Health and behavioral consequences of binge drinking in college. A national survey of students at 140 campuses. *JAMA*, 272, 1672-1677.
- Wechsler, H. y Nelson, T.F. (2001). Binge drinking and the American college students: What's five drinks? *Psychology of Addictive Behaviors*, 15, 287-291.

-
- Wechsler, H., y Nelson, T.F. (2006). Relationship between level of consumption and harms in assessing drink cut-points for alcohol research. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 30, 922-927.
- Weinstein, N.D. (1980) Unrealistic optimism about future life events. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39, 806–820.
- Weinstein, S.R., Noam, G.G., Grimes, K., Stone, K. y Schwab-Stone, M. (1990). Convergence of DSM-III diagnoses and self-reported symptoms in child and adolescent inpatients. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 627-634
- Werner, E.E. (1993). Risk, resilience, and recovery: Perspectives from the Kauai Longitudinal Study. *Development and Psychopathology*, 5, 503-515.
- Werner, E.E., y Smith, R.S. (1992). *Overcoming the odds: High risk children from birth to adulthood*. Ithaca, New York: Cornell University Press.
- West, D.J. y Farrington, D P. (1977). *The delinquent way of life*. London: Heinemann.
- Whalen, C.K. y Henker, B. (1992). The social profile of attention-deficit hyperactivity disorder: Five fundamental facets. En G. Weiss (Ed.), *Child and adolescent psychiatric clinics of North America: Attention-deficit hyperactivity disorder* (pp. 395-410). Philadelphia: Saunders.
- Whitbeck, L.B. (1987). Modeling Efficacy: The effect of perceived parental efficacy on the self- efficacy of early adolescents. *Journal of Early Adolescence*, 7, 165-177.
- White, H.R. (1992). Early problem behavior and later drug problems. *Journal of Research in Crime and Delinquency*, 29, 412–429.
- White, H.R., y Labouvie, E.W. (1994). Generality versus specificity of problem behavior: Psychological and functional differences. *Journal of Drug Issues*, 24, 55–75.
- White, H.R., Loeber, R., Stouthamer-Loeber, M. y Farrington, D.P. (1999). Developmental associations between substance use and violence. *Development and Psychopathology*, 11, 785–803.

-
- Wichstrom, L. (2001). The impact of pubertal timing on adolescents' alcohol use. *Journal of Research on Adolescence*, 11, 131–150.
- Wiesner, M. y Ittel, A. (2002). Relations of pubertal timing and depressive symptoms to substance use in early adolescence. *Journal of Early Adolescence*, 22, 5–23.
- Wikström, P-O. H. y Loeber, R. (2000) Do disadvantaged neighborhoods cause well-adjusted children to become adolescent delinquents? A study of male juvenile serious offending, individual risk and protective factors, and neighborhood context. *Criminology*, 38, 1109-1142.
- Williams, J.H. y Ayers, C.D. (1996). Structural equivalence of involvement in problem behavior by adolescents across racial groups using multiple group confirmatory factor analysis. *Social Work Research*, 20, 168–178.
- Williams, J.H. y Dunlop, L. (1999). Pubertal timing and selfreported delinquency among male adolescents. *Journal of Adolescence*, 22, 157–171.
- Wills, T.A., Sandy, J.M., Yaeger, A.M., Cleary, S.D. y Shinar, O. (2001). Coping dimensions, life stress, and adolescent substance use: A latent growth analysis. *Journal of Abnormal Psychology*, 110, 309–323.
- Wills, T.A., Sandy, J.M., Yaeger, A. y Shinar, O. (2001). Family risk factors and adolescent substance use: Moderation effects for temperament dimensions. *Developmental Psychology*, 37, 283–297.
- Wills, T.A., Vaccaro, D., y 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.
- Wills, T.A., Vaccaro, D., McNamara, G. y Hirky, A. (1996). Escalated substance use: A longitudinal grouping analysis from early to middle adolescence. *Journal of Abnormal Psychology*, 105, 166-180.
- Wilson, J.D. y Herrnstein, R.J. (1985). *Crime and Human Nature*. New York: Simon and Schuster.

