

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE PSICOLOGÍA



TESIS DOCTORAL

**Factores de riesgo y protección del consumo de drogas en menores
protegidos de la Comunidad de Madrid**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR

PRESENTADA POR

Gloria de Lucas Moreno

Directores

Marina Julia Muñoz Rivas,
José Luis Graña Gómez

Madrid, 2014

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



TESIS DOCTORAL

**FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS EN
MENORES PROTEGIDOS DE LA COMUNIDAD DE MADRID**

Autora: GLORIA DE LUCAS MORENO

Directores:

Dra. Marina Julia Muñoz Rivas

Dr. Jose Luis Graña Gómez

*A mis padres,
porque antes de ser de razón o de conciencia,
de instinto o de pasión, he sido hija.*

AGRADECIMIENTOS:

A Jose Luis y Marina, directores de la presente tesis doctoral, por su invitación a emprender esta aventura, su apoyo profesional y su ánimo y compañía personal cuando más lo he necesitado

A todos los técnicos responsables del Instituto Madrileño del Menor y la Familia

A todos los directores, coordinadores y profesionales de los centros de protección de la Red

A todos los menores que han colaborado de forma voluntaria en el estudio

A todos los miembros del equipo de investigación colaboradores en el trabajo de campo

A mi familia y amigos

A todos ellos y a cada uno, gracias.

ÍNDICE

PRESENTACIÓN	10
PARTE PRIMERA: FUNDAMENTOS TEÓRICOS	13
1 INTRODUCCIÓN	14
1.1 Definición, Clasificación y Efectos de las Drogas	14
1.2 Conceptos Básicos en Drogodependencias	17
1.3 Enfoque Biopsicosocial en Drogodependencias	19
1.4 Procesos Biológicos, Psicológicos y Sociales Subyacentes a las Drogodependencias	20
1.4.1 Condicionamiento clásico o pauloviano	21
1.4.2 Condicionamiento instrumental u operante	23
1.4.3 Aprendizaje social	26
2 DIAGNÓSTICO DE LOS TRASTORNOS RELACIONADOS CON EL CONSUMO DE SUSTANCIAS	28
2.1 Trastornos inducidos por sustancias	28
2.2 Trastornos por consumo de sustancias:	29
2.2.1 Dependencia de sustancias	29
2.2.2 Abuso de sustancias	30
3 CONCEPTUALIZACIÓN Y ENCUADRE TEÓRICO DEL CONSUMO DE DROGAS APLICADO A POBLACIÓN ADOLESCENTE	31
3.1 Fases del consumo en adolescentes	32
3.2 Inicio y mantenimiento en el consumo de drogas: un modelo explicativo	33
3.3 Adolescencia y consumo de drogas	37
4 SITUACIÓN ACTUAL DEL CONSUMO DE DROGAS	40
4.1 Consumo problemático de drogas	40
4.1.1 Tratamiento por abuso o dependencia de drogas:	40
4.1.2 Episodios de urgencias hospitalarias por reacción aguda a drogas:	41
4.1.3 Mortalidad por reacción aguda al consumo de sustancias psicoactivas:	43
4.2 Consumo no problemático de drogas	44
4.2.1 Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES)	44
4.2.2 Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES) del Observatorio Español sobre Drogas (OED)	46
5 FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN EN EL CONSUMO DE DROGAS	53

5.1	Introducción	53
5.2	Conceptualización	56
5.3	Clasificación de los Factores de Riesgo y de Protección en el Consumo de Drogas	59
5.4	Revisión de la Literatura sobre los Factores de Riesgo y Protección en el Consumo de Drogas	63
5.4.1	Factores de riesgo y protección familiar	63
5.4.2	Factores de riesgo y protección comunitarios	77
5.4.3	Factores de riesgo y protección de los compañeros e iguales	89
5.4.4	Factores de riesgo y protección escolares	97
5.4.5	Factores de riesgo individual	102
5.4.6	Factores de protección individuales	138
5.5	Conclusiones sobre la Literatura acerca de los Factores de Riesgo y Protección en el Uso de Drogas	148
6	ANTECEDENTES DEL ESTUDIO DE LAS VARIABLES RELACIONADAS CON EL CONSUMO DE DROGAS EN EL SISTEMA DE PROTECCIÓN DE MENORES	151
6.1	Introducción	151
6.2	El Sistema Público de Protección de Menores	152
6.3	Perfil General de los Menores Acogidos en Residencias de Protección	156
6.4	La Red de Centros de Protección de Menores del Instituto Madrileño del Menor y la Familia de la Comunidad de Madrid	159
6.5	Situación Actual y Antecedentes del Estudio de los Factores de Riesgo y Protección en el Consumo de Drogas en Menores Protegidos	165
	PARTE SEGUNDA: INVESTIGACIÓN EMPÍRICA	173
1	PLANTEAMIENTO GENERAL	174
1.1	Introducción	174
1.2	Objetivos Generales	175
1.3	Método	176
1.3.1	Planificación del estudio	176
1.3.2	Elaboración del instrumento de evaluación	177
1.3.3	VARIABLES del estudio	182
1.3.4	Formación del equipo de campo	184
1.3.5	Procedimiento general de aplicación del estudio en los Centros de la Red de Protección	185
1.3.6	Población de referencia	185
1.3.7	Población definitiva de estudio	186
2	PRIMER ESTUDIO: ANÁLISIS DEL CONSUMO DE DROGAS EN LOS CENTROS DE LA RED DE PROTECCIÓN DE LA COMUNIDAD DE	

	MADRID	192
2.1	Objetivos	192
2.2	Hipótesis	193
2.3	Método	194
2.3.1	Población	194
2.3.2	Diseño	194
2.3.3	Instrumentos y Variables de estudio	195
2.3.4	Análisis de datos	196
2.3.5	Resultados	198
2.4	Resumen de resultados	213
2.5	Discusión	216
3	SEGUNDO ESTUDIO: VALOR PREDICTIVO ASOCIADO AL CONSUMO DE DROGAS EN LA POBLACIÓN DE MENORES DE LA RED DE PROTECCIÓN DE LA COMUNIDAD DE MADRID	223
3.1	Objetivos	224
3.2	Hipótesis	224
3.3	Método	226
3.3.1	Población	226
3.3.2	Diseño	227
3.3.3	Instrumentos	227
3.3.4	Variables de estudio	228
3.4	Análisis de datos	232
3.5	Resultados	233
3.5.1	Análisis factorial de las sustancias de consumo	233
3.5.2	Predicción del consumo de drogas	235
3.6	Resumen de los resultados	253
3.7	Discusión	255
	CONCLUSIONES GENERALES	271
	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	286
ANEXOS:	ANEXO 1 Instrumento de evaluación	
	ANEXO 2 Escalas	
	ANEXO 3 Presentación de la prueba. Instrucciones	
	ANEXO 4 Resumen en inglés	

ÍNDICE DE TABLAS

- Tabla 1. Clasificación de las Drogas según SCHUCKIT (1995)
- Tabla 2. Propositiones del modelo evolutivo y evidencia actual de las mismas
- Tabla 3. Edad media de inicio 2006-2010
- Tabla 4. Prevalencias de consumo 2010
- Tabla 5. Factores de riesgo y de protección asociados al consumo de drogas en adolescentes
- Tabla 6. Factores de riesgo y protección para el consumo de drogas
- Tabla 7. Evolución de la capacidad en número de plazas y ocupación media. Años 200-2010
- Tabla 8. Edad de los menores atendidos
- Tabla 9. Sexo de los menores atendidos
- Tabla 10. Países de procedencia de los menores atendidos
- Tabla 11. Motivos de ingreso
- Tabla 12. Medidas de protección de los menores atendidos
- Tabla 13.- Datos de Fiabilidad
- Tabla 14. Áreas y variables de estudio
- Tabla 15. Tipología de los centros participantes en el estudio
- Tabla 16. Motivos alegados por los menores para su acogimiento en el centro de Protección
- Tabla 17. Variables relacionadas con la frecuencia de consumo
- Tabla 18. Variables relacionadas con la edad de inicio en el consumo
- Tabla 19. Prevalencias de consumo alguna vez en la vida para las diferentes sustancias
- Tabla 20. Prevalencias de consumo últimos 6 meses para las diferentes sustancias
- Tabla 21. Prevalencias de consumo últimos 30 días para las diferentes sustancias
- Tabla 22. Proporción de jóvenes con consumo de alcohol en los últimos 30 días según edad y sexo
- Tabla 23. Distribución del consumo de alcohol según tipo de bebida y frecuencia del consumo en los últimos treinta días
- Tabla 24. Edad media de inicio y continuidad en el consumo de cerveza según sexo y edad
- Tabla 25. Edad media de inicio y continuidad en el consumo de vino según sexo y edad
- Tabla 26. Edad media de inicio y continuidad en el consumo de combinados según sexo y edad
- Tabla 27. Cantidad consumida de Tabaco según sexo y edad

-
- Tabla 28. Edad media de inicio y continuidad en el consumo de tabaco según sexo y edad
- Tabla 29. Proporción de jóvenes con consumo sustancias ilegales en los últimos 30 días según edad y sexo
- Tabla 30. Distribución del consumo de sustancias ilegales en los últimos treinta días
- Tabla 31. Edad media de inicio y continuidad en el consumo de cánnabis según sexo y edad
- Tabla 32. Edad media de inicio y continuidad en el consumo de cocaína según sexo y edad
- Tabla 33. Edad media de inicio y continuidad en el consumo de anfetaminas según sexo y edad
- Tabla 34. Edad media de inicio y continuidad en el consumo de alucinógenos según sexo y edad
- Tabla 35. Edad media de inicio y continuidad en el consumo de inhalantes según sexo y edad
- Tabla 36. Edad media de inicio y continuidad en el consumo de drogas de síntesis según sexo y edad
- Tabla 37. Variables relacionadas con el Centro de Protección
- Tabla 38. Variables Psicológicas y Emocionales
- Tabla 39. Variables relacionadas con la disponibilidad de las drogas y percepción del riesgo
- Tabla 40. Variables relacionadas con la influencia del grupo de iguales
- Tabla 41. Variables escolares
- Tabla 42. Matriz factorial rotada (VARIMAX) de todas las sustancias de consumo en función del consumo en los últimos 30 días de las mismas
- Tabla 43. Predicción del consumo de drogas legales y cannabís en función de variables psicológicas y emocionales
- Tabla 44. Predicción del consumo de drogas legales y cánnabis en función de variables del centro de protección
- Tabla 45. Predicción del consumo de drogas legales y cannabís en función de la disponibilidad y percepción del consumo
- Tabla 46. Predicción del consumo de drogas legales y cánnabis en función de las variables relacionadas con la influencia del grupo de iguales
- Tabla 47. Predicción del consumo de drogas legales y cannabís en función de las variables escolares/talleres formativos
- Tabla 48. Predicción del consumo de drogas legales y cánnabis en función de las variables psicológicas y emocionales, las relacionadas con el centro de protección, disponibilidad y riesgo percibido, la influencia del grupo de iguales y escolares
- Tabla 49. Predicción del consumo de drogas ilegales en función de las variables psicológicas y emocionales
- Tabla 50. Predicción del consumo de drogas ilegales en función de variables del centro de protección

-
- Tabla 51. Predicción del consumo de drogas ilegales en función de la disponibilidad de la droga y percepción del riesgo
- Tabla 52. Predicción del consumo de drogas ilegales en función de las variables relacionadas con la influencia del grupo de iguales
- Tabla 53. Predicción del consumo de drogas ilegales en función de las variables escolares/talleres formativos
- Tabla 54. Predicción del consumo de drogas ilegales en función de las variables psicológicas y emocionales, las relacionadas con el centro de protección, disponibilidad y riesgo percibido, la influencia del grupo de iguales y escolares
- Tabla 55. Resumen de los factores de riesgo y de protección para el consumo de alcohol, tabaco y cánnabis
- Tabla 56. Resumen de los factores de riesgo y de protección para el consumo de cocaína, anfetaminas, alucinógenos, inhalantes y drogas de diseño
- Tabla 57. Resumen de los factores de riesgo y de protección para el MAYOR consumo de alcohol, tabaco y cánnabis
- Tabla 58. Resumen de los factores de riesgo y de protección para UN MAYOR CONSUMO de cocaína, anfetaminas, alucinógenos, inhalantes y drogas de diseño

ÍNDICE DE GRÁFICOS

- Gráfico 1. Evolución de la prevalencia del consumo de Alcohol en la Comunidad de Madrid
- Gráfico 2. Evolución de la prevalencia de consumo de Tabaco en la Comunidad de Madrid
- Gráfico 3. Evolución de la prevalencia de consumo de Cánnabis
- Gráfico 4. Evolución de la Prevalencia de consumo de Tranquilizantes
- Gráfico 5. Evolución de la prevalencia de consumo de Cocaína
- Gráfico 6. Situación del acogimiento familiar y residencial en España (Fernández del Valle y Bravo, 2004)
- Gráfico 7. Número de menores en función de la tipología de los recursos

PRESENTACIÓN

Las drogas acarrear un ingente número de problemas a la mayoría de las personas que las consumen y ello repercute no sólo en la esfera personal, sino que se extiende a la esfera familiar, social, sanitaria, de orden público, etc. Hoy sabemos que el consumo de drogas, tanto las de comercio legal (alcohol y tabaco), como las de comercio ilegal (cánnabis, cocaína, drogas de síntesis, alucinógenos, etc.) tienen una alta prevalencia, una alta incidencia de problemas para la salud en muchas personas y una importante morbi-mortalidad en muchos de sus consumidores.

En la actualidad, la red de tratamiento de drogodependencias en España está consolidada, y si bien el tratamiento es importante, no ha demostrado ser toda la solución al problema. La prevención de las drogodependencias se ve como la alternativa a una parte del mismo. Existe un amplio consenso entre los investigadores acerca de la naturaleza multicausal del fenómeno del consumo de drogas. También existe evidencia de que cualquier abordaje preventivo o intervención sobre esta conducta debe asentarse necesariamente en la identificación de los factores responsables de la génesis y el mantenimiento de la misma. A pesar de las importantes lagunas existentes, en los últimos años se ha producido un sensible avance en la prevención del abuso de drogas. Las bases de estos avances se hallan en la disponibilidad de estudios epidemiológicos, en los resultados de estudios experimentales que utilizan instrumentos y métodos de análisis estadístico, y en la información complementaria presentada por estudios cualitativos de calidad que enriquecen y aportan interesantes matices a los resultados de carácter cuantitativo. El haber conseguido desmenuzar relativamente bien los factores de riesgo y protección relacionados con el consumo de drogas, disponer de adecuados modelos teóricos, así como programas preventivos con buenos niveles de calidad científica, entre otras razones, han propiciado el enorme avance del campo de la prevención de las drogodependencias en estos pocos años. Realmente, lo que se pretende con los programas preventivos es alterar las características psicológicas de los individuos para incrementar los factores de protección y disminuir los factores de riesgo para que las personas no consuman drogas, cambiar el contexto ambiental que se relaciona con el consumo de drogas y modificar la interacción entre estas variables.

Pese a todo, los estudios epidemiológicos nos indican que durante la adolescencia un número significativo de sujetos se inician en el uso de drogas y, en demasiados casos, este inicio es el primer paso hacia una implicación más seria en el consumo.

El consumo de drogas entre los adolescentes constituye hoy uno de los principales problemas sociales y sanitarios en esta etapa de la vida. Los últimos datos oficiales apuntan a que asistimos a una estabilización de un problema que, lejos de disminuir en intensidad, nos muestra nuevas y diversas necesidades, así como factores que precisan ser considerados a la hora de prevenir este tipo de conductas.

A partir de mediados de los años noventa, el perfil de quienes consumen drogas ilegales y las pautas de ese consumo experimenta algunos cambios. De un lado, comienza a descender el número de nuevos usuarios de heroína, si bien queda un núcleo de antiguos usuarios que exigen una importante aportación de recursos humanos y económicos para atender a su situación. De otro lado, a lo largo de la década de los noventa, aumenta el número de consumidores de cannabis y de cocaína en polvo, tanto entre la población general de quince a sesenta y cuatro años, como entre los escolares de catorce a dieciocho. Finalmente, se empieza a conformar lo que se conoce como "consumo recreativo" de drogas, es decir, el consumo, en ocasiones simultáneo, de sustancias como el alcohol, el cannabis, la cocaína, el éxtasis o MDMA (acrónimo de su nombre químico 3,4-metilenedioximetanfetamina) (droga cuyo consumo comienza a extenderse por esa época), y toda una serie de derivados anfetamínicos, más o menos emparentados con esta última sustancia, que evolucionan más tardíamente hacia el abuso y la dependencia. Este patrón de consumo se incorpora de forma creciente a los estilos de vida de sectores de población (en ocasiones prácticamente adolescente), que lo practican en un marco de «normalización» muy diferente al de los usuarios de heroína de la década anterior, cuya característica más destacable había sido la marginación de los consumos y el gran deterioro físico. Para muchos de estos adolescentes y jóvenes, este modo de consumo llega a considerarse prácticamente como un rito de entrada en la vida adulta y de integración en el grupo de iguales y, en general, se lleva a cabo compatibilizándolo con el mantenimiento de estilos de vida integrados, tanto en el ámbito familiar, como en el educativo e, incluso, en el laboral, en el caso de quienes ya están trabajando.

Como resultado de esta nueva realidad, aparentemente positiva, la mayor parte de los consumos problemáticos de drogas quedan a medio camino entre el consumo ocasional y la adicción. En su mayoría, estos jóvenes no perciben la gravedad de la situación y, al mismo tiempo, tampoco reciben la atención que sería deseable hasta que el cuadro adictivo ha quedado definitivamente consolidado.

Esta situación toma especial relevancia cuando se tiene en consideración que la adolescencia se configura como un período vital de especial riesgo para el uso/abuso de drogas, al ser en esta etapa en la que se realizan los primeros acercamientos a las sustancias adictivas y el mantenimiento de patrones de consumo que, en gran parte de los casos, llegan a consolidarse en la vida adulta.

Además, es necesario recordar que este momento evolutivo es un período de transición de la infancia a la madurez en el que se producen una gran cantidad de cambios (corporales, afectivos, cognitivos y de valores) que junto con un mayor deseo por obtener experiencias novedosas e intensas, por ampliar las redes sociales y por la búsqueda de una identidad propia al margen de los convencionalismos, le convierten en un período de especial vulnerabilidad y proclive al desarrollo de conductas asociadas al consumo de drogas.