-
- Windle, M. y Windle, R.C. (2009) Adolescent alcohol use. En R.J., DiClemente, J.S. Santelli, y R.A Crosby (Eds.). *Adolescent Health Understanding and Preventing Risk Behaviors*. CA: John Wiley & Sons.
- Wolchik, S.A., West, S.G., Sandler, I.N., Tein, J.Y., Coatsworth, D., Leugua, L., Weiss, L., Anderson, E.R., Greene, S.M. y Griffin, W.A. (2000). An experimental evaluation of theory-based mother and mother-child programs for children of divorce. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 843–856.
- Wood, P.B., Pfefferbaum, B. y Arneklev, B.J. (1993). Risk-taking and self-control: Social psychological correlates of delinquency. *Journal of Crime and Justice*, 16, 111–130.
- Yates, T.M., Egeland, B., Sroufe, A. (2003). Rethinking resilience: a developmental perspective. En Luthar, S.S. (Ed). *Resilience and Vulnerability: Adaptation in the Context of Childhood Adversities*. (pp.243-266). New York: Cambridge University Press.
- Young, S.E., Corley, R.P., Stallings, M.C., Rhee, S.H., Crowley, T.J. y Hewitt, J.K. (2002). Substance use, abuse and dependence in adolescence: Prevalence, symptom profiles and correlates. *Drug and Alcohol Dependence*, 68, 309-322.
- Zentall, S.S., Cassady, J.C. y Javorsky, J. (2001). Social comprehension of children with hyperactivity. *Journal of Attention Disorders*, 5, 11-24.
- Zhang, L., Welte, J.W. y Wieczorek, W.F. (2002). Underlying common factors of adolescent problem behaviors. *Criminal Justice and Behavior* 29, 161–182.
- Zhou, Q., King., K.M. y Chassin, L.(2006). The relation of familial alcoholism and adolescent family environment to young adults' alcohol and drug dependence: Mediated and moderated effects. *Journal of Abnormal Psychology*, 115, 320–331.
- Zimmerman, M.A. y Arunkumar, R. (1994). Resiliency Research: Implications for school and policy. *Social Policy Report: Society for Research in Child Development*, 8, 1-17.
- Zimmermann, P. y Becker-Stoll, F. (2002). Stability of attachment representations during adolescence: the influence of ego-identity status. *Journal of Adolescence*, 25, 107-124.
- Zuckerman, M. (1979). *Sensation Seeking: Beyond the Optimal Level of Arousal*. Hillsdale: Erlbaum.

Zuckerman, M. (1990). The Psychophysiology of Sensation Seeking. *Journal of Personality, 58*, 313–345.

Zuckerman, M. (2006). *Sensation Seeking and Risky Behavior*. Washington DC: American Psychological Association.

Zuckerman, M., Eysenck, S. y Eysenck, H. J. (1978). Sensation seeking in England and America: cross-cultural, age and sex comparisons. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 46*, 139-149.

ANEXO

Centro: Cuestionario nº Fecha

Estimado/a Joven:

Estamos realizando un estudio relacionado con las conductas de riesgo en la adolescencia. El objetivo de este cuestionario es conocer mejor cuáles son esas conductas y que factores de riesgo están presentes. Vamos a referirnos a temas como el consumo de drogas, las relaciones sexuales, agresiones y otros que preocupan en la actualidad a los jóvenes.

Los datos obtenidos se usarán únicamente con fines de investigación. Por favor, lee cada pregunta atentamente, recuerda que NO HAY RESPUESTAS BUENAS NI MALAS, sino que es tu propia respuesta la que vale.

Para contestar a cada una de las preguntas por favor:

- Completa la información que se te pregunta cuando aparezca un recuadro vacío o una línea horizontal

- Marca con una **X** en las casilla(s) correspondiente(s) cuando aparezca un listado de opciones. En caso de necesitar rectificar puedes hacerlo:

- Tachando la información errónea y poniendo al lado la correcta

17 años

- Coloreando completamente la casilla equivocada y marcando la correcta

- Si tienes alguna duda pregunta al encargado.

RECUERDA QUE ESTE CUESTIONARIO ES TOTALMENTE ANÓNIMO
POR FAVOR NO DEJES NINGUNA PREGUNTA SIN CONTESTAR

MUCHAS GRACIAS POR TU COLABORACIÓN

1. Edad Sexo: Hombre Mujer

3. ¿Con quién vives en la actualidad? Marca todas las opciones que se apliquen en tu caso

- | | |
|------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Mi padre | <input type="checkbox"/> Mi madre |
| <input type="checkbox"/> A veces con mi padre, a veces con mi madre | <input type="checkbox"/> Hermanos/as |
| <input type="checkbox"/> Abuelos | <input type="checkbox"/> Otros familiares |
| <input type="checkbox"/> Tutor/a | <input type="checkbox"/> Compañeros de piso |
| <input type="checkbox"/> Centro de acogida | <input type="checkbox"/> Residencia |
| <input type="checkbox"/> Otras personas (especifica quienes son) _____ | |

4. ¿Dónde vives actualmente?

- | | |
|--------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Centro de acogida | <input type="checkbox"/> Residencia |
| <input type="checkbox"/> Domicilio familiar | <input type="checkbox"/> Piso tutelado |
| <input type="checkbox"/> Piso de transición a la vida adulta | <input type="checkbox"/> Centro de reforma |
| <input type="checkbox"/> Domicilio propio | <input type="checkbox"/> Otro lugar (especifica cuál o cuáles) _____ |

5. ¿Dónde habéis nacido tú y tus padres?

	Tú	Tu padre	Tu madre
España	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Europa occidental (Francia, Suecia, Alemania...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Europa oriental (Polonia, Hungría, Rumania, Bulgaria)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Estados Unidos, Canadá, Australia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Latinoamérica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asia (China, Filipinas...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Norte de África (Marruecos, Argelia, Túnez)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros lugares de África	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Tu familia es:

- Religiosa practicante Religiosa no practicante No profesa ninguna religión

7. ¿Y tú?

- Religioso/a practicante Religioso/a no practicante No profeso ninguna religión

8. Cuántos hermanos tienes

Hermanos _____ Hermanas _____

9. ¿Qué puesto ocupas en orden de nacimiento?

- 1ª 2ª 3ª 4ª 5ª

10. ¿Alguno de tus hermanos/as tiene problemas, por ejemplo, relacionados con la justicia, drogas, etc.?

- No Sí No lo sé No procede

¿Cuál de ellos? _____

11. ¿Con quién, de los miembros de tu familia, te llevas mejor?

- | | | |
|-----------------------------------|-------------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Mi padre | <input type="checkbox"/> Mi madre | <input type="checkbox"/> Hermanos/as |
| <input type="checkbox"/> Abuelos | <input type="checkbox"/> Otros familiares | |

12. ¿Sientes a alguno de tus hermanos/as como un modelo?

- No Sí  No procede
 ¿Cuál de ellos? _____

13. ¿Cuál es tu actividad diaria? Señala la opción que corresponda

- Sólo estudio. Sólo trabajo
 Estudio y trabajo esporádico Estudio y trabajo habitual Ninguna actividad laboral o educativa

14. ¿En qué tipo(s) de colegio estudias o has estudiado? Puedes señalar más de una opción

En la actualidad

- Público
 Privado laico
 Privado religioso
 Concertado laico
 Concertado religioso

En el pasado

- Público
 Privado laico
 Privado religioso
 Concertado laico
 Concertado religioso

15. ¿Cuáles fueron tus resultados académicos durante el año pasado?

- Aprobé todo Suspendí menos de tres asignaturas Suspendí más de tres asignaturas
 Me expulsaron Abandoné No estuve escolarizado

16. ¿Qué estudios esperas terminar?

- ESO Módulos Profesionales de Grado Medio
 Bachillerato Módulos Profesionales de Grado Superior
 Ninguno Carrera Universitaria
 Otros. Especifica cuál o cuáles _____

17. ¿Cómo valoras qué han sido en general tus resultados en los estudios?

- Insuficiente Bien Sobresaliente
 Suficiente Notable

18. ¿Qué estudios han terminado tus padres?

- | | | |
|--------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Sin estudios | Madre | Padre |
| Primarios | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Secundaria obligatoria (Bachillerato Elemental) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Secundaria no obligatoria (Bachillerato Superior, Formación Profesional) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Estudios Universitarios | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

19. Indica para cada uno de tus padres es su situación laboral actual:

- | | | |
|------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Trabaja fuera de casa a jornada completa | Madre | Padre |
| Trabaja fuera de casa a media jornada | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Trabaja pagado en casa | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Trabaja solo haciendo las tareas de casa | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Está en paro con prestación económica | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Está en paro sin prestación económica | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Está jubilado/a por edad o invalidez | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

20. ¿Recibe tu familia alguna prestación económica desde una institución como por ejemplo Servicios Sociales?