Esta es también la situación de los adolescentes atendidos en los dispositivos y recursos residenciales de Atención a la Infancia de la Red de Centros de Protección de nuestra Comunidad, constituyendo un grupo de alto riesgo para el consumo de drogas y el desarrollo de comportamientos desadaptados al contar, posiblemente, con la acción directa de un buen número de potentes variables de riesgo asociadas a tales conductas de inadaptación personal y social.

Surge, por tanto, la necesidad de adaptar las intervenciones preventivas a las características propias de estos tipos de consumo, así como avanzar en el conocimiento de sus factores causales en la población adolescente. Por ello, el objetivo del presente estudio es la realización de un exhaustivo análisis de: a) los factores de riesgo tanto personales como psicosociales presentes en este sector poblacional, que incrementan y potencian la probabilidad del consumo de drogas y de otros comportamientos desadaptados y, b) los factores de protección específicos para este grupo que puedan ayudarnos a planificar actuaciones preventivas y de intervención dirigidas a aquellas variables que más directamente se relacionen con una menor implicación de estos jóvenes en el uso de sustancias psicoactivas.

PARTE PRIMERA: FUNDAMENTOS TEÓRICOS

1 INTRODUCCIÓN

1.1 DEFINICIÓN, CLASIFICACIÓN Y EFECTOS DE LAS DROGAS

Siguiendo la clásica definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (1969), se define como droga "toda sustancia que, introducida en el organismo por cualquier vía de administración, altera de algún modo el sistema nervioso central del individuo y es susceptible de crear habituación, dependencia, ya sea psicológica, física o ambas, con el resultado de provocar trastornos al interrumpir su administración". El número de sustancias que se engloban bajo esta denominación es muy amplio y diverso. Las drogas incluyen sustancias que se compran y se venden de forma ilegal (cocaína, heroína, cánnabis, etc.) y otras que se comercializan de forma legal (alcohol, tabaco, fármacos, y alguna clase de inhalantes).

Las drogas se han clasificado en distintas categorías. Una de las más utilizadas es de Schuckit (1995), que las agrupa en depresoras del Sistema Nervioso Central (SNC) (alcohol, por ejemplo), estimulantes del SNC (como por ejemplo la cocaína), opiáceos, cannabinoides, alucinógenos, inhalantes, drogas para contrarrestar otros efectos y otros (véase Tabla 1). Esta clasificación es similar al agrupamiento en 11 categorías de sustancias utilizado en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR) más reciente de la American Psychiatric Association (APA): alcohol, anfetaminas o simpaticomiméticos de acción similar, cánnabis, alucinógenos, inhalantes, cocaína, opiáceos, fenciclidina (PCP) o arilciclohexilaminas de acción similar; y, sedantes, hipnóticos o ansiolíticos. Se considera también la nicotina, pero dentro de la categoría de trastorno por consumo de nicotina sólo se considera la dependencia de la nicotina (no existe el diagnóstico de abuso de la nicotina). Igualmente sucede en el caso de la cafeína.

Tabla 1.- Clasificación de las Drogas según SCHUCKIT (1995)

Clase	Algunos ejemplos
Depresores del SNC	Alcohol, hipnóticos, muchas drogas ansiolíticas (benzodiacepinas)
Estimulantes o simpatomiméticos del SNC	Anfetaminas, metilfenidato, todos los tipos de cocaína, productos para perder peso
Opiáceos	Heroína, morfina, metadona y casi todas las prescripciones analgésicas
Cannabinoides	Marihuana, hachís
Alucinógenos	Dietilamina de ácido lisérgico (LSD), mescalina, psicocibina, éxtasis (MDMA)
Inhalantes	Aerosoles, sprays, colas, tolueno, gasolina, disolventes
Drogas para contrarrestar otros efectos	Drogas para contrarrestar otros efectos
Otros	Fenciclidina (PCP)

Los efectos de las diferentes drogas son múltiples y complejos. Sin intención de ser exhaustivos, veamos a continuación los diferentes tipos de sustancias y los efectos que el consumo de estas produce.

Tabaco: la nicotina es el componente adictivo de cigarrillos y otros derivados del tabaco. A corto plazo produce relajación, sensación de concentración, disminución de la capacidad pulmonar, fatiga prematura, merma de los sentidos del gusto y el olfato, mal aliento, color amarillento de dedos y dientes, tos y expectoraciones, sobre todo matutinas. A largo plazo causa enormes perjuicios sobre el sistema respiratorio y circulatorio. Es causa de una variedad de cánceres, pulmón, laringe, esófago, riñón, vejiga, etc.

Alcohol: el alcohol etílico o etanol es un ingrediente intoxicante que se encuentra en la cerveza, el vino y el licor. El alcohol se produce a través de la fermentación de la levadura, las azúcares y los almidones. Es un depresor del sistema nervioso central que se absorbe rápidamente en el estómago y el intestino delgado al torrente sanguíneo. El alcohol afecta a todos los órganos del cuerpo del bebedor. A corto plazo produce desinhibición, euforia, relajación, aumento de la sociabilidad, pero también dificultades para hablar, dificultad para asociar ideas, descoordinación motora. Sin embargo, los efectos varían con la concentración en sangre, pudiendo llegar en los casos más graves a un coma etílico, e incluso a la muerte por inhibición de los centros respiratorios. A largo plazo provoca grandes daños en el tubo digestivo, hígado y páncreas, cardiopatías, impotencia sexual y, en fase avanzada, demencia alcohólica.

Cannabis: *Cannabis sativa* es una planta que contiene más de 400 componentes químicos, de los cuales se conocen al menos 60 cannabinoides que son únicos de esta especie. Los tres cannabinoides más importantes, por sus efectos psicoactivos, son el tetrahidrocannabinol (THC), el cannabidiol (CBD) y el cannabinol. A corto plazo produce euforia, desinhibición, alteraciones en la percepción, alteración de la memoria, aumento del apetito, sequedad de boca, ojos brillantes y enrojecidos, taquicardia, sudoración, somnolencia y descoordinación de movimientos. A largo plazo se asocia a trastornos de la memoria, la concentración y el aprendizaje. En el caso de personas predispuestas, puede potenciar el desarrollo de brotes de esquizofrenia y otras enfermedades mentales. Además, está el riesgo inherente de fumarlo en asociación con el tabaco.

Cocaína: La cocaína es un estimulante sumamente adictivo que afecta directamente al sistema nervioso central. La cocaína o benzoilmetilecgonina es el principal alcaloide obtenido de las hojas del arbusto *Erithroxylon Coca*. La droga se presenta de diferentes formas según se haya procesado, con unas características farmacocinéticas, efectos y toxicidad propia de cada una de ellas. Las principales vías de administración de cocaína son: oral, nasal, intravenosa y pulmonar. A corto

plazo produce euforia, agitación e hiperactividad, aumento de la sociabilidad, sentimientos de grandiosidad, verborrea, aceleración mental, disminución de la fatiga y el sueño, agresividad, inhibición del apetito, así como otros efectos fisiológicos: taquicardia, sudoración, incremento de la tensión arterial y dilatación de las pupilas. A largo plazo, provoca una gran dependencia e importantes trastornos neurológicos y psiquiátricos: estados paranoides, psicosis y depresión. Otros problemas derivados de su consumo son la perforación del tabique nasal, patologías respiratorias y un elevado riesgo de infarto de miocardio, accidente cerebral y trastornos de inapetencia sexual. En casos raros, la muerte súbita puede ocurrir la primera vez que se consume cocaína o bien, de forma inesperada más adelante.

Éxtasis o MDMA: es una droga ilegal que actúa tanto como estimulante, como psicodélico, produciendo un efecto vigorizante, además de distorsiones en el tiempo y la percepción, y la derivación de mayor placer de las experiencias táctiles. Típicamente, la MDMA se toma por vía oral, generalmente en forma de tableta o cápsula, y sus efectos duran aproximadamente de 3 a 6 horas. A corto plazo ocasiona desinhibición, sociabilidad, euforia, locuacidad, pero también confusión y angustia, taquicardia, deshidratación y aumento de la temperatura corporal. A largo plazo: puede acarrear hipertermia de graves consecuencias, insuficiencia renal y hepática, hemorragias e infarto. También provoca crisis de ansiedad, trastornos depresivos y alteraciones psicóticas.

Alucinógenos: los alucinógenos son drogas que causan alucinaciones. El LSD (una abreviación del término alemán para la dietilamida del ácido lisérgico), es la droga que se identifica más comúnmente con el término "alucinógeno" y la más ampliamente usada de este tipo de drogas. Se considera el alucinógeno típico y las características de sus acciones y efectos, se aplican a los otros alucinógenos. A corto plazo, los alucinógenos producen alucinaciones, alteraciones de la percepción e hipersensibilidad, pero también hipertermia e hipotensión, taquicardia y descoordinación motora. A largo plazo pueden inducir reacciones psicóticas y de pánico y flash back (reaparición de alucinaciones sin previo consumo).

Heroína: la heroína es una droga adictiva que se procesa de la morfina y por lo general se presenta como un polvo blanco o marrón, o como una sustancia negra y pegajosa. Se puede inyectar, inhalar o fumar. A corto plazo produce euforia, sensación de bienestar y placer, disminuye el dolor, pero también produce náuseas y confusión e inhibe el apetito. A largo plazo: provoca trastornos digestivos y adelgazamiento, y todo tipo de infecciones relacionadas con las condiciones higiénicas de consumo. Entre los daños psicológicos cabe remarcar la inhibición del impulso sexual, depresión, ansiedad y alteraciones de la personalidad.

Inhalantes: sustancias volátiles que producen vapores químicos que se pueden inhalar para provocar efectos psicoactivos o de alteración mental. Se encuentran en muchos productos caseros, como limpiadores de horno, gasolina, pinturas pulverizadas y otros aerosoles. Pocos segundos después de la inhalación, el usuario experimenta la intoxicación y otros efectos parecidos a los del alcohol. Estos efectos incluyen dificultad para hablar, incapacidad para coordinar movimientos, euforia y mareo. Además, los consumidores pueden padecer de aturdimiento, alucinaciones y delirios. Los inhalantes son sumamente tóxicos y pueden causar daños al corazón, los riñones, los pulmones y el cerebro.

1.2 CONCEPTOS BÁSICOS EN DROGODEPENDENCIAS

Una vez vista la definición de droga, hay varios conceptos relevantes como uso, hábito, abuso, dependencia, tolerancia, intoxicación y síndrome de abstinencia que nos permiten comprender a qué nos enfrentamos cuando nos adentramos en el fenómeno de las drogodependencias.

En 1982 la OMS intentó delimitar cuáles serían las sustancias que producían dependencia y declaró como droga de abuso "aquella de uso no médico, con efectos psicoactivos (capaz de producir cambios en la percepción, el estado de ánimo, la conciencia y el comportamiento) y susceptible de ser autoadministrada".

En su novena revisión, la ICD-9 (Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS), y posteriormente en su décima revisión, ICD-10, se incorporó el concepto propuesto por Edwards y Gross en 1976 (la dependencia a las drogas como un mecanismo neuroadaptativo).

La delimitación de los conceptos de uso, hábito, abuso y dependencia ha sido una tarea ardua que todavía no se ha dado por concluida.

A continuación describimos estos conceptos en el consenso actual: el uso de una sustancia no tiene ninguna significación clínica ni social, es decir, el término uso significa sencillamente consumo, utilización, gasto de una sustancia sin que se produzcan efectos médicos, sociales, familiares, etc. En ausencia de otras especificaciones debe entenderse un consumo aislado, ocasional, episódico, sin tolerancia o dependencia.

El hábito sería la costumbre de consumir una sustancia por adaptación a sus efectos. Hay, por tanto, un deseo del producto, pero nunca se vivencia de manera imperiosa. No existe una tendencia a aumentar la dosis ni se padecen trastornos físicos o psicológicos importantes cuando la sustancia no se consigue. La búsqueda de la sustancia es limitada y nunca significa una alteración conductual. Durante mucho tiempo se consideró prototipo de sustancias productoras de hábito al tabaco

(nicotina), la cafeína, la teína, etc. Hoy en día, tanto la OMS, en su sistema de clasificación de enfermedades (CIE-10, 1992), como la Asociación Americana de Psiquiatría (APA), en su manual de enfermedades mentales (DSM-IV, 1994), estiman la costumbre de fumar como una auténtica dependencia a la nicotina, pero el consumo de cafeína sigue siendo controvertido, y mientras en el DSM-IV han resuelto considerarla no productora de dependencia, en la CIE-10 se sostiene lo contrario.

El abuso es definido como un uso inadecuado por su cuantía, frecuencia, o finalidad. Para la OMS encierra cuatro criterios diferentes. En los tres primeros la relación entre uso y abuso se establece, principalmente, por un diferencial cuantitativo, mientras que en el cuarto y último, el criterio, el diferencial, es de tipo cualitativo.

Es en la delimitación en cuanto a qué se entiende por abuso de una sustancia donde existe una considerable ambigüedad.

El sistema DSM-IV (1994) concede entidad propia al abuso de sustancias psicoactivas. En cambio el sistema CIE-10 (1992) no recoge esta terminología como tal y define en su lugar "consumo perjudicial" como aquella "forma de consumo que está afectando ya a la salud física o mental (daño para la salud)".

La drogodependencia fue definida por primera vez por la OMS en 1964 como "estado de intoxicación periódica o crónica producida por el consumo repetido de una droga natural o sintética y caracterizado por: 1) deseo dominante para continuar tomando la droga y obtenerla por cualquier medio, 2) tendencia a incrementar la dosis, 3) dependencia física y, generalmente psicológica, con síndrome de abstinencia por retirada de la droga; 4) efectos nocivos para el individuo y para la sociedad".

Más tarde en 1982, la OMS define la dependencia como "síndrome caracterizado por un esquema de comportamiento en el que se establece una gran prioridad para el uso de una o varias sustancias psicoactivas determinadas, frente a otros comportamientos considerados habitualmente como más importantes". Su catalogación como síndrome nos remite a un cuadro determinado clínicamente por un grupo de fenómenos que no tienen por qué estar presentes en su totalidad en el mismo momento ni con la misma intensidad. Según la APA, "la característica esencial de la dependencia de sustancias consiste en un grupo de síntomas cognitivos, conductuales y fisiológicos que indican que el individuo continúa consumiendo la sustancia, a pesar de la aparición de problemas significativos relacionados con ella" y añade que "existe un patrón de repetida autoadministración que a menudo lleva a la tolerancia, a una clínica de abstinencia y a una ingestión compulsiva de la sustancia". Una definición más precisa debe determinar el tipo de dependencia: dependencia alcohólica, opiácea, etc.

Recogemos finalmente de modo sucinto otras definiciones importantes para entender el fenómeno de la drogadicción:

Tolerancia: estado de adaptación caracterizado por la disminución de la respuesta a la misma cantidad de droga o por la necesidad de una dosis mayor para provocar el mismo grado de efecto farmacodinámico.

Intoxicación aguda: estado transitorio consecutivo a la ingestión o asimilación de sustancia psicótropa o de alcohol que produce alteraciones del nivel de conciencia, de la cognición, de la percepción, del estado afectivo, del comportamiento o de otras funciones y respuestas fisiológicas y psicológicas.

Síndrome de abstinencia: conjunto de síntomas y signos que aparecen en una persona dependiente de una sustancia psicoactiva cuando deja bruscamente de consumirla o la cantidad consumida es insuficiente (Becoña, 2002).

1.3 ENFOQUE BIOPSIICOSOCIAL EN DROGODEPENDENCIAS

El fenómeno de las drogodependencias puede enfocarse para su estudio científico desde muy diferentes perspectivas, según se utilice para ello un punto de vista basado en la sustancia (bioquímico, farmacológico, etc.), el organismo que la consume (psicológico, biomédico, etc.) o el contexto sociocultural en que se desarrolla dicho consumo (antropológico, cultural, económico, político, etc.). Cada una de estas perspectivas y disciplinas ha demostrado utilidad para entender y explicar diferentes aspectos de este complejo fenómeno y ninguna de ellas aisladamente resulta suficiente para ello. A lo largo de la presente investigación se adoptará una perspectiva biopsicosocial a la hora de acercarnos a su estudio y proponer actuaciones en el marco de la prevención.

La evidencia empírica ha demostrado que las conductas de uso y abuso de drogas no dependen de un factor aislado, sino que están originadas y mantenidas por diversos factores de naturaleza multidimensional. Así, el denominado modelo bio-psico-social (o bio-conductual) es el marco contextual aceptado por la gran mayoría de los autores, que tiene la capacidad de poder analizar las interacciones entre el ambiente y los factores farmacológicos implicados en las conductas de consumo de drogas, con independencia de la sustancia de referencia. Desde este punto de vista, el consumo o rechazo de drogas vendría explicado por los efectos de las sustancias, los factores contextuales y la vulnerabilidad del propio sujeto.

Este modelo fue descrito por Pomerleau y Pomerleau (1987) para explicar cómo se inicia y se mantiene la conducta de fumar, pero como apuntan los mismos autores, aunque las otras sustancias puedan diferir en la especificidad de su acción farmacológica, todas ellas pueden estar sujetas a la misma línea general de

análisis. Este marco contextual, como ya se ha adelantado, tiene la capacidad de poder analizar las conductas de consumo, en función de las interacciones con el contexto, la vulnerabilidad individual y las consecuencias. Las variables incluidas bajo la denominación de contexto (estímulos esteroceptivos e interoceptivos) vendrían dadas desde los modelos de aprendizaje clásico y operante, y se combinarían con las variables reforzadoras identificadas bajo consecuencias. La conducta incluiría tanto los comportamientos relacionados con el consumo de drogas, como el rechazo de las sustancias y la resistencia a consumir. La vulnerabilidad o susceptibilidad incluye los factores genéticos, las influencias socioculturales y la historia de aprendizaje (Secades, García, Fernández, y Carballo, 2007; Secades, Fernández y González, 2003). Tales componentes representan a variables mayoritariamente psicológicas o psico-sociales, con la única excepción de la parte biológica de la vulnerabilidad o los efectos psicológicos del propio consumo, estos también muy sujetos a la interpretación psicológica.

Desde esta perspectiva, resulta esencial entender y valorar los procesos psicológicos básicos que explican el comportamiento de las personas, para lo cual hay que considerar tres elementos: el biológico, el psicológico y el social.