1. No Sí  No lo se
 ¿Sabes cuál es? _____

21. Valora de 1 a 7 cómo te llevas o cómo te sientes normalmente

	Muy mal						Muy bien	No aplicable
	1	2	3	4	5	6	7	<input type="checkbox"/>
1. En el centro educativo								<input type="checkbox"/>
2. Con los profesores/as o educadores								<input type="checkbox"/>
3. Con tus compañeros								<input type="checkbox"/>
4. Con tus amigos								<input type="checkbox"/>
5. Con tu futuro								<input type="checkbox"/>
6. Con lo que aprendes								<input type="checkbox"/>
7. Con tu padre								<input type="checkbox"/>
8. Con tu madre								<input type="checkbox"/>
9. Con tus hermanos/as								<input type="checkbox"/>
10. En tu casa o lugar de residencia								<input type="checkbox"/>
11. Con tu ocio o tiempo libre								<input type="checkbox"/>

22. ¿Si has sido sancionado en el colegio?

- No
 Si



¿Cuál o cuáles fueron las sanciones y con qué frecuencia?

	Alguna vez	Bastantes veces	Muchas veces
1. Expulsión temporal del centro			
2. Expulsión definitiva.			
3. Apertura de expediente disciplinario			
4. Avisar a mi familia.			
5. Ser enviado a Jefatura de Estudios o a Dirección.			
6. Me han castigado a reparar el daño ocasionado			

23. Pensando en tus relaciones familiares, señala la frecuencia con la que acontecen las siguientes situaciones:

	No aplicable	Nunca	Alguna vez	Bastantes veces	Muchas veces	Casi siempre o siempre
1. Tengo discusiones con mis padres en las que se grita.						
2. En mi familia tenemos grandes discusiones por pequeñas cosas.						
3. Me gusta hablar con mis padres						
4. Mis padres me escuchan cuando necesito hablar de algo						
5. Escucho con atención lo que mis tienen que decir						

6. Mis padres y yo nos ponemos de acuerdo cuando discutimos						
7. Mis padres están disponibles cuando los necesito						
8. En mi casa las normas las ponen mis padres						
9. Conozco las consecuencias de no cumplir con mis responsabilidades						
10. Las normas se establecen con la participación de todos						
11. Me amenazar con castigos que después no cumplen						
12. Siempre se mantienen mis castigos						
13. Cuando surgen un problema y no hay acuerdo, se hace lo que mis padres dicen						
14. Cuando no estamos de acuerdo en algo, me dejan hacer lo que quiero						
15. Mis padres me ayudan a tomar decisiones						
16. Mis padres se sienten orgullosos de mi						
17. Me gusta hablar con mis hermanos						
18. Siento que uno de mis hermanos/as es mi mejor amigo						
19. Con quien más confianza tengo de mi familia es con mi hermano/a						
	No aplicable	Nunca	Alguna vez	Bastantes veces	Muchas veces	Casi siempre o siempre

24. ¿Cuántos amigos tienes en los que puedas confiar de verdad? _____

25. ¿Pertenece o has pertenecido a una banda?

No Si

26. ¿Con qué frecuencia realizas las actividades de **ocio en casa** que se refieren a continuación?:

	Nunca	Alguna vez al mes	1 ó 2 veces por semana	3 o más veces por semana	Todos los días
1. Jugar a videojuegos o al ordenador					
2. Chatear					
3. Navegar por Internet					
4. Ver la televisión					
5. Leer libros, revistas, comics					
6. Oír la radio					
7. Escuchar música					
8. Estar con los amigos en casa					
9. Pasar el tiempo sin hacer nada					
10. Hablar por teléfono					
11. Conocer chicos/as por citas a través de internet					
	Nunca	Alguna vez al mes	1 ó 2 veces por semana	3 o más veces por semana	Todos los días

27. Con qué frecuencia realizas las actividades de **ocio en la calle** que se refieren a continuación:

	Nunca	Alguna vez al mes	1 ó 2 veces por semana	3 o más veces por semana	Todos los días
1. Ir al cine					
2. Ir a conciertos de música rock o pop					
3. Ir a beber-cafés					
4. Ir a salones de juegos recreativos					
5. Jugar a máquinas tragaperras					
6. Hacer acampadas, senderismo, excursiones					
7. Estar en el parque con los amigos					
8. Ir a centros comerciales y de ocio					
9. Practicar algún deporte					
10. Ver alguna actividad deportiva					
11. Colaborar con asociaciones, grupos de tiempo libre, ONG's					
12. Ir a casa de algún amigo					

13. Ir a <i>La Tarde</i> o a <i>La noche más Joven</i>					
14. Ir a bares o discotecas					
15. Salir de fiesta					
	Nunca	Alguna vez al mes	1 ó 2 veces por semana	3 o más veces por semana	Todos los días

28. ¿Cuánto dinero necesitas un fin de semana para hacer lo que quieres? _____

29. ¿De cuánto dinero dispones para el fin de semana? _____

30. A continuación aparecen preguntas referidas a las relaciones sexuales, señala la adecuada en tu caso:

1. ¿Tu primera relación sexual completa fue con...?

- | | |
|--------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> No he tenido relaciones | <input type="checkbox"/> Un amigo/a |
| <input type="checkbox"/> Mi novio/a | <input type="checkbox"/> Una persona en prostitución |
| <input type="checkbox"/> Otros | |

Pasa a la pregunta 31

2. ¿Cuántos años tenías? _____

3. En los últimos **12 meses**, ¿con cuántas personas has tenido relaciones sexuales completas?

4. ¿Utilizas condón?

- Siempre Sólo a veces Nunca

5. En los últimos **12 meses**, ¿Has tenido relaciones con personas en prostitución?

- Sí No

6. En caso afirmativo, ¿recuerdas cuántas relaciones han sido? _____

31. Contesta tu grado de acuerdo de las siguientes afirmaciones

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	No tengo una opinión clara	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. El uso del condón es la mejor forma de prevenir embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual.					
2. Cuando tengo relaciones sexuales, sólo pienso en el riesgo de embarazo, no en el riesgo de contagio de enfermedades.					
3. Es necesario usar el condón con amigos/as, no con la pareja.					
4. El motivo fundamental para no usar condón es porque no le gusta a uno de los miembros de la pareja.					
5. Sé que se debe usar condón, pero lo uso sólo si lo tengo a mano.					
6. Una cosa es saber el riesgo de no usar condón y otra es darse cuenta y usarlo.					
7. Si no planifico mis relaciones sexuales, debo llevar siempre encima un condón.					

32. ¿Has sido detenido/a por la policía? Sí No

33. ¿Has tenido algún juicio con condena? Sí No

34. ¿Has estado en un centro de reforma? Sí No

35. A continuación aparecen una serie de preguntas referidas al consumo de sustancia, por favor, señala la adecuada en tu caso:

Durante los últimos 30 días	Nunca	1 ó 2 veces	De 3 a 5 veces	De 6 a 9 veces	De 10 a 19 veces	Más de 20
1. Me he emborrachado						
2. He fumado cigarrillos						
3. He tomado cerveza						
4. He tomado vino o calimocho						
5. He tomado licores (Güisqui, ron...)						
6. He fumado marihuana o hachís						

2. ¿Con qué edad empezaste a fumar? _____

3. ¿Con qué edad empezaste a beber alcohol? _____

4. ¿En la actualidad (**últimos 12 meses**) cuántas copas te bebes a la semana? Haz un promedio entre las semanas que más bebes y las que menos. (Una botella de licor como güisqui, ron, ginebra, tequila, vodka, baylis, etc. son 10 copas; una botella de vino son 7 copas; un litro de cerveza son 4 vasos; si no sabes calcularlo, pide ayuda al encargado.)