1.4 PROCESOS BIOLÓGICOS, PSICOLÓGICOS Y SOCIALES SUBYACENTES A LAS DROGODEPENDENCIAS

El uso repetido de drogas, su posterior abuso y dependencia son en buena medida el resultado de una compleja interacción entre los efectos fisiológicos de estas sustancias sobre áreas cerebrales asociadas con la motivación y emoción, combinado con un aprendizaje acerca de las relaciones entre las drogas y sus efectos y estímulos asociados (Cami y Farre, 2003). El modelo aceptado actualmente para describir las estructuras cerebrales involucradas en la adicción a drogas de abuso consta de cuatro circuitos: a) *recompensa*: localizado en el núcleo *accumbens* y el núcleo pálido ventral; b) *motivación*: localizado en la corteza órbita frontal y la corteza subcallosa; c) *aprendizaje y memoria*: localizado en la amígdala y el hipocampo y d) *control*: localizado en la corteza prefrontal y en el giro de cíngulo anterior. Estos cuatro circuitos reciben innervaciones directas de neuronas dopaminérgicas pero también están conectadas a otras proyecciones directas o indirectas que son mayoritariamente glutamatérgicas (Matus, Calva, Flores, Leff y Antón, 2012).

Las ciencias de la conducta describen el desarrollo del uso repetido de sustancias, abuso y dependencia como resultado en parte de un proceso de aprendizaje, en el que los cambios duraderos en la conducta de consumo de drogas resultan de la interacción con las drogas y ambientes relacionados con ellas.

Los principios básicos del aprendizaje han sido objeto de estudio durante décadas, y existen tres teorías principales del aprendizaje y comportamiento que han demostrado relevancia en su aplicación al estudio de estos procesos en el consumo de drogas: el condicionamiento clásico o pauloviano; el condicionamiento instrumental u operante; y el aprendizaje social (Becoña, 2002; Graña, 1994).

1.4.1 Condicionamiento clásico o pauloviano

El condicionamiento clásico o pauloviano se basa en asociaciones estímulo-respuesta. Inicialmente, un estímulo (por ejemplo, una luz) por norma general no elicitaba una respuesta particular, siendo por lo tanto un estímulo "neutro". Cuando un estímulo como un soplo de aire es dirigido hacia un ojo, por ejemplo, probablemente elicitaba una respuesta: el párpado se cierra. El soplo de aire es un estímulo incondicionado y el cierre del párpado es una respuesta incondicionada, que ocurre en respuesta al estímulo incondicionado. El estímulo incondicionado (soplo de aire dirigido al ojo) es emparejado repetidas veces con el estímulo neutro (luz) y finalmente la luz por sí sola es capaz de elicitar la misma respuesta (cierre del párpado) que el soplo de aire dirigido al ojo, asumiendo que vendrá seguido por éste. La luz es denominada ahora como un estímulo condicionado y la respuesta de ésta como una respuesta condicionada.

En el ámbito de las drogodependencias, Wikler (1965) fue el primero en establecer las bases de esta teoría. Tras observar grupos de pacientes heroínómanos, planteó un proceso de condicionamiento, proponiendo que se llamase síndrome de abstinencia condicionada. Según este planteamiento varios episodios de abstinencia (respuesta incondicionada) podrían haberse apareado con estímulos ambientales (estímulos condicionados), y eventualmente la presencia de estos estímulos o el hecho de pensar en ellos provocar una respuesta condicionada de abstinencia (Graña, 1994).

Varios estudios han demostrado que distintos estímulos ambientales influyen en el desarrollo de la tolerancia a las drogas. Este tipo de tolerancia se denomina conductual y depende no sólo de la experiencia directa con la droga sino también de la experiencia con las señales ambientales presentes en el momento de la autoadministración (Siegel, 1981). El desarrollo de la misma, tal como describe Graña (1994), es el siguiente: cuando una droga (estímulo incondicionado, EI) se administra, su efecto (respuesta incondicionada, RI) va precedido de la estimulación ambiental en que se realiza la administración (estímulo condicionado, EC). Si la respuesta condicionada (RC) que elicitaba la estimulación ambiental es de signo opuesto al efecto de la droga (EI), entonces produce una respuesta condicionada compensatoria.

También se ha postulado que las respuestas condicionadas compensatorias, que median en la tolerancia condicionada, influyen en la querencia o deseo y en el síndrome de abstinencia (Graña y Carrobes, 1991). Dado que las respuestas condicionadas compensatorias producen una mayor disposición a administrarse la droga, ello implica que las mismas incrementan el deseo o querencia de la misma.

Así, en muchas personas, la función de los estímulos condicionados es muy destacada. Hay miles de estímulos que pueden ser asociados con los efectos de las drogas. Entre ellos están olores, sonidos, la gente y sensaciones que aparecen durante el consumo de la droga y que predicen los efectos de la misma. Los estímulos condicionados son capaces por sí mismos de producir la sintomatología del síndrome de retirada o de los efectos placenteros. Esta capacidad de los estímulos condicionados varía con cada sujeto y con cada tipo de droga.

La complejidad de las respuestas condicionadas de las personas adictas es un factor muy importante para el mantenimiento y recaídas en la drogadicción. En relación con las recaídas, es claro que hoy día no hay problema para realizar desintoxicaciones y recuperaciones físicas, cualquiera que sea la adicción. Sin embargo, a menudo el porcentaje de recaídas es, lamentablemente, muy alto. Se piensa que este fracaso en el mantenimiento de una abstinencia duradera es debido a los cambios cerebrales que han podido producirse en la persona y a la influencia poderosa de los muchos estímulos condicionados con los efectos positivos de las drogas. Así, por ejemplo, en los fumadores, la textura del cigarro, el sabor y el humo ejercen poderosos efectos reforzantes condicionados sobre el consumo de tabaco, posiblemente por los miles de emparejamientos previos entre esos estímulos y el estímulo incondicionado primario, la nicotina. En animales ya se había demostrado que los estímulos condicionados provocaban cambios metabólicos específicos en determinadas áreas cerebrales y recientemente se ha comprobado que ocurre igual en humanos, empleando metodología de Tomografía de Emisión de Positrones. La persistencia de la conducta de búsqueda de drogas durante largos períodos de tiempo puede explicarse por el fenómeno del condicionamiento de segundo orden, que parece darse en la mayoría de las drogas, incluidos los opiáceos, la cocaína y la nicotina. Se ha demostrado en muchos estudios que la tolerancia y la sensibilización pueden ser específicas para cada situación. Es decir, aparecen una tolerancia y sensibilización mayores cuando la droga es administrada siempre en el mismo entorno (Ambrosio y Fernández, 2011).

Por tanto, el proceso de condicionamiento, nos permite explicar por qué una vez que la persona consume se va a mantener consumiendo. Sin embargo, están presentes otras variables que modulan la conducta de consumo y que vienen a constituir lo que se denomina historia de aprendizaje de la persona, por lo que de los que prueban una sustancia unos seguirán consumiéndola y otros no.

1.4.2 Condicionamiento instrumental u operante

El condicionamiento operante parte del concepto de análisis funcional de la conducta formulado por Skinner (1975, 1977).

La premisa básica del condicionamiento operante se basa en el hecho de que la probabilidad de ocurrencia de una conducta está determinada por sus consecuencias y, a diferencia del condicionamiento clásico, donde el organismo no tiene control directo sobre la aparición de los estímulos, en el condicionamiento instrumental es la propia conducta la que produce los estímulos: la conducta se produce debido a las consecuencias que ésta ocasiona (es un "instrumento" para conseguir éstas). Las categorías principales de condicionamiento instrumental son:

Reforzamiento positivo: consistente en la presentación de una consecuencia agradable que da como resultado un aumento de la respuesta (conducta).

Reforzamiento negativo: consistente en la retirada de una consecuencia desagradable que da como resultado un aumento de la respuesta (conducta).

Castigo positivo: consistente en la presentación de una consecuencia desagradable que da como resultado una disminución de la respuesta (conducta).

Castigo negativo: consistente en la eliminación (retirada) de una consecuencia agradable que da como resultado una disminución de la respuesta (conducta).

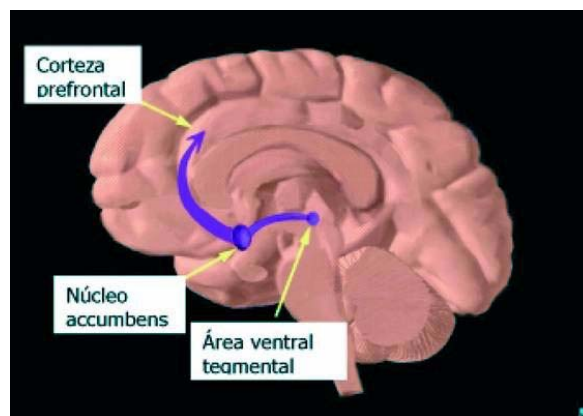
Este esquema conceptual nos permite analizar las relaciones entre la conducta de los organismos y las consecuencias conductuales de la administración de una droga. Cualquier evento estimular que incremente la probabilidad de una conducta operante se denomina estímulo reforzante o, simplemente, reforzador. Por lo tanto, una droga funciona como reforzador si es capaz de incrementar o mantener la probabilidad de ocurrencia de la conducta a la que sigue. Un evento estimular que precede y establece la ocasión para la emisión de una respuesta que va seguida de reforzamiento se denomina estímulo discriminativo (Graña, 1994).

La combinación de diversos procedimientos neurobiológicos como los de lesiones electrolíticas, administración intracerebral de sustancias, marcado de receptores de neurotransmisores, medidas del metabolismo cerebral, etc., junto con otras metodologías conductuales, han establecido la participación de determinadas regiones cerebrales como correlatos neuronales de conductas reforzadas. Hoy se admite un sustrato neural básico que mantiene la conducta adictiva y radica en el sistema mesocorticolímbico dopaminérgico o circuito de recompensa.

Este sistema tiene un importante papel en los efectos positivos de todos los reforzadores, ya sean naturales o artificiales (Nestler, 2005). Se compone de dos grandes vías denominadas mesolímbica y mesocortical, los núcleos del rafe y la

amígdala (Goldstein y Volkow, 2002). Y si bien, cada sustancia o clase de sustancias psicoactivas tiene un mecanismo de acción específico, todas ellas activan este sistema, el cual tiene un papel clave en los procesos de aprendizaje y motivación.

La vía mesolímbica, de tono dopaminérgico, conecta el ATV (cerebro medio) con el sistema límbico vía NAc (o núcleo del placer), amígdala e hipocampo, así como con la corteza prefrontal (cerebro anterior basal). El NAc recibe inervación dopaminérgica del ATV y glutamatérgica de la amígdala, el hipocampo y la corteza prefrontal. La parte nuclear del circuito de recompensa es la que implica la comunicación entre el ATV y el NAc a través del haz prosencefálico medial de la vía mesolímbica. La estimulación del ATV supone la liberación de dopamina en el NAc, provocando euforia y placer, que es lo que hace que el sujeto quiera volver a consumir. La vía mesocortical conecta el ATV con la corteza cerebral, sobre todo con el lóbulo frontal (Bechara, 2005; Li y Sinha, 2008).



Fuente: *National Institute on Drug Abuse*

Uno de los neurotransmisores más importantes en este circuito es la dopamina. Se piensa que la función principal de ese neurotransmisor en este circuito es avisar de que se va a producir una sensación placentera si se hace una conducta determinada. Si al realizar ese comportamiento el sujeto encuentra que la sensación es positiva, se incrementa la probabilidad de que se repita la conducta que produce placer y, de este modo, ese comportamiento se va haciendo habitual en el repertorio del individuo. Datos provenientes de la investigación preclínica con animales sugieren que en las primeras exposiciones a la mayoría de las drogas, probablemente se produce un incremento de la liberación de dopamina. Con el consumo crónico, sin embargo, esa liberación es mucho menor o no se produce. Los mecanismos últimos por los que la dopamina participa en las acciones reforzadoras de las drogas aún no se conocen bien y han resultado ser más complejos de lo que en un principio parecía. No obstante, un hecho ya contrastado en la literatura científica es que el consumo crónico de drogas produce una reducción de los receptores dopaminérgicos del subtipo D2. Por el hecho de que la

dopamina nos permita conocer con anticipación que se puede producir una sensación positiva si se hace una conducta, se piensa que este neurotransmisor está relacionado con la aparición del "deseo" de consumir, mientras que la reducción de los receptores del subtipo D2 posiblemente contribuye al mantenimiento de la conducta adictiva porque el consumo crónico genera una disfunción de la comunicación neuronal dopaminérgica que se hace progresivamente mayor y, aunque el sujeto repita una y otra vez esa conducta para tratar de alcanzar las mismas sensaciones placenteras que tenía cuando se iniciaba en el consumo, ya no es posible obtenerlas (Ambrosio, 2011).

Estos resultados confirman la hipótesis de que la dopamina tiene una función en la acción reforzante de las drogas, solamente en la fase de anticipación del consumo, pero no en el consumo en sí. Dado que, por otra parte, sabemos que los estímulos ambientales neutrales adquieren propiedades reforzantes secundarias (esto es, de incentivos de la conducta) cuando se asocian con los reforzadores primarios, es muy posible que los estímulos ambientales condicionados provoquen una activación de la dopamina, la cual intervendría en las fases anticipatorias del reforzamiento, pero no en el reforzamiento en sí, que podría estar mediado por otros sistemas de neurotransmisores. El consumo crónico de drogas puede producir neuroadaptaciones a largo plazo en el circuito cerebral del refuerzo, lo cual puede explicar que la búsqueda de esas sustancias y el deseo de consumirlas sigan persistiendo aún transcurrido un periodo largo de tiempo. En humanos los estudios de neuroimagen muestran que el consumo crónico de drogas produce una disminución de la transmisión dopaminérgica, que es relativamente duradera en el tiempo, y que está asociada a una reducción de la actividad metabólica en regiones cerebrales del lóbulo frontal (Volkow, Fowler y Wang, 2003).

Uno de los aspectos difíciles de entender de entre los muy complejos que se dan en las adicciones es la mayor vulnerabilidad a los efectos adictivos de los reforzadores positivos en unas personas y en otras no. Realmente no sabemos las posibles causas de este fenómeno, diferentes factores psicosociales nos aportan luz al respecto, como facilitadores del camino a la adicción, a lo que se unirían factores biológicos que hacen más susceptibles a los individuos a los efectos reforzantes positivos de los reforzadores y a las alteraciones emocionales y cognitivas que producen estos. Y la exposición continuada al reforzador se traduce tarde o temprano en neuroadaptaciones específicas que afectan a la fisiología cerebral. La investigación preclínica animal y los estudios de neuroimagen en humanos sugieren que algunas deficiencias en ciertos elementos reguladores de la transmisión sináptica de sistemas, como el dopaminérgico y el opioidérgico, pueden participar en dicha mayor vulnerabilidad (Ambrosio, 2011).

No obstante, excepto en el caso de la existencia de patologías psiquiátricas asociadas y previas a la drogadicción, el riesgo biológico de adquirir una

drogodependencia es muy similar para todos los sujetos (Becoña, 2008). Por ello, además de indagar en aquellos factores biológicos que promueven la vulnerabilidad a la drogadicción, también debemos hacerlo en los factores ambientales psicosociales que protegen de ese riesgo biológico general y que centran el objeto de la presente investigación. Estos factores son, en su mayoría, variables de índole psicológica ya que su evaluación es de carácter individual y personal, no existiendo factor objetivo alguno que determine el uso o el rechazo de las drogas.

Las contingencias no están solamente relacionadas con las que se derivan directamente del consumo de la sustancia, tales como los efectos reforzantes (positivo o negativo) de su acción fisiológica, sino que también se refieren a las ganancias y pérdidas de reforzadores en otros múltiples dominios, tales como el reconocimiento social, los recursos económicos, la salud, las relaciones afectivas, etc. En realidad, el efecto reforzante del consumo de una sustancia puede definirse como una función que resulta de la interacción de una persona multi-dimensional con el uso de la sustancia y el complejo contexto ambiental asociado (Gifford y Humphreys, 2007).

1.4.3 Aprendizaje social

Esencialmente, la Teoría del Aprendizaje Social plantea que los comportamientos de las personas, y también el comportamiento de consumir drogas, son el resultado de procesos de aprendizaje a través de la interacción entre el individuo y su entorno. Es en esta interacción donde surge y se mantiene la conducta, y es ahí donde debe remitirse siempre el análisis explicativo.

La conducta manifiesta, a su vez, modifica el entorno del individuo y sus variables personales. En lugar de una causación lineal del ambiente (como planteaban los primeros modelos conductistas) o de determinadas variables personales (como plantean los modelos mentalistas y los modelos cognitivos en general) sobre el comportamiento, Bandura (1977) plantea un determinismo recíproco entre ambiente, persona y conducta.

Este aprendizaje, sobre todo en el caso de comportamientos complejos, se inicia generalmente mediante la observación de modelos que se comportan de una determinada manera y obtienen por ello unos determinados resultados; se adquieren así expectativas sobre qué conductas producirán qué efectos en qué situaciones; aquellas conductas que produzcan efectos deseables en determinadas situaciones tenderán a ser imitadas, y tanto más cuanto más motivado se encuentre el sujeto de cara a conseguir el resultado esperado.

Una vez que la conducta ha sido ejecutada, puede mantenerse o no dependiendo de los resultados que produzca: aquellas conductas que producen resultados

deseables para el sujeto tienden a ser repetidas; aquellas que producen resultados negativos tienden a desaparecer.

Pero la probabilidad de que una conducta sea reforzada depende de la situación en la que se produzca. De este modo, a través de la repetición, determinadas situaciones quedan asociadas o condicionadas a determinadas conductas, es decir, adquieren el poder de activar determinados comportamientos (condicionamiento clásico o pavloviano).

Hablamos entonces de hábitos; un hábito es una asociación entre una situación determinada y un comportamiento de alta probabilidad en esa situación porque ha sido repetidamente reforzado en el pasado.

Ahora bien, el efecto del modelado y de la posterior ejecución y, en su caso, consolidación de la conducta observada a través de los procesos de condicionamiento clásico e instrumental, no es automático ni universal, sino que está modulado por determinadas variables personales (expectativas, normas, valores, habilidades y destrezas) que a su vez son el resultado de la interacción pasada y actual entre el individuo y el entorno.

2 DIAGNÓSTICO DE LOS TRASTORNOS RELACIONADOS CON EL CONSUMO DE SUSTANCIAS

La versión última del DSM-IV-TR (APA, 2000) incluye dos tipos de diagnósticos en el capítulo dedicado a los trastornos relacionados con sustancias: los relacionados con el patrón de consumo de las sustancias (dependencia y abuso) y los que describen síndromes conductuales ocasionados por el efecto directo de la sustancia en el Sistema Nervioso Central (los principales son la intoxicación y la abstinencia). Ambos tipos de diagnóstico se aplican a las doce sustancias que reconoce: alcohol, alucinógenos, anfetaminas y sustancias afines, cafeína, cannabis, cocaína, inhalantes, nicotina, opioides, fenciclidina y sustancias afines, sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, y otras sustancias. Cada una de las clases presenta criterios uniformes de dependencia y abuso, exceptuando la cafeína, que no ocasiona un síndrome de dependencia o de abuso, y la nicotina, que carece de un síndrome de abuso definido. También, cada una de estas clases presenta un cuadro definido de intoxicación y abstinencia más ligado (aunque no únicamente vinculado) con el efecto fisiológico de la droga y de menor relevancia psicológica.

2.1 TRASTORNOS INDUCIDOS POR SUSTANCIAS

- Intoxicación. Su característica esencial es la aparición de un síndrome reversible específico a la sustancia psicoactiva debido a la reciente ingestión de (o exposición a) la sustancia.

Los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10 para la intoxicación son prácticamente iguales a los del DSM-IV.

- Abstinencia. Su característica esencial consiste en la presencia de un cambio conductual desadaptativo específico a la sustancia psicoactiva, con concomitantes fisiológicos y cognitivos, debido al cese, o a la reducción, del consumo elevado y prolongado de la sustancia.

A diferencia de la definición del DSM-IV de abstinencia, que especifica que los síntomas de abstinencia deben provocar un malestar clínico significativo o deterioro de las actividades del individuo, los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10 para la abstinencia sólo requieren la presencia de signos y síntomas característicos.

- Delirium inducido por sustancias
- Demencia persistente inducida por sustancias
- Trastorno amnésico persistente inducido por sustancias

- Trastorno psicótico inducido por sustancias
- Trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias
- Trastorno de ansiedad inducido por sustancias
- Trastorno sexual inducido por sustancias
- Trastorno del sueño inducido por sustancias

2.2 TRASTORNOS POR CONSUMO DE SUSTANCIAS:

2.2.1 Dependencia de sustancias

Un patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por tres (o más) de los ítems siguientes en algún momento de un período continuado de 12 meses:

1. tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:

(a) una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado

(b) el efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado

2. abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:

(a) el síndrome de abstinencia característico para la sustancia (v. Criterios A y B de los criterios diagnósticos para la abstinencia de sustancias específicas)

(b) se toma la misma sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia

3. la sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un período más largo de lo que inicialmente se pretendía

4. existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia

5. se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia (p. ej., visitar a varios médicos o desplazarse largas distancias), en el consumo de la sustancia (p. ej., fumar un pitillo tras otro) o en la recuperación de los efectos de la sustancia

6. reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia

7. se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia (p. ej., consumo de la cocaína a pesar de saber que provoca depresión, o continuada ingesta de alcohol a pesar de que empeora una úlcera).

Los criterios de la CIE-10 para la dependencia de una sustancia son muy similares a los del DSM-IV. Si bien la CIE-10 contiene los siete puntos del DSM-IV, los condensa en cinco criterios y añade un sexto que hace referencia al comportamiento del anhelo o deseo por la sustancia. Además, el método para establecer la significación clínica difiere entre uno y otro sistema. En el DSM-IV se especifica que debe existir un patrón maladaptativo del consumo de la sustancia que provoque un malestar clínico significativo o deterioro de la actividad del individuo, mientras que los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10 requieren una duración mínima de los síntomas de 1 mes o bien una repetición de los episodios durante un período de 12 meses.

2.2.2 Abuso de sustancias

El abuso se describe en el DSM-IV mediante cuatro ítems, de los que sólo es necesario que esté presente uno para que se establezca el diagnóstico.

A. Un patrón desadaptativo de consumo de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por uno (o más) de ítems siguientes durante un período de 12 meses:

1. consumo recurrente de sustancias, que da lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela o en casa.
2. consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso.
3. problemas legales repetidos relacionados con la sustancia.
4. consumo continuado de la sustancia, a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes o problemas interpersonales causados o exacerbados por los efectos de la sustancia.

B. Los síntomas no han cumplido nunca los criterios para la dependencia de sustancias de esta clase de sustancia.

Los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10 para el consumo abusivo de sustancias resultan menos específicos que los del DSM-IV, ya que requieren "pruebas evidentes" de que el consumo de la sustancia es responsable de (o contribuye sustancialmente a) daños físicos o psicológicos, incluyendo afectación de la capacidad de juicio o comportamiento disfuncional, que puede conducir a una incapacidad para mantener relaciones interpersonales o a que éstas sean negativas.

3 CONCEPTUALIZACIÓN Y ENCUADRE TEÓRICO DEL CONSUMO DE DROGAS APLICADO A POBLACIÓN ADOLESCENTE

Los efectos producidos por el consumo de drogas dependen de muchos factores, tales como la sustancia consumida, la cantidad que se consume, la personalidad del joven, la situación sociofamiliar, etc. A pesar de no haber unas señales concretas de que un adolescente esté haciendo un uso o un abuso de drogas podemos recurrir también a los sistemas de diagnóstico más utilizados, la décima edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) y la cuarta edición del Manual diagnóstico estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV). Si bien y pese a la claridad de los criterios expresados en estos sistemas diagnósticos, no siempre es posible realizar correctamente el diagnóstico, aún cuando nos referimos exclusivamente a población adulta. En la práctica es difícil poner límites, se trata más bien de una continuidad dinámica que evoluciona con el curso del sujeto (Secades et al., 2007).

En el plano conceptual y metodológico, Aguilar y Rodríguez (1995) señalaban además la necesidad de matizar algunos aspectos sobre el abuso/dependencia de drogas en niños y jóvenes: 1) el término "abuso" no es aplicable a los niños y jóvenes más que en un 10% de los casos. Puede suceder del mismo modo con el término adicción, que es ambiguo, dependiendo en exceso de la definición conceptual que se utilice para definirla y observándose que un grupo importante de autores ponen el acento en el aspecto químico (dependencia química), y 2) el modelo que se utiliza para comprender esta problemática en el adulto no parece adecuado para los niños y los jóvenes, que claramente están en otras fases de desarrollo distintas. Por tanto, los conocimientos que tenemos sobre consumo, abuso, dependencia y consecuencias de las drogas en los adultos parecen diferir bastante de la población infantil y adolescente. Las repercusiones y consecuencias en la esfera personal, interpersonal, laboral y social no son las mismas en los adultos que en los más jóvenes. Las repercusiones de las drogas sobre éstos se concentran en la escuela, la relación con sus compañeros, etc.

Si bien era anecdótico hasta hace unos años, en la actualidad el uso de sustancias psicoactivas entre los jóvenes españoles es uno de los problemas más preocupantes de salud pública, dada su elevada prevalencia. Y es mucho lo que no sabemos actualmente sobre el consumo de drogas en los niños. Los datos epidemiológicos no siempre resultan del todo fiables y la etiología no se conoce con precisión. Sin embargo, hay un descenso progresivo en la edad de consumo/abuso de drogas.

Además en los últimos años, el consumo abusivo de alcohol y otras drogas entre los niños y adolescentes se ha convertido en un reflejo de la evolución general del

consumo en los adultos. Y aunque el consumo de drogas ha existido a lo largo de la historia, en las últimas décadas ha tomado una nueva dimensión. Hoy es clara la relación directa entre sociedad desarrollada y consumo abusivo de drogas. Estos consumos son distintos a los consumos puntuales y rituales de otras culturas o de la nuestra en otros momentos históricos (Becoña, 2000). La necesidad de desarrollar una clasificación de la terminología relacionada con la adicción comienza a ser más evidente cuando este problema llega a ser más prevalente en los niños y adolescentes. Existe una considerable ambigüedad en cuanto a qué se entiende por abuso de una sustancia. El principal obstáculo para definir este concepto es la serie impresionante de términos empleados para caracterizar el consumo de una sustancia psicoactiva, tales como un consumo para el ocio, experimental, problemático, patológico, de riesgo, inicial, peligroso, ocasional, episódico, regular, leve, moderado, y grave (Kaminer, 1994). Desde la perspectiva del National Institute on Drug Abuse (NIDA), el uso de cualquier droga ilícita o el uso inapropiado de las drogas lícitas se considera abuso (National Institute on Drug Abuse, 2003).

Finalmente y al margen de reconocer los criterios diagnósticos, es interesante entender de cara a la planificación de la intervención preventiva, el proceso de dependencia, considerando las diferentes etapas que generalmente se describen: fase de predisposición, fase de conocimiento, experimentación e inicio al consumo de sustancias, consolidación, abuso y dependencia de sustancias, recaídas y abandono o mantenimiento del consumo (Becoña, 1999; Becoña, 2002; Muñoz-Rivas, Cruzado y Graña, 2000). Cada una de las cuales presenta características de consumo y problemas distintos, y también diferentes intervenciones, que serán preventivas al inicio y terapéuticas cuando surjan los diferentes problemas.

3.1 FASES DEL CONSUMO EN ADOLESCENTES

En los jóvenes, se podrían distinguir los siguientes estadios, en los que la alternancia entre los mismos puede ser bastante frecuente debido al cambio de amigos, colegio, estilo de vida, etc. (Becoña y Vázquez, 2002).

Primer estadio: *experimentación/cambio de estado de ánimo*, en el que los adolescentes están bajo una intensa presión de sus compañeros para consumir drogas, suelen empezar a experimentar con las drogas a la par que ocurre el proceso de socialización. Pequeñas cantidades de droga son suficientes para producir euforia o "colocarse". El joven es capaz de retornar a su estado normal sin ningún problema. Aprenden a consumir drogas para modificar el estado de ánimo y sentirse bien.

Segundo estadio: *consumo regular/buscando el cambio del estado de ánimo*, el joven pasa a hacer un consumo más regular de la sustancia o sustancias psicoactivas. Al tiempo que el organismo va desarrollando tolerancia, el joven necesita una mayor cantidad de droga para lograr "colocarse" o experimentar euforia. Las consecuencias de un consumo regular incluyen ausentarse de la escuela, salir con amigos que consumen drogas, mayor labilidad emocional y un cambio en el interés con respecto a actividades que realizaba hasta entonces.

Tercer estadio: *consumo diario/preocupación con el cambio del estado de ánimo*, la droga comienza a ser el elemento central de la vida del joven. El consumo es diario. Todas las actividades del joven comienzan a girar en torno a la sustancia. Hay un abandono significativo de actividades que realizaba con la familia, en la escuela y con otros compañeros no consumidores. Algún joven puede intentar reducir o no consumir la droga, pero estos intentos son, generalmente, infructuosos.

Cuarto estadio: *dependencia/consumir para sentirse normal*, el joven utiliza la droga para sentirse normal. Para cambiar la preferencia por el tipo de droga y consume mayores cantidades de alcohol y otras drogas. El joven ha perdido totalmente el control sobre las sustancias y su vida llega a ser difícil de manejar en muchas áreas. El adolescente dedica mucho tiempo a consumir la droga para sentirse bien y evitar los síntomas del síndrome de abstinencia. En este estadio, el consumo de sustancias psicoactivas pasa a ser una parte básica del desarrollo de la identidad del adolescente.

3.2 INICIO Y MANTENIMIENTO EN EL CONSUMO DE DROGAS: UN MODELO EXPLICATIVO

Aunque no en todos los casos, el consumo de drogas puede entenderse como un proceso relativamente lento, complejo y en cierta medida predecible, en el que existen una serie de factores que facilitan el inicio y mantenimiento del consumo de sustancias en unas personas en relación a otras. Asimismo, existen una serie de variables socio-culturales, biológicas y psicológicas que modulan los factores de inicio y mantenimiento y la progresión o no en el consumo de unas sustancias a otras.

Distintas teorías sobre el consumo de drogas se han centrado en estudiar diferentes variables para comprender por qué algunas personas consumen drogas y otras no lo hacen, con el fin de fundamentar teóricamente estrategias adecuadas para que este consumo no se produzca o se detenga (Becoña, 2002). Entre las teorías más relevantes, en esta tesis doctoral vamos a detenernos en describir los principios fundamentales del modelo evolutivo de Kandel (Kandel, 1975 y 1980), como referencia principal utilizada para el análisis y comparación de los diferentes

factores de riesgo y factores de protección en el consumo de drogas, por tratarse este de un modelo que incide en su nivel de explicación en el desarrollo evolutivo de las personas respecto a su madurez y el consiguiente consumo de drogas.

El modelo evolutivo de Kandel se fundamenta en lo que conocemos sobre la etiología del consumo de drogas. Esta podría resumirse en tres ejes básicos. Aunque ello sea una simplificación nos permite enmarcar de modo sintético la cuestión; estos son los siguientes: 1) hay factores que facilitan el inicio y mantenimiento en el consumo de las distintas sustancias en unas personas respecto a otras, 2) en gran parte de los individuos, hay una progresión en el consumo de las drogas legales a las ilegales, y 3) los factores de inicio, mantenimiento y paso de unas sustancias a otras dependen de variables psicosociales.

Kandel parte de la teoría de la socialización, centrándose especialmente en la relación de los padres e iguales en el desarrollo de los adolescentes. Los conceptos y procesos que maneja provienen fundamentalmente de la teoría del aprendizaje social y de la teoría del control (Kandel y Davies, 1992). La idea básica que plantea es que el consumo de drogas ilegales: cannabis, cocaína, heroína, etc., se produce de modo secuencial o evolutivo, partiendo del consumo de las drogas legales o sociales, el alcohol y el tabaco (Kandel, 1975). Kandel (Kandel, 1996; Kandel y Jessor, 2002) encontró en sus estudios cuatro fases para pasar de las drogas legales a las ilegales: 1) consumo de cerveza o vino, 2) consumo de cigarrillos o licores; 3) cannabis y 4) otras drogas ilegales.

Todas estas fases se han confirmado por otros investigadores (Kandel, Yamaguchi y Chen, 1992; Chen y Kandel, 1995; O'Donnell y Clayton, 1982; Donovan y Jessor, 1983; Kandel y Faust, 1975; Kandel, 1975; Kandel y Yamaguchi, 1993; Kandel y Yamaguchi, 1984a; Kandel y Yamaguchi, 1984b; Kandel y Yamaguchi, 1999; Vargas y Trujillo, 2006).

Este modo de explicar la relación entre el uso inicial de una droga y el uso posterior de otra, se basa en un progreso secuenciado que hace más probable la segunda en función de la primera. En realidad se trata de un acercamiento a determinadas drogas a través de otras, al incrementarse el riesgo para el inicio en el consumo de drogas por el uso previo de las mismas (Ames, Cunradi y Moore, 2002; Coffey, Lynskey, Patton y Wolfe, 2000; Kandel y Jessor, 2002; Kandel y Yamaguchi, 1984b). La investigación indica que hay una progresión en el uso de drogas que comienza desde el no consumo de una droga, uso de drogas legales, uso de cannabis y uso de otras drogas ilegales para los que llegan a esta etapa, pero que también muchos no progresan de las primeras sustancias a las sucesivas (Becoña, 1999; Becoña y Vázquez, 2000). Mientras queda clara la progresión del tabaco y alcohol al cannabis (Kandel y Yamaguchi, 1985; Yu y Willoford, 1992), no parece

estar tan claro que el tabaco y el alcohol lleven al consumo de otras drogas, puesto que existen otras variables que también influyen en esta progresión (Becoña, 2002).

Kandel y Jessor (2002) revisaron diversos estudios para comprobar el estado de este modelo evolutivo. En la siguiente tabla (véase tabla 2) se exponen las tres proposiciones y su apoyo empírico, donde como se puede ver hay evidencia para las dos primeras pero no para la tercera, en la línea de lo que hemos expuesto hasta aquí. Los autores concluyen que las interpretaciones sobre el modelo evolutivo deberían estar restringidas a las proposiciones sobre la secuencia y la asociación y no de la causalidad.

Tabla 2.- Proposiciones del modelo evolutivo y evidencia actual de las mismas

Proposición	Evidencia
1. Entre 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. Luego pueden seguir las ilegales, con el cánnabis entre las legales y las otras ilegales.	Fuerte evidencia
2. El consumo de una droga de inicio en la secuencia está asociado con un incremento del riesgo o probabilidad de utilizar otra drogas de la secuencia más tarde.	Fuerte evidencia
3. El consumo de una droga temprana en la secuencia, como el alcohol o el tabaco, causa el consumo de una droga posterior de la secuencia, por ejemplo el cánnabis.	No hay apoyo para la proposición de causalidad

Adaptado a partir de Kandel y Jessor (Becoña, 1999; Becoña, 2002).

Diversos estudios recientes han valorado el paso desde el consumo de una sustancia durante la adolescencia al consumo de otras sustancias en etapas vitales posteriores. Chen et al. (2002) observaron, en una muestra de más de diez mil adolescentes californianos que el consumo de tabaco predecía el consumo de alcohol y el consumo de tabaco, el posterior consumo de cannabis (Patton, Carlin, Coffey, Sawyer y Wakefield, 2006; Van Ours y Pudney, 2006; Marco, Granstrem, Moreno, Llorente, Adriani, Laviola y Viveros, 2006; Marco, Llorente, Moreno, Biscaia, Guaza y Viveros, 2007). Un estudio sobre las expectativas de 4.544 adolescentes consumidores de alcohol respecto a posibles efectos del cannabis sirvió a Willner (2001) para defender la hipótesis de que el alcohol es una puerta de entrada para el consumo de cannabis. Los resultados obtenidos por este autor muestran que, en los adolescentes que nunca habían consumido cannabis, la frecuencia de consumo de alcohol se relacionaba de forma directa con las expectativas de obtener efectos positivos tras consumir cannabis y, de forma inversa, con las expectativas de resultados negativos. En un estudio más reciente realizado en nuestro país, en una amplia muestra de preadolescentes (n=1.056), se

obtiene también que el consumo de alcohol es un predictor del inicio de consumo de cannabis (Guxens, Ariza y Nebot, 2007).

Aquellos adolescentes que tengan un consumo más intenso y precoz de alcohol y tabaco, tienen más probabilidades de iniciarse en el consumo de cannabis. Así mismo, aquellas personas que, siguiendo este proceso, se inicien precozmente en el consumo de cannabis, es más probable que se impliquen en el uso de otras drogas ilegales. Estudios realizados en distintos países, entre ellos en España han confirmado esta relación positiva entre el consumo de sustancias legales, alcohol y tabaco, en consumidores de cannabis respecto a los que no consumen (Mayet, Legleye, Falissard y Chau, 2010; Mayet, Legleye, Falissard y Chau, 2012; Recio, 1995).