5. ¿Dónde bebes? Puedes señalar más de una respuesta

- En la calle haciendo botellón
- En la calle tomando copas
- En mi casa o en la de algún amigo
- En locales (Pub, discotecas...)
- Otros. ¿Cuáles son? _____

6. ¿Con qué edad empezaste a fumar porros? _____

7. En la actualidad (**los últimos 12 meses**) ¿con qué frecuencia consumes marihuana o hachís?

- Una vez al mes ¿Cuánto? _____
- Varias veces al mes ¿Cuánto? _____
- Una vez a la semana ¿Cuánto? _____
- Varias veces a la semana ¿Cuánto? _____
- Todos los días ¿Cuánto? _____

8. ¿Consumes otras drogas? Puedes marcar más de una alternativa

- No
- Si

Pasa a la pregunta 36

- Cocaína
- Pastillas (eme, ice, speed, éxtasis, eva, píldora del amor, etc.)
- Hongos
- Cristal

- Ácido o Tripis
- Ketamina o Special K
- Éxtasis Líquido o GHB
- Pegamento
- Otros

9. Si has marcado la casilla de consumo de cocaína, en la actualidad (**últimos 12 meses**) con qué frecuencia consumes:

- Una vez al mes ¿Cuánto? _____
- Varias veces al mes ¿Cuánto? _____
- Una vez a la semana ¿Cuánto? _____
- Varias veces a la semana ¿Cuánto? _____
- Todos los días ¿Cuánto? _____

10. ¿Con qué edad empezaste a consumir cocaína? _____

11. Si has marcado la casilla del consumo de pastillas, en la actualidad (en el último año) consumes:

- Una vez al mes ¿Cuánto? _____
- Varias veces al mes ¿Cuánto? _____
- Una vez a la semana ¿Cuánto? _____
- Varias veces a la semana ¿Cuánto? _____
- Todos los días ¿Cuánto? _____

12. ¿Con qué edad empezaste a tomar pastillas? _____

36. ¿En la actualidad (**últimos 12 meses**) cuántos días sales a la semana?

- Uno Dos Tres o más Ninguno

37. Por favor, contesta tu grado de acuerdo de las siguientes afirmaciones

	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	No tengo una opinión clara	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1. La mejor forma de diversión que tenemos los jóvenes es la fiesta, incluyendo el consumo de alcohol y drogas					
2. Si no consumes alcohol o drogas no hay fiesta					
3. Yo siempre controlo, tome lo que tome					
4. Los jóvenes son los que más drogas consumen					
5. Conseguir marihuana, cocaína o pastillas es muy fácil					
6. El mejor sitio para consumir drogas es el parque					
7. Una cosa es conocer lo peligrosas que son las drogas y otra dejar de tomarlas					
9. La noche es el único momento en que los jóvenes podemos expresarnos como somos					
10. Mis mejores ratos son los que paso en el parque con mis amigos.					
11. Una actividad divertida es reírse del más débil.					
12. Es más divertido botellón que tomar copas en un local.					
13. Hacemos botellón porque es más barato.					
14. Lo mejor del fin de semana es hacer en todo momento lo que te apetece.					
15. Cuanto más grande sea el grupo con el que sales mejor te lo pasas.					

38. A continuación aparecen porcentajes del consumo de algunas sustancias de estudiantes de Secundaria de 14-18 años en España durante el año 2004. Por favor, señal con una cruz, cuáles de estos datos consideras son reales. Hay una lista para chicos y otra para chicas.

Alcohol	El 50% de los chicos	80,6% de los chicos	30% de las chicas	81,5% de las chicas
Marihuana o hachís	El 75,4% de los chicos	39,4% de los chicos	67% de las chicas	33,7% de las chicas
Pastis como el éxtasis	El 3,3% de los chicos	29,7% de los chicos	17% de las chicas	1,9% de las chicas
Consumen cocaína	El 46,8% de los chicos	9,4% de los chicos	5,1% de las chicas	46,8% de las chicas

39. Por favor, dinos algunas razones por los que los jóvenes consumen drogas _____

40. Por favor, refiere la frecuencia con la que has realizado alguna de estas conductas, en los **últimos 30 días**

	Nunca	1 ó 2 veces	De 3 a 5 veces	De 6 a 9 veces	De 10 a 19 veces	20 veces y más
1. He faltado a clase sin causa justificada						
2. He dañado propiedades privadas						
3. He robado a alguien						
4. He copiado en exámenes						
5. He sido sancionado en el colegio o instituto						
	Nunca	1 ó 2 veces	De 3 a 5 veces	De 6 a 9 veces	De 10 a 19 veces	20 veces y más