También hay evidencia del papel del cannabis como una sustancia que facilita la escalada para el abuso de drogas como la heroína o la cocaína. Un reciente estudio realizado en Francia sobre una muestra de 29.393 adolescentes, concluye que el inicio del consumo de otras drogas ilegales es 21 veces mayor entre los experimentadores de cannabis y 124 veces más alto entre los consumidores diarios de cannabis que entre los no usuarios. Estudios realizados en Nueva Zelanda, a partir del seguimiento de una cohorte de 1.265 participantes, sirven para respaldar la hipótesis de que el consumo de cannabis en la adolescencia se asocie al consumo posterior de otras drogas ilegales (Fergusson y Horwood, 2000; Fergusson, Boden y Horwood, 2006). También se ha descrito el fenómeno en sentido inverso, en una muestra de adolescentes norteamericanos (National Longitudinal Study of Adolescent Health). En este estudio de seguimiento de seis años de evolución, desde la adolescencia hasta la edad adulta joven, se encontró una asociación significativa, pero poco intensa, entre el consumo de cannabis y la aparición posterior de consumo diario de tabaco y dependencia de la nicotina (Timberlake et al., 2007).

La iniciación al consumo de cannabis, además de estar relacionada con el consumo previo de alcohol y cigarrillos, también está relacionada con la edad del joven, ser varón, baja satisfacción escolar, bajo rendimiento académico, sentirse no querido por la familia, no ser popular y formar parte de un grupo de compañeros que consumen drogas (Werch y Anzalone, 1995; Kandel y Yamaguchi, 1985). Hay varios estudios relevantes que ejemplifican la importancia de estas otras variables en el consumo del cannabis. Kandel y Davies (1992) hicieron un seguimiento de una muestra de estudiantes de secundaria hasta la adultez para comprobar la evolución en el consumo de cannabis. Las variables más influyentes para llevar a cabo esta conducta fueron: el inicio temprano al consumo, tener compañeros con conductas desviadas, baja participación religiosa, bajas expectativas educativas y tener padres consumidores de sustancias. Recio (1995) encuentra que las actitudes de los padres hacia el cannabis es el mejor predictor de la iniciación al uso del

tabaco de sus hijos, así como una actitud percibida como más tolerante por parte de los padres. Sin embargo, para la iniciación del uso del cannabis, las variables más predictivas son el uso del cannabis por parte de los amigos y el rendimiento académico. En cuanto al éxtasis, parece que el consumo de cánnabis, en particular, compartiría muchos factores de riesgo con el consumo de éxtasis (Gagnon, Fallu, Brière y Janosz, 2011).

El gran objetivo de la prevención es retrasar la iniciación del uso de sustancias que son la "puerta de entrada" a otras drogas (Kaminer y Tarter, 1999). Si se previene el consumo de tabaco y alcohol incrementamos la probabilidad de un menor consumo de cannabis y, al tiempo, la prevención del consumo de cannabis previene el consumo de heroína o cocaína (Pentz, 1999). Sin embargo, también hay que tener en cuenta otras variables además del propio consumo o la "sustancia" en sí. El consumo de una droga específica no sólo está relacionado con el consumo previo de otras drogas, en función de la jerarquía propuesta por Denise Kandel, sino que hay otros factores que intervienen en esa relación tales como la personalidad, el estilo de vida y distintos factores ambientales.

La presente tesis doctoral pretende aportar, en este sentido, no sólo una fundamentación teórica que nos ayude a comprender el problema del consumo de drogas y cómo enmarcar, por tanto, la prevención, sino también una buena base empírica que colabore a la elaboración de programas de prevención eficaces. El tratamiento es muy importante para las personas que tienen un trastorno, pero es más importante aún prevenir que nuevas personas lleguen a padecer el mismo.

3.3 ADOLESCENCIA Y CONSUMO DE DROGAS

Un gran número de estudios demuestran que hay una vulnerabilidad a las adicciones relacionada con la edad del consumidor. Tal vulnerabilidad es más elevada en la adolescencia que en la edad adulta y seguramente está relacionada con las especiales características funcionales del sistema nervioso central durante esta etapa de la vida. Además, los trastornos adictivos desarrollados durante la adolescencia, en comparación con los que se desarrollan durante la edad adulta, muestran una tendencia mayor a persistir.

De acuerdo con la revisión de Chambers, Potenza y Taylor (2003), numerosos hallazgos conducen a la conclusión de que durante la adolescencia se produce una preponderancia funcional del sistema dopaminérgico sobre el serotoninérgico. Además en esta época se producen cambios profundos en el lóbulo frontal que favorecen el desarrollo de funciones cognitivas que permiten la inhibición de impulsos que todavía no han experimentado un desarrollo espectacular. Los cambios mencionados se producen a través de un proceso integrado de

sobreproducción y eliminación de sinapsis y receptores (Lynch, 2006). La materia gris prefrontal experimenta un incremento notable desde los primeros años de vida hasta la preadolescencia. Más tarde, entre la adolescencia y la edad adulta joven, la materia gris prefrontal se reduce de volumen. Sin embargo, la materia blanca prefrontal aumenta linealmente desde los 4 hasta los 20 años de edad (Gieddet al., 1999). Ha de destacarse que la reducción de la materia gris prefrontal que se observa al finalizar la adolescencia es selectiva y viene guiada por la influencia del ambiente del individuo (Gieddet et al., 1999). Este fenómeno muestra la importancia decisiva que posee el ambiente para modelar los procesos neurobiológicos, especialmente en estos períodos tempranos del ciclo vital.

Por otra parte, y como ya hemos visto, parece evidente que el consumo repetido de alcohol, cannabis o nicotina durante la adolescencia incrementa el riesgo de que se desarrollen adicciones a otras sustancias diferentes y que tal incremento se de en mayor magnitud en las personas más vulnerables (Agrawal, Kendler, Neale y Pescott, 2004; Baumeister y Tossmann, 2004; Biederman et al., 2006; Fergusson y Horwood, 2000; Gilvery, 2000; Hanna, Yi, Dufour y Whitmore, 2001; Muñoz-Rivas, Cruzado y Graña, 2000) y también para un mayor riesgo de comorbilidad psiquiátrica posterior (Gil, Wagner y Tubman, 2004; Hanna, Yi, Dufour y Whitmore, 2001). Y esto se encuentra en algunos estudios incluso tras controlar factores como el sexo, la edad, el nivel educativo de los padres, y los factores relativos a la comorbilidad psiquiátrica (Brook, Brook, Zhang, Cohén y Whiteman, 2002). Según Kandel (2003) esta implicación secuencial en el consumo de drogas es uno de los hallazgos mejor replicados en la epidemiología.

Pistis et al. (2004) observaron en ratas adolescentes, pero no en ratas adultas, que las neuronas dopaminérgicas del sistema mesolímbico desarrollan tolerancia cruzada persistente a los efectos de la morfina, la cocaína y las anfetaminas tras la exposición a cannabinoides durante la adolescencia. Este resultado sugiere que la exposición a cannabinoides durante la adolescencia modifica la respuesta a las sustancias que inducen adicciones en etapas posteriores de la vida. En concordancia con este resultado, se ha descrito también que la administración de cannabis durante la adolescencia de la rata potencia la autoadministración de heroína durante la edad adulta (Ellgren, Franck y Hurd, 2004).

La adolescencia es una fase en la que se suceden importantes y rápidos cambios y se producen la mayor parte de las experiencias y los contactos con las drogas (Botvin y Botvin, 1992). Así pues, los trastornos adictivos relacionados con la nicotina, el alcohol u otras drogas van a surgir en este periodo (Jessor y Jessor, 1977). Si bien no significa que el consumo se perpetúe en el tiempo. En la hipótesis de la "puerta de entrada" se suele presuponer que la adolescencia es un factor implicado, de modo que el riesgo de desarrollar adicciones subsiguientes es tanto

mayor cuanto más temprano es el consumo de sustancias que son “puertas de entrada” (Hall y Lynskey, 2005).

La adolescencia es además una etapa crítica para la formación de la persona, la búsqueda de autonomía e identidad son elementos definitorios de esta etapa. En la misma, el individuo tiene que desarrollarse a nivel físico, emocional, social, académico, etc. Esto se va a ver favorecido o no por la historia previa, por el apoyo/no apoyo y comprensión de la familia, existencia o no de problemas en la misma, por el grupo de amigos, etc. El consumo de drogas es uno de los aspectos con el que se tiene que enfrentar la persona y decidir, en función de sus valores y creencias, pero también de su medio sociocultural, familiar, amigos, etc., si consumirá o no una vez que se las ofrezcan o sienta la necesidad de acercarse a ellas (Becoña, 2007).

Hasta aquí se han definido brevemente los términos más comunes utilizados en la investigación centrada en la población adolescente, a la vez que se han expuesto las fases por las que los jóvenes suelen progresar en el consumo de sustancias, al ser éstas especialmente determinantes a la hora de evaluar la gravedad del problema y la necesidad de intervención directa.

4 SITUACIÓN ACTUAL DEL CONSUMO DE DROGAS

El conocimiento de la situación de consumo y de los problemas asociados puede permitir orientar las políticas e intervenciones sobre drogas. Para que esto sea posible es necesario contar con sistemas de información y metodologías que ofrezcan datos válidos y fiables. En los marcos español y madrileño, la metodología utilizada ha ido adecuándose progresivamente, para poder disponer de la información objetiva precisa para la planificación de las políticas e intervenciones más idóneas. Los datos obtenidos son contrastados con las diferentes instituciones internacionales que vienen trabajando en este campo (NIDA, Grupo Pompidou, Observatorio Europeo de la Droga y las Toxicomanías).

4.1 CONSUMO PROBLEMÁTICO DE DROGAS

4.1.1 Tratamiento por abuso o dependencia de drogas:

Los centros ambulatorios públicos o con financiación pública que realizan tratamientos del abuso o la dependencia de drogas notifican las admisiones a tratamiento que se producen a lo largo del año siguiendo un protocolo estándar. La Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid dispone de un Registro Acumulado de drogodependientes (RAD) que recoge datos de los pacientes atendidos en los Centros de Atención Integral al Drogodependiente (CAID) siguiendo las especificaciones del Indicador tratamiento del Sistema Estatal de Información en Toxicomanías. La hoja de notificación incluye principalmente información sociodemográfica y sobre consumo de drogas.

En 2011, se ha atendido a 22.022 pacientes en los CAID de la Red Asistencial, de los cuales 7.050 han recibido tratamiento con sustitutivos opiáceos (metadona). El perfil más usual es el policonsumidor pero existen cuatro grandes grupos de pacientes que presentan diferencias importantes en cuanto a sus características, respecto a la droga o drogas que motivan el acceso al tratamiento:

- los que consumen heroína y cocaína y además pueden consumir cualquiera de las otras drogas, que corresponden a un 27% de los atendidos en el año 2011.
- los que consumen cocaína con otras drogas pero no consumen heroína que son el 34% de los atendidos en el 2011.
- los que consumen heroína y otras drogas pero no cocaína que corresponden al 13% de los pacientes.
- el 26% de los atendidos consumen otras drogas distintas de heroína o cocaína (alcohol 14%, cannabis 10%, el resto de las drogas, 2%).

En relación con años anteriores continúa aumentando el porcentaje de los que consumen cocaína pero no heroína y los consumidores de cánnabis, sobre todo entre los más jóvenes.

La gran mayoría (81 %) de los admitidos a tratamiento en 2011 fueron varones. En cuanto a la edad, en 2011, el grupo más numeroso en tratamiento se encuentra en el intervalo de edad comprendido entre 31 y 40 años (37%) y el 2% de los sujetos son menores de 18 años. Los sujetos que inician tratamiento son más jóvenes, el 70% son menores de 40 años, frente al 51% que continúan en tratamiento. El porcentaje de menores de 18 años entre los que inician tratamiento (4%) es mayor que el correspondiente a los sujetos que continúan con él (1%).

4.1.2 Episodios de urgencias hospitalarias por reacción aguda a drogas:

Hasta el año 2010, estos datos se obtenían acudiendo a los archivos de urgencias de los principales hospitales y revisándose las historias clínicas, se seleccionaban aquellos episodios de urgencias que, de acuerdo con los datos anotados en la historia estaban directamente relacionados con el consumo de drogas, siguiendo el protocolo del Observatorio Español sobre Drogas (OED).

En el año 2010 se produjeron tres importantes novedades en cuanto al sistema de información de las urgencias por consumo de sustancias psicoactivas en la Comunidad de Madrid:

- Se rediseñó la muestra de hospitales atendiendo a los cambios en el mapa sanitario de la región y sobre todo teniendo en cuenta el aumento progresivo del número de centros hospitalarios. En función del número de urgencias atendidas y siguiendo criterios geográficos se seleccionaron siete hospitales que atienden cerca de la mitad de las urgencias de toda la Comunidad y casi las dos terceras partes de las relacionadas con el consumo de drogas.
- Se recogieron por primera vez las urgencias por consumo de drogas atendidas en el ámbito extrahospitalario, analizando la información suministrada por los servicios de emergencias sanitarias de la capital (SAMUR y SUMMA).
- Se inició un estudio piloto con los servicios de Bioquímica de los hospitales Gregorio Marañón y Ramón y Cajal con el fin de disponer de información objetiva de las sustancias que se refieren en la historia clínica, a través de la determinación analítica de drogas.

Mediante este sistema de vigilancia se recogen datos de los episodios de urgencias ocurridos en siete hospitales de la Comunidad de Madrid (Getafe, 12 de Octubre, Móstoles, La Princesa, Gregorio Marañón, Ramón y Cajal y La Paz) durante doce meses (una semana elegida al azar de cada mes del año 2011), siguiendo los

criterios de inclusión y exclusión del protocolo del Sistema Estatal de Información de Toxicomanías (SEIT).

En 2011 se recogieron 1.615 episodios de urgencias relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas. En cuanto a las drogas que figuran en la historia clínica, las de consumo habitual, las más frecuentes son los estimulantes y el alcohol, que figuran en la mitad de los episodios (50,1% y 49,9% respectivamente), seguidos por los hipnosedantes (43,2%), cánnabis (35,3%) y opiáceos (17,8%). Si detallamos las sustancias, el alcohol es la que más frecuentemente se menciona en la historia clínica (49,9% del total), seguido por la cocaína, benzodiacepinas y cánnabis; a mayor distancia se sitúan otros opiáceos, heroína y los antidepresivos.

Si tomamos como referencia las drogas relacionadas con la situación de urgencia, aparece en primer lugar el alcohol que está presente en el 43,2% de los episodios; a continuación se sitúan los hipnosedantes (41,2%) y los estimulantes (40,2%), el cánnabis en el 21,5% y los opiáceos en el 11,1%. Si las detallamos, el alcohol ocupa el primer lugar con el 43,2%, le siguen las benzodiacepinas (39,6%), la cocaína con el 37,2%; a continuación se sitúan, el cánnabis, la heroína y los antidepresivos.

Hay que hacer notar, en ambos casos, que los porcentajes no suman el 100% debido a que en la mayoría de los casos los sujetos consumen más de una sustancia, y mencionar también que entre los estimulantes no se incluyen la nicotina y la cafeína.

Después de una tendencia creciente hasta 2006, en cuanto a las sustancias de abuso, la cocaína ha experimentado un progresivo descenso. El consumo de cánnabis ha ido en aumento, superando a los opiáceos al final del periodo. Después de unos años de disminución, muy marcada al principio, los opiáceos llegaron a su punto de inflexión en 2005, a partir de entonces la tendencia ha sido ligeramente ascendente hasta 2008, descendiendo posteriormente. La tendencia del consumo de hipnosedantes ha oscilado desde el aumento hasta 2006 a la posterior disminución hasta 2009, tendencia que se invirtió en 2010, y que vuelve este último año.

Respecto a las sustancias responsables de la urgencia, las tendencias son similares a las de las sustancias de consumo habitual: la cocaína y los opiáceos siguen disminuyendo, mientras que el cánnabis retoma la tendencia ascendente observada desde 2004 e interrumpida en 2010; los hipnosedantes disminuyen después de un fuerte aumento experimentado el año anterior.

4.1.3 Mortalidad por reacción aguda al consumo de sustancias psicoactivas:

Para la obtención del indicador de mortalidad, se recoge el número anual de fallecimientos provocados por reacción aguda al consumo de sustancias psicoactivas, a partir de las notificaciones del Instituto Anatómico Forense de Madrid, mediante un convenio de colaboración científico-técnica con la Agencia Antidroga, siguiendo el protocolo del Observatorio Español sobre Drogas (OED). Solamente se consideran los fallecidos en los que el consumo de estas sustancias ha sido la causa determinante de la muerte. Se incluyen los casos que cumplan al menos uno de los siguientes criterios:

- Presencia de antecedentes de consumo reciente de sustancias psicoactivas.
- Presencia de signos de autopsia compatibles con muerte por reacción aguda al consumo de sustancias psicoactivas.
- Análisis toxicológicos positivos para alguna de las sustancias psicoactivas registrables. Desde 2005 no se incluyen los casos en cuyos análisis toxicológicos se detectan exclusivamente alcohol, hipnosedantes, inhalables volátiles o cualquier combinación de estas sustancias sin presencia de otras drogas psicoactivas.
- Diagnóstico forense de muerte por reacción aguda al consumo de sustancias psicoactivas.
- Edad comprendida entre 10 y 64 años.

El número de fallecidos registrados durante el año 2011 por reacción aguda a sustancias psicoactivas es de 111 que supone una disminución respecto a 2010 (130 fallecidos).

En 2011, tal como sucedía en años anteriores, en la mayor parte de los fallecidos se encontraron varias sustancias. Las más frecuentes son los hipnosedantes, fundamentalmente benzodiazepinas; a continuación los opiáceos y la cocaína; en menores porcentajes se sitúan el alcohol, los antidepresivos, los antipsicóticos y el cannabis.

En los últimos años se observan oscilaciones en la tendencia en casi todas las sustancias salvo en el caso de los hipnosedantes que desde 2007 mantienen la tendencia ascendente. Así, los opiáceos disminuyeron de forma ostensible hasta 2005, fundamentalmente a expensas de la heroína, que a partir de entonces aumenta ligeramente hasta 2008, año a partir del que la tendencia de esta sustancia es descendente de nuevo; el ascenso que se da en los opiáceos a partir

de 2009 se debe básicamente a la morfina. La cocaína mantiene la tendencia descendente observada desde 2008 mientras que el alcohol y los antidepresivos experimentan un repunte en los últimos años.

4.2 CONSUMO NO PROBLEMÁTICO DE DROGAS

Con el objetivo de poder analizar los cambios que se han sucedido en el consumo de drogas en los últimos doce años, con especial atención al consumo de las mismas por parte de los adolescentes, se exponen a continuación los datos más relevantes ofrecidos por diversas encuestas realizadas por organismos e investigadores de prestigio a nivel nacional y autonómico que pueden ser representativas del cambio temporal al haberse llevado a cabo de forma periódica desde el año 1994. Esto nos ofrecerá una referencia clara de la situación actual.

4.2.1 Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES)

Realizada por el Observatorio Español sobre Drogas (OED), que se encuadra en la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Ministerio de Sanidad y Consumo. Se trata de una encuesta bienal (realizada desde 1995) sobre el uso de drogas, dirigida a la población general de 15 a 64 años. La información se obtiene mediante entrevista personal en los hogares, con cuestionario auto administrado. La muestra para 2009/10 fue de 20.109 entrevistados.

Los datos obtenidos más relevantes, son los siguientes: las drogas más consumidas entre la población de 15 a 64 años son el alcohol (84,4% hombres y 72,7% mujeres) y el tabaco (48,4% hombres y 37% mujeres), seguidas del cánnabis (14,8% hombres y 6,2% mujeres) y los hipnosedantes (9,3% en el caso de las mujeres y 4,6% en el caso de los hombres, esta es la única sustancia más prevalente en el caso de las mujeres de mayor edad -35 a 64 años-).

El alcohol es la sustancia psicoactiva más consumida (79%) y se mantiene relativamente estable con respecto a años anteriores aunque se observa un ligero repunte del consumo con respecto a 2007, si bien aumentan los consumos intensivos de alcohol: borracheras y atracones. El consumo de tabaco tiende a la estabilización tras el descenso observado coincidiendo con el debate social previo a la aprobación de la Ley 28/2005 (Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco), si bien se confirma el descenso del consumo diario en mujeres de 15 a 34 años. El cannabis sigue siendo la sustancia ilegal más consumida (11%), manteniéndose estable su consumo desde 2003. La frecuencia del consumo de hipnosedantes disminuye respecto a la anterior campaña de 2007, así como el consumo de cocaína, que desciende por primera vez en

2009/10 tras una etapa alza (1995-2005) y una etapa posterior de estabilización (2005-2007). Por último los consumos de éxtasis, anfetaminas, alucinógenos e inhalables volátiles se mantienen en niveles bajos y estables, como sucede con el consumo de heroína.

Se presentan a continuación los datos obtenidos para una submuestra correspondiente a la Comunidad de Madrid. El tamaño de la muestra correspondiente a la última encuesta disponible en la Comunidad de Madrid fue de 1.854.

En la Comunidad de Madrid durante el año 2009/10, las sustancias psicoactivas con mayor prevalencia de consumo fueron el alcohol y el tabaco, el 94,5% de la población ha probado alguna vez el alcohol, el 79,8% lo ha hecho en el último año, el 62,8% en el último mes y el 10,6% dice beber a diario. El tabaco lo ha probado alguna vez el 77,8% de la población de 15 a 64 años, el 45,6% en el último año, un 41,9% en el último mes y un 32,4% fuma a diario.

Entre las sustancias de comercio ilegal, el cannabis presentó las prevalencias más elevadas en todas las frecuencias de consumo estudiadas: alguna vez en la vida (36,7%), último año (11,6%) y últimos 30 días (8,4%). La cocaína fue la segunda sustancia de comercio ilegal más extendida: el 12,2% de la población la ha probado y un 2% mantiene algún consumo en los últimos 12 meses.

Éxtasis, alucinógenos y anfetaminas presentaron prevalencias de consumo en el último año en torno al 1%, siendo la heroína y los inhalables volátiles las sustancias de menor consumo en la población.

Los hombres presentan prevalencias más elevadas en todas las sustancias, excepto tranquilizantes y somníferos.

El consumo de drogas de comercio ilegal es un fenómeno que se asocia a las edades más jóvenes y que, según se ha observado en la encuesta de 2009, presenta grandes diferencias entre los más jóvenes (15-34 años) y los adultos (35-64).

Se observó una frecuencia mayor en la experimentación en el grupo de 15 a 34 años para cannabis, cocaína, éxtasis, anfetaminas y alucinógenos. En el grupo de 35 a 64 años fue mayor para alcohol, tabaco, heroína e inhalantes.

Para el consumo reciente, se halló mayor consumo en el grupo de 15 a 34 años en todas las sustancias. En el consumo en los últimos 30 días también se observó que los más jóvenes consumen, en proporción, más que los de mayor edad. En el tabaco existe poca diferencia para su consumo diario entre los menores y mayores

de 35 años. Sí se observaron diferencias en el consumo diario de alcohol a favor de los más añosos y a favor de los más jóvenes para el consumo diario de cannabis.

En la Comunidad de Madrid, las cifras de consumo son ligeramente superiores al conjunto del territorio nacional en todas las sustancias excepto en el consumo de cocaína y en el consumo habitual de alcohol, que son ligeramente inferiores.

Evolución del consumo, por sustancias:

- El consumo experimental de **tabaco** que venía descendiendo desde el año 2003 aumenta y en menor medida el de los últimos 12 meses (de 41% a 46%) así como el de los últimos 30 días (de 38% a 42%). Ha aumentado el porcentaje de "ex fumadores", sobre todo entre los jóvenes. La edad media de inicio se mantiene en 16,7 años.
- Los resultados en el consumo de **alcohol** muestran un aumento en las tres frecuencias de consumo con respecto a 2007, situándose en los niveles de 2005. La mayoría de los encuestados consume alcohol los fines de semana, con más frecuencia en la población de 15 a 24 años.
- El consumo experimental de **cannabis** aumenta, manteniéndose estable el nivel de consumo en las otras frecuencias: último año y habitual. La edad media de inicio son los 18,8 años y el mayor consumo se registra entre los 15 y 24 años.
- Aumenta significativamente el consumo experimental de **cocaína** y disminuye ligeramente el consumo esporádico y habitual respecto a 2007. La edad media de inicio son los 21,7 años y el grupo de 25 a 34 años es el que presenta mayor consumo.

4.2.2 Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ESTUDES) del Observatorio Español sobre Drogas (OED)

ESTUDES es una de las operaciones estadísticas de referencia a la hora de conocer determinados aspectos del consumo de drogas entre los jóvenes españoles escolarizados. Se enmarca en la serie de encuestas que han venido realizándose en España de forma bienal desde 1994 con el objetivo de conocer la prevalencia de consumo, las tendencias y las actitudes hacia el consumo de drogas entre los estudiantes de 14-18 años que cursan enseñanzas secundarias. Esta larga trayectoria permite contar con información de relevancia acerca de la evolución del consumo en España. En la medida en que su metodología y cuestionario son similares a los de otros países de la Unión Europea y de Estados Unidos, permite igualmente realizar comparaciones internacionales.

Su objetivo es conocer la situación y evolución del consumo de las drogas entre los adolescentes para obtener información útil para el diseño y evaluación de las políticas dirigidas a la prevención del consumo y de los problemas relacionados con las drogas. Se presentan a continuación los últimos datos obtenidos para cada sustancia en la submuestra de la Comunidad de Madrid, por ser Madrid la ciudad en la que se desarrollará nuestra investigación y por ser esta submuestra la que cuenta con datos más recientes ya publicados. El tamaño final de la muestra para el año 2010/2011 fue de 3.400 alumnos, de un total de 81 centros educativos.

En general, la proporción de consumidores aumenta con la **edad**, entre los 14 y los 18 años, para prácticamente todas las sustancias respecto a la anterior encuesta realizada. El cánnabis es la sustancia cuyo consumo experimenta el mayor incremento entre los 16 y los 18 años, y el alcohol entre los 14 y los 16. Para los psicoestimulantes el incremento se produce más tarde.

La edad media de inicio al consumo ha disminuido para los tranquilizantes sin receta médica, la cocaína y para el resto de sustancias ilegales. Y la edad de inicio para el consumo de alcohol, tabaco y cánnabis ha aumentado ligeramente.

Tabla 3. Edad media de inicio 2006-2010

SUSTANCIAS	Edad media de inicio año 2006	Edad media de inicio año 2008	Edad media de inicio año 2010
Alcohol	13,7	13,7	13,8
Tabaco	13,2	13,2	13,5
Tranquilizantes sin receta	14,1	13,9	13,8
Cánnabis	14,5	14,6	14,7
Cocaína	15,3	15,1	14,1
Heroína	14,1	14,0	12,0
Anfetaminas	15,6	15,2	14,1
Alucinógenos	15,1	15,1	15,0
Sustancias volátiles	13,6	13,5	12,0
Éxtasis	15,3	14,8	14,4

El consumo experimental (consumo una vez en la vida) de todas las sustancias disminuye respecto a años anteriores con la excepción del consumo de tranquilizantes sin receta médica, que aumenta. Destaca la disminución del consumo de cocaína.

El consumo de sustancias en el último año, consumo esporádico, disminuye también con la excepción del consumo de alcohol que presenta un ligero aumento.

El consumo habitual de sustancias, consumo en los últimos treinta días, muestra un descenso en todas las sustancias (con la excepción del consumo de alcohol), destacando especialmente el descenso del consumo de tabaco, cánnabis y cocaína.

Tabla 4. Prevalencias de consumo 2010

Sustancias	Alguna vez	Últimos 12 meses	Último mes
Alcohol	73,2	71,4	58,7
Tabaco	41,5	34,3	27,2
Cánnabis	35,3	28,0	17,5
Tranquilizantes sin receta	10,6	5,7	2,9
Alucinógenos	4,2	2,3	1,2
Cocaína	3,2	2,0	1,4
Sustancias volátiles	2,9	1,4	1,0
Éxtasis	2,5	1,9	1,1
Anfetaminas	1,9	1,2	0,9
Heroína	1,1	0,8	0,6

El análisis del consumo de las diferentes sustancias en **función del sexo**, y teniendo en cuenta las prevalencias del consumo alguna vez en la vida, en los últimos 12 meses y en los últimos 30 días, revela significativas diferencias en los patrones de consumo. Así, los chicos consumen en mayor medida sustancias ilegales, mientras que las chicas presentan mayores proporciones de consumo de tabaco, alcohol y tranquilizantes con o sin receta.

4.2.2.1 Alcohol

El consumo de bebidas alcohólicas está claramente generalizado entre los escolares de 14 a 18 años: el 73,2% de ellos han consumido alcohol alguna vez, el 71,4% los últimos 12 meses y el 58,7% los últimos 30 días. La edad media en la que se consumen por primera vez bebidas alcohólicas se sitúa en los 13,8 años.

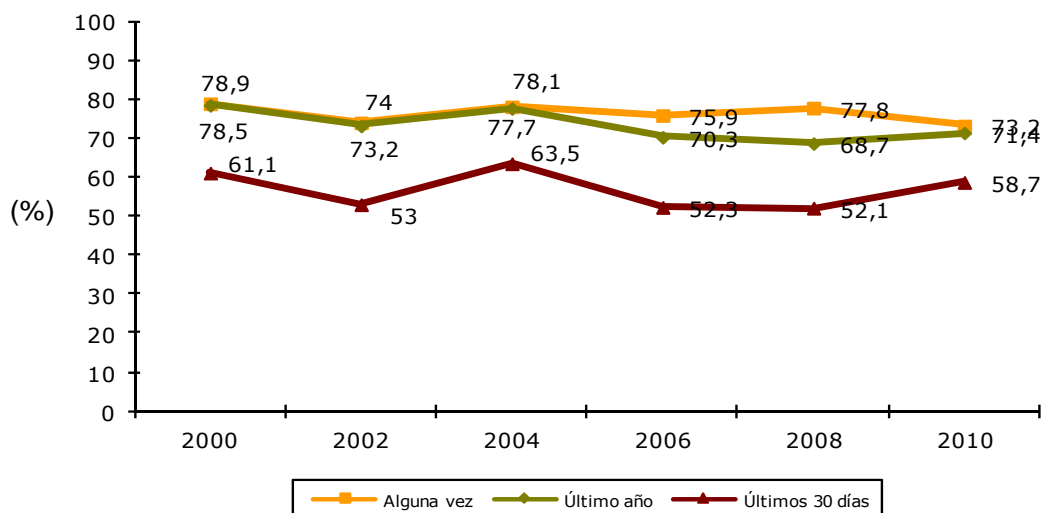


Gráfico 1. Evolución de la prevalencia del consumo de Alcohol en la Comunidad de Madrid

Fuente: Encuestas sobre Drogas a la Población Escolar. Comunidad de Madrid.

El consumo habitual de alcohol continúa en niveles similares a los últimos años, con un ligero aumento, habiendo disminuido el consumo experimental. El consumo diario permanece estable (3,8%).

Por sexos, el consumo de alcohol es superior entre las mujeres respecto a los hombres para las tres frecuencias.

Si atendemos a la edad, la prevalencia del consumo de alcohol aumenta con los años, un aumento que es especialmente significativo en el paso de los 14 a los 15 años.

Atendiendo a la intensidad en el consumo de alcohol, un 57,2% de los jóvenes madrileños reconocieron haberse emborrachado alguna vez en su vida. La prevalencia de atracones de alcohol (5 ó más copas/vasos en un intervalo aproximado de 2 horas) en los últimos 30 días entre el alumnado de Madrid de entre 14 y 18 años fue de un 63,6% (68,2% en hombres y 59,2% en las mujeres). La mayor prevalencia de atracones se encuentra entre los jóvenes estudiantes de 18 años (75,8%).

4.2.2.2 Tabaco

El porcentaje de estudiantes de 14 a 18 años que declara haber consumido tabaco en alguna ocasión se sitúa en el 41,5%. La edad de comienzo de consumo de tabaco se sitúa en los 13,5 años.

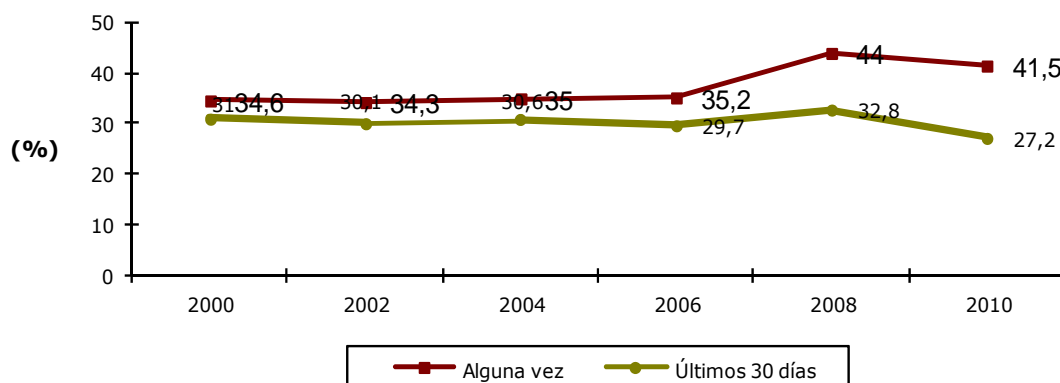


Gráfico 2. Evolución de la prevalencia de consumo de Tabaco en la Comunidad de Madrid

Fuente: Encuestas sobre Drogas a la Población Escolar. Comunidad de Madrid.

El tabaco disminuye en las tres frecuencias de consumo entre los escolares y la edad de inicio se ha retrasado con respecto a años anteriores. El consumo de tabaco se incrementa con la edad, y es superior en las mujeres para todos los grupos de edad y para todas las frecuencias. Un 27% de los estudiantes madrileños de entre 14 y 18 años consume tabaco habitualmente.

4.2.2.3 Cánnabis

El cánnabis sigue siendo, con diferencia, la droga ilegal más extendida entre los estudiantes de 14 a 18 años. El 35,3% de los jóvenes de esas edades dice haber consumido cánnabis alguna vez en su vida. Este porcentaje se reduce al 28% cuando nos remitimos al consumo en los últimos doce meses, y al 17,5% cuando el intervalo temporal de referencia es los últimos treinta días.

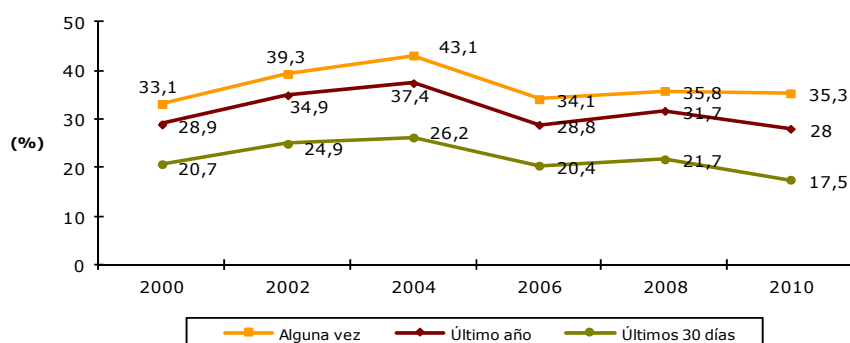


Gráfico 3. Evolución de la prevalencia de consumo de Cánnabis

Fuente: Encuestas sobre Drogas a la Población Escolar. Comunidad de Madrid.

En general, han aumentado los comportamientos considerados de riesgo con respecto al cannabis. Un 4,5% del alumnado entrevistado ha tenido problemas (peleas, accidentes, malos resultados...) debido al consumo de cannabis en los últimos 12 meses (2,9 en 2008).

Si tenemos en cuenta la edad, observamos que la percepción de riesgo que conlleva el consumo de cannabis disminuye conforme aumenta la edad. El riesgo percibido de consumo de cannabis más alto lo encontramos a los 14 años.

4.2.2.4 Tranquilizantes

Al consumo de cannabis, le siguen en importancia los tranquilizantes sin receta. El 10,6% de los menores declara haber consumido al menos una vez en la vida, en los últimos doce meses, el 5,7% y el 2,9% declaró haber consumido en los últimos 30 días. La edad media de inicio al consumo de tranquilizantes sin prescripción son los 13,8 años. Es importante señalar que la evolución observada es al alza.

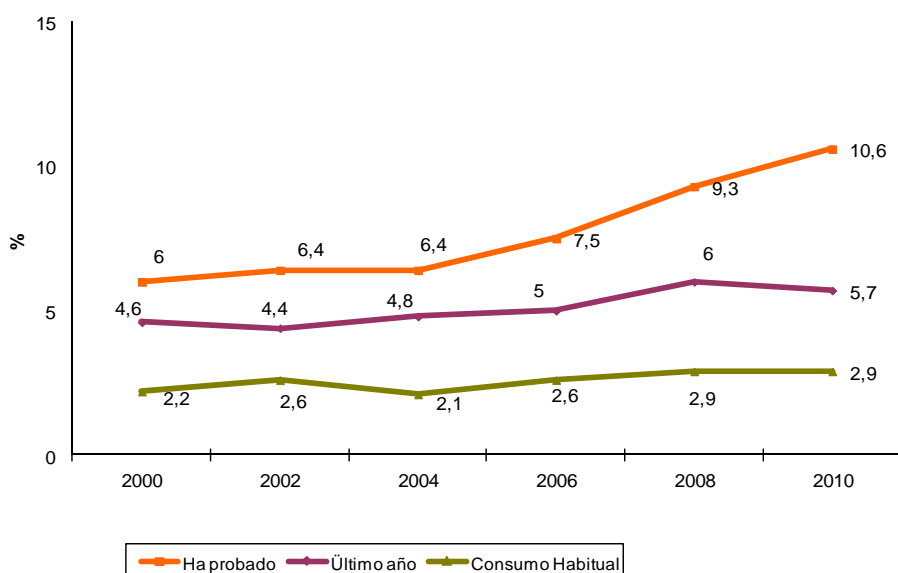


Gráfico 4. Evolución de la Prevalencia de consumo de Tranquilizantes

Fuente: Encuestas sobre Drogas a la Población Escolar. Comunidad de Madrid.