13. Soy lo que económicamente puedo permitirme					
14. Es muy difícil que me pase algo malo					
	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	No tengo una opinión clara	De acuerdo	Totalmente de acuerdo

43. En los últimos 30 días:

	Nunca	1 ó 2 veces	De 3 a 5 veces	De 6 a 9 veces	De 10 a 19 veces	20 veces y más
1. He participado en peleas donde alguien salió herido						
2. He amenazado con golpear a otro chico/a						
3. He amenazado a un profesor/a						
4. He amenazado a alguien con un arma						
5. He empujado a otro chico/a						
6. He pegado o abofeteado a otro chico/a						
7. He lanzado un objeto contra alguien						
8. He hecho callar a otros						
9. He lanzado un rumor sobre alguien (para hacerle daño o molestarle)						
10. He criticado a otros						
11. He hecho al vacío o he apartado a algún compañero o conocido para hacerle daño						
12. He mirado mal o agresivamente a otros						
13. He comenzado una pelea (con otros)						
14. He insultado a la familia de otros						
	Nunca	1 ó 2 veces	De 3 a 5 veces	De 6 a 9 veces	De 10 a 19 veces	20 veces y más

44. De las conductas que se mencionan a continuación, refiere la frecuencia con que las has realizado.

	Nunca	Raramente	A veces	Muchas veces	Casi siempre o siempre
1. He participado en acciones violentas contra indigentes en grupo.					
2. He participado en acciones violentas contra otra persona perteneciente a una minoría étnica en grupo.					
3. He participado en acciones violentas contra otras bandas en grupo.					
4. Me meto en una pelea con mis amigos aunque no sepa la causa que la inició					
5. No participo en peleas pero me parece bien lo que hacen					
6. A veces no puedo controlar el impulso de pegar a otro					
7. He estado tan enfadado que me he puesto a romper cosas					
8. Cuando alguien busca pelea me encuentra					

45. Responde la frecuencia de los siguientes aspectos:

	Nunca	Raramente	A veces	Muchas veces	Casi siempre o siempre
1. Puedo encontrar la manera de obtener lo que quiero aunque alguien se me oponga.					
2. Puedo alcanzar mis metas o resolver problemas difíciles si me esfuerzo lo suficiente.					
3. Gracias a mis cualidades tengo la confianza en que puedo manejar acontecimientos inesperados o situaciones imprevistas de un modo eficaz.					
4. Venga lo que venga, por lo general soy capaz de manejarlo.					
5. Si me encuentro en una situación difícil, generalmente se me ocurre qué debo hacer.					

46. Por favor señala en número que indica tu grado de acuerdo o desacuerdo con cada una de las afirmaciones que se presentan a continuación

		Total desacuerdo					Total acuerdo	
		1	2	3	4	5	6	7
1.	Generalmente, siempre acabo lo que empiezo.	1	2	3	4	5	6	7
2.	Me siento orgulloso de las cosas que he conseguido hasta el momento.	1	2	3	4	5	6	7
3.	Me siento bien conmigo mismo	1	2	3	4	5	6	7
4.	Siento que puedo manejar muchas cosas a la vez.	1	2	3	4	5	6	7
5.	Soy una persona decidida	1	2	3	4	5	6	7
6.	Soy capaz de mantener el interés por las cosas.	1	2	3	4	5	6	7
7.	Generalmente encuentro algo por lo que reír.	1	2	3	4	5	6	7
8.	Mi confianza en mí mismo me saca de los malos momentos.	1	2	3	4	5	6	7
9.	Puedo ver una misma situación de distintas maneras o formas.	1	2	3	4	5	6	7
10.	Mi vida tiene sentido.	1	2	3	4	5	6	7
11.	Cuando estoy en una situación difícil normalmente encuentro la salida.	1	2	3	4	5	6	7
12.	Tengo suficiente capacidad para llevar a cabo todo lo que tengo que hacer.	1	2	3	4	5	6	7
		Total desacuerdo					Total acuerdo	

47. Indica en los **últimos 6 meses** o **en el pasado**, si te sientes **descrito/a** por alguna de estas cuestiones:

En el pasado					En los últimos 6 meses					
Totalmente	Mucho	Un poco	Algo	Nada	Totalmente	Mucho	Un poco	Algo	Nada	
					1.					
					2.					
					3.					
					4.					
					5.					
					6.					
					7.					
					8.					
					9.					
					10.					