4.2.2.5 Cocaína

En cuanto al consumo de cocaína destaca la importante disminución observada en los tres indicadores respecto al año 2004, tanto es así que se sitúa por primera vez, por debajo del consumo de alucinógenos en el consumo alguna vez (4,2%) y en el consumo durante el último año (2,3%). El 3,2% de los jóvenes de 14 a 18 años de edad han consumido cocaína alguna vez en su vida, el 2% en los últimos doce meses y el 1,4% en los últimos treinta días. La edad media de inicio al consumo de cocaína son los 14,1 años. Las mujeres consumen cocaína en menor medida que los

hombres, siendo la brecha entre unas y otros de 1,9 puntos porcentuales.

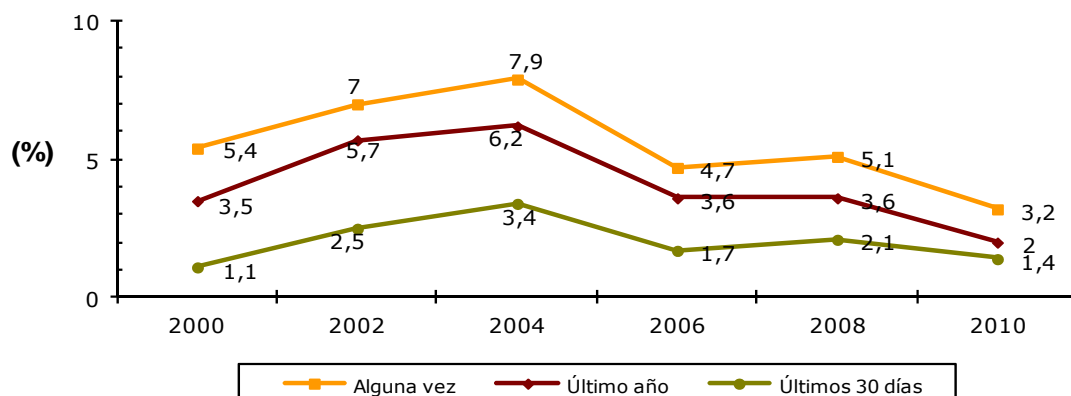


Gráfico 5. Evolución de la prevalencia de consumo de Cocaína

Fuente: Encuestas sobre Drogas a la Población Escolar. Comunidad de Madrid.

4.2.2.6.- Otras sustancias

Las siguientes sustancias por orden de prevalencia son las sustancias volátiles (2,9%), el éxtasis (2,5%) y las anfetaminas (1,9%). La heroína obtiene una prevalencia de consumo del 1,1% para el consumo alguna vez en la vida. La edad media de inicio al consumo de heroína es, junto con los inhalantes, la más temprana, situándose en los 12 años, con significativas diferencias de sexo, de forma más tardía en las mujeres que en los hombres.

En líneas generales, los datos analizados vuelven a señalar la necesidad de detectar, no sólo los porcentajes de consumidores o abstemios en la población adolescente, sino también aquellas variables que puedan predecir tanto el consumo (factores de riesgo) como la abstinencia (factores de protección) y que puedan garantizar la eficacia de las intervenciones dentro del campo de la prevención. Éstos son los objetivos que se pretenden cubrir en los capítulos siguientes y que se verán completados con el trabajo de investigación realizado en la presente tesis doctoral.

5 FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN EN EL CONSUMO DE DROGAS

5.1 INTRODUCCIÓN

El consumo de drogas en la adolescencia es hoy un fenómeno frecuente con niveles de prevalencia globalmente elevados desde una perspectiva histórica y que actualmente parece mantenerse relativamente estable, si bien, en algunas parcelas importantes, como el consumo de cannabis entre los jóvenes, se vislumbran síntomas positivos. Por otra parte, la evolución del mercado de drogas sintéticas presenta indicios preocupantes, como también, en términos más generales, el uso, por parte de los consumidores de drogas, de un mayor número de sustancias. La politoxicomanía, en particular la combinación de drogas ilegales con alcohol y, en ocasiones, con medicamentos y sustancias no reguladas, se ha convertido en la pauta dominante del consumo de drogas en Europa.

El consumo de alcohol y de otras drogas tiene diferentes consecuencias negativas en el desarrollo de los adolescentes, debilita la motivación, interfiere en sus procesos cognitivos, contribuye a la aparición de trastornos del estado de ánimo e incrementa el riesgo de daños accidentales e incluso de muerte. Además de los costes personales y sociales inmediatos del consumo de drogas en la adolescencia, existe otro gran rango de implicaciones para aquellos jóvenes que continúan con el abuso en la edad adulta. El consumo de drogas es una de las principales causas de problemas de salud y de mortalidad entre los jóvenes. De media, en Europa se registran anualmente aproximadamente entre 7.000 y 8.000 muertes inducidas por drogas (envenenamientos mortales atribuibles directamente al consumo de drogas), aunque se sabe que no se informa de todos los casos, por lo que estas cifras deben considerarse una estimación mínima. Además la mortalidad total, es decir, teniendo en consideración enfermedades, accidentes y actos de violencia, entre los consumidores de drogas es hasta 50 veces superior que entre la población general. Esto sugiere que el gasto estatal para atajar el problema de las drogas cuesta al ciudadano comunitario medio 60 euros al año. La importancia relativa de las distintas causas de mortalidad varía según la población, de un país a otro y a lo largo del tiempo. El número de muertes por sobredosis que se han notificado en la Unión Europea en las últimas dos décadas equivale a casi una muerte por sobredosis cada hora. Las investigaciones realizadas indican que, en los últimos veinte años, un elevado número de consumidores de drogas han muerto por otras causas, como el sida o el suicidio (Bargagli *et al.*, 2006; Degenhardt *et al.*, 2009), accidentes y consumo elevado de alcohol.

El uso nocivo del alcohol contribuye de forma importante a la carga mundial de morbilidad, y ocupa el tercer lugar entre los principales factores de riesgo de

muerte prematura y discapacidad a nivel mundial. El consumo nocivo de alcohol es uno de los principales factores de riesgo evitables de los trastornos neuropsiquiátricos y otras enfermedades no transmisibles, como las cardiovasculares, la cirrosis hepática y diversos cánceres. Para algunas enfermedades no hay indicios de un efecto de umbral en la relación entre el riesgo y el nivel de consumo de alcohol. El uso nocivo del alcohol también está relacionado con varias enfermedades infecciosas, como el VIH/sida, la tuberculosis y la neumonía. Una proporción importante de la carga de morbilidad atribuible al consumo nocivo de alcohol consiste en traumatismos intencionales o no intencionales, en particular los debidos a accidentes de tránsito, violencia y suicidios. Las lesiones mortales atribuibles al consumo de alcohol suelen afectar a personas relativamente jóvenes.

El grado de riesgo por el uso nocivo del alcohol varía en función de la edad, el sexo y otras características biológicas del consumidor, así como de la situación y el contexto en que se bebe. Algunos grupos y personas vulnerables como es el caso de los menores presentan una mayor sensibilidad a las propiedades tóxicas, psicoactivas y adictivas del etanol. Por otra parte, el consumo de alcohol y otras drogas produce un daño a terceros a través de molestias vecinales, tales como la alteración del descanso nocturno o la destrucción de mobiliario urbano.

Considerando las graves consecuencias del abuso de alcohol y otras drogas, se han llevado a cabo grandes esfuerzos dirigidos a identificar tratamientos eficaces. Muchos de estos tratamientos han mostrado la forma de conseguir la abstinencia, pero también han señalado la dificultad de que ésta se mantenga a largo plazo. Estas limitaciones y los costes asociados a los programas de tratamiento de la drogadicción han generado un profundo interés por el diseño de modelos preventivos que permitan controlar la conducta de consumo en sus inicios, antes de que adquiera severidad y cronicidad en la vida del individuo.

En los últimos años, se ha potenciado el interés por la prevención tanto del abuso del alcohol como el de otro tipo de sustancias psicoactivas, existiendo actualmente un amplio consenso sobre la conveniencia de disponer de estrategias de prevención eficaces. Dentro de esta línea de actuación, el punto central de la investigación y de los esfuerzos prácticos de intervención preventiva se han centrado en el estudio y comprensión de los precursores de los problemas relacionados con las drogas, que se han venido describiendo como factores de riesgo para el uso/abuso de sustancias. Estos factores anteceden al uso/abuso y se asocian estadísticamente con un incremento de la probabilidad del mismo. En este sentido, los estudios planteados buscan la prevención, eliminando, reduciendo o mitigando la actuación e influencia de estos precursores.

Por otro lado, muchos de los factores de riesgo observados para el consumo de drogas también lo son a la hora de predecir otros importantes problemas de conducta en los adolescentes (Becoña, 2002; Hawkins, Jenson, Catalano y Lishner, 1988; Hawkins, Catalano y Miller, 1992; Cohen, Brook, Cohen, Velez y García, 1990; Contreras, Molina y Cano, 2012; Englund, Egeland y Oliva, 2008; Gervilla, Cajal y Palmer, 2011; Henry, Knight y Thornberry, 2012; Krueger et al., 2002; Krueger, Markon, Patrick, y Iacono, 2005; Muñoz-Rivas, Cruzado y Graña, 2000; Rhodes et al., 2003; Young, Sweeting y West, 2008; Copeland, Angold, Costello y Shanahan, 2009), incluso cuando se controlan otros factores de riesgo (Adalbjarnardottir y Rafnsson, 2002).

En este sentido, existe suficiente evidencia como para sostener que el consumo de sustancias en la adolescencia correlaciona con otro tipo de variables como las actividades antisociales (robo, violencia), ciertos trastornos psicopatológicos y bajos niveles de competencia y autonomía en la edad adulta, la actividad sexual prematura o arriesgada o el absentismo y fracaso escolar (Bentler y Newcomb, 1986; Jessor y Jessor, 1977; Donath et al., 2012; López y Rodríguez-Arias, 2012; Brook, Brook, Montoya y Pahl, 2004; Hughes, Anderson, Bellis y Morleo, 2009; Richardson et al., 2012; Haheisy, Wilens, Biederman, Van Patten y Spencer, 2002; Lillehoj, Trudeau, Spoth y Madon, 2005). Esta covariación llevó a Jessor (1984) a formular el *síndrome de la conducta de riesgo*, después Patterson, Capaldi y Bank (1992) propusieron el *síndrome de la conducta antisocial* y posteriormente, Webster-Stratton y Taylor (2001) desarrollaron un modelo explicativo donde describían factores de riesgo comunes al desarrollo de conductas violentas, delictivas y de abuso de sustancias, que posteriormente ha seguido siendo objeto de investigación (Arthur, Hawkins, Pollard, Catalano y Baglioni, 2002; Glaser, Van Horn, Hawkins y Catalano, 2005; López y Rodríguez-Arias, 2012). Por este motivo, los esfuerzos realizados centrados en la comprensión de los factores de riesgo pueden ayudar, probablemente, al manejo de otros problemas de conducta en adolescentes, además de a prevenir el abuso de drogas. En consecuencia, si la prevención del abuso de drogas es el objetivo final a lograr, deben estudiarse, analizarse y contemplarse todos aquellos factores de riesgo que sean relevantes para el mismo. Tal es el propósito de la investigación centrada en el estudio de los factores de riesgo/protección en la población adolescente, que no sólo pretende detectar aquellas características tanto individuales como ambientales que incrementan el riesgo de consumir drogas en determinados jóvenes sino también determinar aquellas otras que pueden llegar a reducir o atenuar la probabilidad de iniciarse en este tipo de conducta. Esta será la finalidad del presente capítulo en el que, en primer lugar, se expondrán los aspectos de carácter más conceptual y los soportes teóricos que faciliten la comprensión de los factores a analizar, para, en segundo lugar, pasar a realizar una revisión lo más exhaustiva posible de todos aquellos factores de riesgo que han aparecido en la literatura de los últimos años

asociados al inicio y mantenimiento del consumo de sustancias por parte de la población adolescente.

5.2 CONCEPTUALIZACIÓN

Existe un acuerdo unánime entre los investigadores centrados en esta extensa área de trabajo sobre la función básica que cumplen los factores de riesgo y de protección con respecto al inicio y mantenimiento del consumo de sustancias, y es ésta la que conforma su conceptualización más fundamental. Así, las definiciones básicas de ambos conceptos podrían expresarse (Clayton, 1992):

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

A la hora de estudiar los factores de riesgo y de protección implicados en el consumo de drogas es necesario tener en cuenta que hoy existen evidencias empíricas que tienden a avalar la hipótesis de constructor distintos (Wit, Silverman, Goodstadt y Stoduto, 1995; Kim, Zane y Hong, 2002; NIDA, 2003), de modo que los factores de protección serían independientes y, así, con capacidad de ejercer efectos independientes en el comportamiento (Jessor, Banderin, Costa, Turbin y Van Den Vos, 1995). Esta característica se constituye en un elemento importante para la conceptualización de los factores de protección, ya que desde este punto de vista, la protección no se desarrollaría por el solo hecho de evitar la presencia de factores de riesgo, sino que su desarrollo está determinado por factores con capacidad de minimizar el riesgo. Así pues, no es posible atender a los factores predeterminantes de la conducta de forma aislada, sin tener clara la existencia de importantes relaciones de carácter dinámico y recíproco que se establecen entre sus propios componentes y, sobre todo, entre ellos mismos y el uso/abuso de drogas consecuente.

A modo de resumen, los supuestos básicos que caracterizan la investigación sobre los factores de riesgo y protección en relación con el abuso de drogas son los siguientes:

- 1) Un simple factor de riesgo puede tener múltiples resultados.
- 2) Varios factores de riesgo o protección pueden tener un impacto en un simple resultado.

- 3) El abuso de drogas puede tener efectos importantes en los factores de riesgo y de protección entre sí.
- 4) La relación entre los factores de riesgo y de protección entre sí y las transiciones hacia el abuso de drogas pueden estar influidas de manera significativa por las normas relacionadas con la edad.

Un factor de riesgo viene a ser una asociación o correlato entre un sujeto y un resultado, pudiendo evaluarse antes de que haya producido el resultado o utilizarse para dividir a la población en subgrupos de alto y bajo riesgo (Offord y Kraemer, 2000). Por tanto, es algo previo y podemos conocerlo antes de que ocurra el resultado. Offord y Kraemer distinguen tres tipos de riesgo: marcador fijo, factor de riesgo variable y factor de riesgo causal. El factor de riesgo que no puede cambiarse sería el marcador fijo, como el sexo, la fecha de nacimiento, etc. Cuando un factor de riesgo puede cambiar espontáneamente dentro del sujeto o como resultado de una intervención se hablaría de factor de riesgo variable. Cuando un factor de riesgo puede ser manipulable y cuando dicha manipulación cambia la probabilidad del resultado, se llamará factor de riesgo causal. Pero además, aunque encontramos que un factor de riesgo es significativo en su asociación estadística con un resultado, no debemos olvidar que ha de tenerse en cuenta si es de relevancia clínica o social. No es lo mismo la significación estadística en la asociación entre un factor de riesgo o factor de protección y un determinado resultado que la relevancia clínica o social de los mismos.

A pesar del acuerdo de los expertos y de la claridad expuesta a la hora de definir los conceptos de factor de riesgo y de protección, las distintas alternativas propuestas por los diversos grupos de investigadores interesados en comprender la dinámica de los predictores del abuso de drogas no han aportado una única vía de aproximación a este problema tan complejo. Esta aparente disparidad de opiniones y de resultados queda resuelta si se tienen en cuenta una serie de principios fundamentales sobre los que se asientan la comprensión de este tipo de factores dentro de un marco más dinámico, cercano a la realidad de los hechos y lejos del carácter estático de los mismos, expuesto en su conceptualización (Clayton, 1992). Estos son los principios generales que se deben tener siempre en cuenta cuando hablamos de factores de riesgo y de protección:

- Los factores de riesgo (características individuales o condiciones ambientales) pueden estar presentes o no en un caso concreto. Cuando un factor de riesgo está presente, es más probable que la persona use o abuse de las drogas que cuando no lo está.
- La presencia de un solo factor de riesgo no es garantía para que vaya a producirse el abuso de drogas y, por el contrario, la ausencia del mismo no

garantiza que el abuso no se produzca. Lo mismo sucede en el caso de los factores de protección.

- El número de factores de riesgo presentes está directamente relacionado con la probabilidad del abuso de drogas, aunque este efecto adictivo puede atenuarse según la naturaleza y contenido de los mismos.
- La mayoría de los factores de riesgo y de protección tienen múltiples dimensiones medibles y cada uno de ellos influye de forma independiente y global en el uso de drogas.
- Las intervenciones directas son posibles en el caso de algunos de los factores de riesgo detectados y pueden tener como resultado la eliminación o reducción de los mismos, disminuyendo la probabilidad del abuso de drogas. Por el contrario, en el caso de otros factores de riesgo, la intervención directa no es posible siendo el objetivo principal atenuar su influencia y, así, reducir al máximo las posibilidades de que éstos lleven al consumo de drogas.

Si relacionamos el marco de interpretación de los factores de riesgo con la población adolescente, definiremos un joven con alto riesgo para el consumo de sustancias como aquel adolescente que tiene entre 13 y 14 años y que, debido a la presencia de determinadas características y condiciones (factores de riesgo), tiene mayor probabilidad de usar tanto drogas legales como ilegales.