					11. Desafío a los adultos o rehusó cumplir sus reglas					
					12. Me cabreo, me encolerizo, me enojo					
Totalmente	Mucho	Un poco	Algo	Nada	Totalmente	Mucho	Un poco	Algo	Nada	

En el pasado **En los últimos 6 meses**

48. Indica si te sientes **descrito/a** por alguna de estas cuestiones:

	Nada	Poco	Bastante	Mucho	Totalmente
1. Me gustan los deportes de riesgo.					
2. Me gusta explorar un barrio desconocido aunque pueda perderme					
3. Me gustan las fiestas donde se puede hacer lo que se quiera.					
4. He probado o me gustaría probar distintas drogas.					
5. Me gustaría tener experiencias y sensaciones nuevas aunque sean poco convencionales, incluso ilegales.					
6. Me gustaría hacer un viaje sin definir el tiempo de duración ni su itinerario.					
7. Me siento muy bien después de tomarme unas copas.					
8. Me gustaría hacer amigos procedentes de grupos marginales.					
9. Me gustaría vivir en un país donde no existieran ningún tipo de prohibiciones.					
10. No puedo soportar permanecer mucho tiempo en el mismo sitio.					

49. ¿Cuál es tu situación en este momento?

- Estoy tutelado por la Comunidad Autónoma
- Estoy en acogimiento en un Centro de la Comunidad Autónoma
- Ninguna de las situaciones anteriores

50. ¿Dónde te posicionarías políticamente?

Extrema derecha							Extrema izquierda		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

51. He respondido a todas las preguntas sinceramente

- Nunca Raramente A veces Muchas veces Casi siempre o siempre

MUCHAS GRACIAS POR TU COLABORACIÓN

A continuación se incluyen las preguntas de los cuestionarios específicos para cada Institución.

Pregunta para IMMF

1. ¿Cuánto tiempo estás o has estado viviendo en Centros de menores? _____

Pregunta para Centros Ambulatorios

1. ¿Cuándo comenzaste a venir a este centro? _____

Preguntas para ARMI

1. ¿Estas o has estado tutelado/a por la Comunidad Autónoma de Madrid?

1. No 2. Si 3. No lo se

2. ¿Has estado o estés en régimen....? Marca la/s opciones que correspondan

- | | | |
|--------------------------|-------------|-------------------|
| <input type="checkbox"/> | Abierto | Nº de veces _____ |
| <input type="checkbox"/> | Semiabierto | Nº de veces _____ |
| <input type="checkbox"/> | Cerrado | Nº de veces _____ |
| <input type="checkbox"/> | Terapéutico | Nº de veces _____ |

3. ¿De cuánto tiempo es la medida que cumples actualmente? _____


4. ¿Y por qué tipo de delito? _____

5. ¿Qué número de medidas has cumplido? _____

6. ¿Qué número de causas tienes, tanto cumplidas como pendientes? _____


7. ¿Tienes visitas?

- 1.- No 2.- Si

 ¿Quién o quiénes? _____

8. ¿Realizas alguna actividad formativa u ocupacional?

- 1.- No 2.- Si

 ¿Cuál es? _____

Preguntas para Centros Penitenciarios

1. ¿Has estado tutelado/a por la Comunidad Autónoma de Madrid?

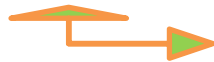
- 1.- No 2.- Si 3.- No lo se

2. ¿Has tenido alguna condena como menor?

- 1.- No 2.- Si

3. ¿Cuál es tu situación actual?

- 1.- Preventivo 2.- Penado



¿Qué tiempo de condena? _____

4. ¿De qué tipo de delito te acusan o te han condenado? _____

5. ¿Cuántas veces has estado en prisión? _____

6. ¿Cuánto tiempo llevas e prisión? _____

7. ¿Tienes juicios pendientes?

- 1.- No 2.- Si

8. ¿Tienes visitas?

- 1.- No 2.- Si



¿Quién o quiénes? _____

9. ¿Realizas alguna actividad formativa u ocupacional?

- 1.- No 2.- Si



¿Cuál es? _____

CONDUCTAS DE RIESGO EN LA ADOLESCENCIA