Atendiendo a la definición expuesta, es necesario destacar, que los factores que facilitan el uso de una o varias drogas en su inicio o en el mantenimiento pueden ser características que existan ya dentro del propio individuo. Y el uso o abuso también puede estar relacionado con las condiciones en las que vive el individuo, con las circunstancias externas a él. Como consecuencia, los jóvenes con alto riesgo para el abuso pueden diferenciarse de los que no lo están por las características personales o las condiciones que influyen en la forma de guiar sus vidas. En este sentido, se han enumerado de forma genérica los siguientes factores de riesgo: tener problemas económicos, ser hijos de padres con problemas de abuso de drogas, ser víctimas de abuso físico, sexual o psicológico, ser jóvenes sin hogar, ser jóvenes que abandonan la escuela, jóvenes embarazadas, jóvenes implicados en actos delictivos y/o violentos, jóvenes con problemas de salud mental, jóvenes que han intentado cometer suicidio (Clayton, 1992). Los dos primeros factores de riesgo describen atributos o condiciones externas al individuo que pueden incrementar la probabilidad del abuso de drogas. Es poco probable que el uso de drogas en una persona joven sea la causa de su pobreza o de que sus padres abusen de drogas. Sin embargo, sí es posible que el abusar de drogas haga a la persona más vulnerable a ser víctima de sucesos de riesgo. De esta forma, los seis últimos factores expuestos pueden ser tanto causas como efectos del abuso de sustancias. Esto ilustra un aspecto determinante de la investigación sobre factores de riesgo y

abuso de drogas: el orden temporal y la dirección de la relación entre ambos. Algunas relaciones son claramente asimétricas, mientras que otras son recíprocas.

Finalmente, indicar que, a pesar de ser éste un campo de estudio en el que se ha avanzado con profundidad y rapidez en los últimos años, cuenta con una gran cantidad de problemas asociados. En primer lugar, es necesario considerar el carácter dinámico del fenómeno del consumo y la rápida evolución a la que se encuentra sometido, estableciéndose cambios importantes no sólo en el tipo de sustancias de consumo sino también en los patrones típicos de uso de las mismas. En segundo lugar, es importante recordar que nos encontramos ante una gran cantidad de factores y variables de riesgo que afectan a distintas áreas del individuo (la social, la interpersonal, la psicológica) y que, aunque su implicación ha sido probada en múltiples ocasiones, es necesario ponderar su peso diferencial en la explicación del complejo fenómeno del consumo de drogas.

El estudio de los factores de riesgo y de protección tiene una historia relativamente corta. La mayor parte de la atención se ha dirigido hacia los factores de riesgo para el uso de drogas y no para el abuso de drogas (Rhodes *et al.*, 2003). Asimismo, se necesita un mayor esfuerzo para comprender los factores de riesgo y protección relacionados con la transición en el uso de drogas, desde su inicio, mantenimiento y progresión dentro de las diferentes clases de drogas, el cese y recaída en abuso, sobre el fenómeno de uso múltiple de drogas, etc. (Clayton, 1992).

5.3 CLASIFICACIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO Y DE PROTECCIÓN EN EL CONSUMO DE DROGAS

Tradicionalmente, los factores de riesgo se han agrupado en individuales, contextuales e interpersonales (Hawkins *et al.*, 1992; Moncada, 1997; Petterson, Hawkins y Catalano, 1992). Como hemos visto, los factores de riesgo individuales hacen referencia a la vulnerabilidad biológica, a determinadas tendencias o patrones de conducta, a estados emocionales negativos o a las actitudes favorables hacia el uso de drogas. Los factores de riesgos contextuales o ambientales operan a una escala extensa y alejada de la conducta de consumo. Ejemplos de estas variables serían, las regulaciones legales sobre la venta y el consumo de drogas, los factores culturales, geográficos y económicos, la influencia de los medios de comunicación o los factores de tipo comunitario. Y los factores de riesgo interpersonales tienen que ver con el ámbito escolar, con el grupo de amigos y con el ámbito familiar y juegan también un papel primordial en el inicio y el mantenimiento de las conductas de uso de drogas.

Así, son muy numerosas las clasificaciones realizadas hasta la fecha de los factores de riesgo y de protección (Hawkins, Arthur y Catalano, 1995; Pollard, Catalano,

Hawkins y Arthur, 1997; Becoña, 1999; Belcher y Shinitzky, 1998; Petterson *et al.*, 1992; Hawkins *et al.*, 1992; Clayton, 1992, Graña, Delgado y Muñoz, 2000; Lloyd, 1998 o Moncada, 1997; entre otras).

De estas clasificaciones de los factores de riesgo y de protección en el uso de drogas, las que consideramos como principales referencias son la de Pollard *et al.*, (1997) y en lengua castellana la de Muñoz-Rivas *et al.* (2000) y la más reciente de Becoña (2002).

En la primera de ellas, los factores de riesgo y de protección en el uso de drogas son agrupados en cuatro dominios: comunidad, escuela, familia e individuales. Dentro de la comunidad los factores de riesgo considerados son: bajo apego en la crianza, desorganización comunitaria, transiciones y movilidad, leyes y normas favorables al uso de drogas y disponibilidad percibida de drogas y armas de fuego, siendo los factores de protección los refuerzos por su implicación en la comunidad y las oportunidades para la implicación en la comunidad. En el dominio escolar hay dos factores de riesgo y otros dos de protección. Los de riesgo son el bajo rendimiento académico y el bajo grado de compromiso con la escuela. Los de protección, las oportunidades por su implicación en la escuela y los refuerzos por su implicación en la escuela. Dentro del dominio familiar los factores de riesgo son la baja supervisión familiar, la baja disciplina familiar, el conflicto familiar, la historia familiar de conducta antisocial, las actitudes parentales favorables a la conducta antisocial y las actitudes parentales favorables al uso de drogas. Como factores de protección, el apego a la familia, las oportunidades para la implicación familiar y los refuerzos por la implicación familiar. Finalmente, en el dominio individual y de los iguales, los factores de riesgo que consideran son la rebeldía, la temprana iniciación en la conducta antisocial, las actitudes favorables a la conducta antisocial, las actitudes favorables al uso de drogas, la conducta antisocial de los iguales, el uso de drogas por los iguales, el refuerzo por parte de los iguales de la conducta antisocial, la búsqueda de sensaciones y el rechazo de los iguales. Y como factores de protección, la religiosidad, la creencia en el orden moral, las habilidades sociales y el apego a los iguales.

Muñoz-Rivas *et al.* (2000), en su clasificación, los agrupan en dos categorías, ambientales/contextuales e individuales. En la primera incluyen el grupo de factores que proporcionan las expectativas legales y normativas para la conducta, leyes y normas favorables hacia la conducta, disponibilidad de la droga, estatus socioeconómico, lugar de residencia y desorganización del barrio. En la segunda categoría agrupan todos aquellos factores relacionados con el desarrollo individual, entre los que recogen factores genéticos (fisiológico/químicos, estudios con familias, gemelos y adopción), factores biológico-evolutivos (sexo y edad), factores psicológicos (depresión y ansiedad y características de personalidad –búsqueda de sensaciones, personalidad antisocial, actitudes favorables hacia la droga y ausencia

de valores ético-morales), factores de socialización, incluyendo factores familiares (estructura y composición familiar, estatus socioeconómico familiar, disciplina familiar, relaciones afectivas y comunicación, actitudes y conductas familiares hacia el consumo de drogas), factores relacionados con la influencia del grupo de iguales (asociación con compañeros consumidores, identificación con grupos desviados, rechazo por parte de los iguales y relaciones de apego e intimidad y el tipo de droga consumida y que modulan la influencia del grupo de iguales) y factores escolares (abandono escolar, fracaso académico, y tipo y tamaño de la escuela).

Por último, Becoña (2002) clasifica los factores de riesgo y de protección en: familiares, comunitarios, compañeros e iguales, escolares e individuales, sobre los que nos detendremos en el siguiente apartado.

A pesar de la especificidad de los factores en función de las poblaciones de estudio, en la Tabla 5 se han intentado reflejar a modo de resumen los principales factores de riesgo y de protección señalados en estudios llevados a cabo en nuestro país en los últimos años (Graña, Andreu, Muñoz-Rivas y Peña, 2002; Arbinaga, 2002; Becoña, 2002, 2005, 2009; Bisetto, Botella y Sancho, 2012; Carballo *et al.*, 2004; Cava, Murgui y Musitu, 2008; Contreras, Molina y Cano, 2012; Muñoz-Rivas, Cruzado y Graña, 2000; Espada, Pereira y García-Fernández, 2008; Fernández del Valle, 2004; Gervilla, Cajal y Palmer, 2011; Gracia, Fuentes y García, 2010; Graña y Muñoz-Rivas, 2000a, 2000b; Jiménez, Musitu y Murgui, 2008; López y Becoña, 2006a, 2006b; López y Rodríguez-Arias, 2010, 2012; Martínez y Robles, 2001; Martínez-Gonzalez, Trujillo y Robles, 2006; Pérez, 2010; Pérez, Ariza, Nebot y Sánchez-Martínez, 2010; Rivas y Gimeno, 2012; Romero y Ruiz, 2007; Secades, Fernández y Vallejo, 2004; Villa, Rodríguez y Sirvent, 2006; Villa, Rodríguez y Ovejero, 2010; Villarreal, Sánchez, Misutu y Varela, 2010).

Tabla 5.- Factores de riesgo y de protección asociados al consumo de drogas en adolescentes

Áreas Psicosociales	Factores de riesgo	Factores de protección
Individual	Actitudes favorables hacia el consumo de drogas Presencia de problemas o trastornos afectivos (depresión, ansiedad) Presencia de rasgos de personalidad: agresividad, ira, impulsividad, búsqueda de sensaciones Presencia de trastornos de personalidad del Cluster B Presencia de problemas o trastornos de conducta Ausencia de valores ético-morales Presencia de problemas o trastornos de la conducta alimentaria	Actitudes negativas hacia el consumo de drogas Autoconcepto positivo Presencia de valores prosociales Religiosidad y creencia en el orden social Competencia en habilidades sociales Control de impulsos
Familiar	Familia con historial previo de consumo de drogas o actos delictivos Actitudes familiares favorables o permisivas hacia el consumo Pautas de manejo familiar inconsistentes o inexistentes Ausencia de monitorización parental Estilo familiar autoritario o permisivo Relaciones afectivas deterioradas o inexistentes Pertenencia a hogares con conflicto familiar Ausencia de comunicación familiar	Presencia de relaciones afectivas positivas Comunicación familiar Estilo educacional democrático Efectiva supervisión y monitorización parental Actitudes y conductas familiares contrarias al consumo de drogas Clima de confianza y cercanía Apoyo familiar emocional e instrumental
Grupo de iguales	Asociación con amigos/compañeros consumidores de drogas o violentos Identificación con grupos no convencionales Actitudes del grupo favorables al consumo	Asociación con iguales y compañeros no consumidores Mayor resistencia a la presión del grupo
Escolar	Fracaso escolar Bajo nivel de implicación y apego al centro escolar Conducta antisocial en la escuela Mala relación alumno-maestro	Buen rendimiento académico Autoconcepto académico positivo Participación en actividades extraescolares Compromiso y apego al centro escolar Buena relación afectiva e instrumental con profesores
Social - Comunitaria	Mayor disponibilidad drogas Leyes y normas sociales favorables al consumo Alta movilidad Desorganización comunitaria Desempleo y empleo precario Mensajes pro-uso de drogas en los medios de comunicación Baja percepción social de riesgo frente al consumo de drogas	Menor disponibilidad de drogas Alta percepción de riesgo frente al consumo de drogas Leyes y normas culturales y sociales contrarias al consumo de drogas Existencia de redes sociales y sistemas de apoyo comunitarios Sentimiento de seguridad y pertenencia comunitaria

5.4 REVISIÓN DE LA LITERATURA SOBRE LOS FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN EN EL CONSUMO DE DROGAS

A pesar de la relativamente corta historia del estudio de los factores de riesgo y de protección, contamos actualmente con trabajos sistemáticos que describen y analizan con la suficiente profundidad y rigor la literatura más relevante sobre los factores de riesgo y los factores de protección en el consumo de drogas. Por este motivo, no consideramos necesario proceder a una revisión exhaustiva de dicha literatura científica. Haremos, en cambio, un recorrido por la misma, siguiendo a Becoña (Becoña, 2002) en su revisión, por ser ésta la más completa y reciente con la que se cuenta, a la que añadiremos los hallazgos más relevantes encontrados en los últimos estudios realizados en el ámbito. Este autor, como ya hemos adelantado, clasifica los factores de riesgo y de protección en: familiares, comunitarios, compañeros e iguales, escolares e individuales.

5.4.1 Factores de riesgo y protección familiar

El grupo familiar es uno de los temas más estudiados en las adicciones, al ser el ámbito en el que la persona crece y va desarrollando su personalidad y valores a través de las experiencias vividas en el seno de este primer agente socializador. Dentro de la familia se producen una serie de interacciones sociales que influyen en el curso del desarrollo psicológico de la persona (Arranz, 2004; Justicia y Cantón, 2011).

En un reciente estudio (Arteaga, Chen y Reynolds, 2010) realizado con 1.208 participantes y sus familias, se siguió a un grupo de niños pertenecientes a familias de grupos étnicos minoritarios y con bajos ingresos desde el momento en que se encontraban en preescolar hasta que alcanzaron la edad de 26 años. En este trabajo se analizó la influencia de diversas variables (características sociodemográficas y aspectos familiares, escolares y del grupo de los iguales) en diversas etapas (infancia temprana, infancia, adolescencia) sobre las variables de resultados, todas ellas relacionadas con el uso de sustancias en el momento que cumplían 26 años (edad de primer uso de cada sustancia, abuso y dependencia de sustancias, tiempo que transcurrió desde que se empezó a usar hasta que se producía la dependencia). Los resultados obtenidos indican que las variables familiares tienen una gran importancia para explicar el uso de sustancias. Así, el uso de servicios de protección a la infancia, junto con la presencia de conflicto familiar, tuvo un papel clave a la hora de predecir el uso temprano de las sustancias y la presencia de síntomas de dependencia. También se vio que las variables familiares podían dar cuenta de los resultados obtenidos por otros factores predictivos, tales como la vinculación del joven a otros amigos conflictivos o la movilidad escolar, que tienen influencia a la hora de determinar la prevalencia futura en el consumo de drogas. Por último se encontró que las expectativas de la

familia, evaluadas por los profesores, sobre el éxito académico de los hijos en la infancia predecía la prevalencia de consumo de drogas en la edad adulta. En sentido contrario, se comprobó que la reducción de estrés familiar producido por la pobreza, la promoción de prácticas parentales positivas (educativas y de control), la reducción del conflicto familiar y la evitación del maltrato infantil funcionaban como factores de protección.

El estudio de la familia como potencial determinante del consumo de drogas ha surgido con posterioridad al estudio de este fenómeno desde una perspectiva individual, en la búsqueda de un acercamiento nuevo, globalizado e integrador de factores ecológicos, ambientales y del contexto. El interés por los factores familiares apareció al considerarse que el consumo de drogas, como cualquier conducta, está influido por diversos factores, incluyendo aquellos que intervienen en el proceso de socialización y la propia cultura en que este se desarrolla (incluyendo tradiciones, costumbres, valores transmitidos de una generación a otra, etc.). En este contexto, el estudio de la familia como determinante (tanto previo al consumo de drogas como posterior, en su mantenimiento) ha venido proporcionando una serie de hallazgos relativamente consistentes en el estudio de los factores de riesgo y protección (Kingon y O'Sullivan, 2001; Nunes-Costa, Lamela y Figueiredo, 2009; Petraitis, Flay, Miller, Torpy y Greiner, 1998; Ryan, Jorm y Lubman, 2010; Copello, Velleman y Templeton 2005).

Estos factores podrían agruparse del siguiente modo: 1) estructura y composición familiar, 2) estatus socioeconómico, 3) patrones de crianza: disciplina y control, 4) relaciones afectivas y comunicación, 5) actitudes y conductas familiares relativas al consumo de drogas, y 6) psicopatología familiar. La revisión que sigue, lejos de ser exhaustiva, pretende ilustrar los principales estudios encontrados en este ámbito de investigación y sus hallazgos más esenciales.

5.4.1.1 Estructura y composición familiar

Entre las características familiares relacionadas con la estructura familiar, se ha estudiado la asociación entre el uso de drogas y variables tales como el tamaño de la familia, si la familia es o no monoparental (por fallecimiento de alguno de los padres, separación, divorcio, etc.).

Muchos estudios han señalado que la ausencia de uno de los padres podría predecir el consumo de drogas en los hijos (Longest y Shanahan, 2007; Marshal, 2003; McArdle *et al.*, 2000; McArdle *et al.*, 2002; Miller, 1997; Oman *et al.*, 2007; Secades *et al.*, 2004). Así, los adolescentes que viven en hogares monoparentales o con padrastros tienen más probabilidades de consumir drogas en comparación con adolescentes que viven con sus dos padres (Amey y Albrecht, 1998; Broman, Li y Reckase, 2008; Choquet, Hassler, Morin, Falissard, y Chau, 2008; Hoffman y

Cerbone, 2002; Hollist y McBroom, 2006; Kierkus y Hewitt, 2009). En concreto, se ha indicado que los adolescentes que viven con ambos padres biológicos tienen menos probabilidades de consumir cigarrillos y de beber alcohol que aquellos que viven con un solo padre o en una familia reconstituida (Bjarnason et al., 2003; Brown y Rinelli, 2010; Choquet et al., 2008; Habib et al., 2010; Hoffman y Johnson, 1998; Hollist y McBroom, 2006; Jeynes, 2001; Ledoux, Miller, Choquet y Plant, 2002; Otten, Engels, Van de Ven y Bricker, 2007).

En lo referido al consumo de tabaco y alcohol, Brown y Rinelli (2010) emplearon datos del Estudio Nacional Longitudinal de la Salud Adolescente (*Nacional Longitudinal Study of Adolescent Health; Add Health*), que se llevó a cabo entre 1994 y 1995, realizando entrevistas a adolescentes y sus madres en sus casas. La muestra total estuvo formada por 13.282 personas. Estos autores encontraron que el modelado del consumo de tabaco y alcohol por parte de la madre variaba de manera considerable en función de la estructura familiar. Los adolescentes que vivían en familias con dos padres biológicos casados eran los que menos probabilidades tenían de consumir tabaco, alcohol o ambas sustancias, mientras que los adolescentes que vivían en familias reconstituidas que cohabitaban mostraban niveles excepcionalmente altos de consumo de alcohol, tabaco o ambos. Lo que demostraría que no todas las familias con dos padres son iguales.

En relación con el consumo de cannabis, la estructura familiar influye en el consumo de esta sustancia, de modo que los jóvenes con padres divorciados tienen más probabilidades de consumir cannabis (Hoffman, 1994). Chedid, Romo y Chagnard (2009) llevaron a cabo un estudio con un grupo de adolescentes que presentaban alto riesgo de consumo de cannabis y señalaron que el 75% de los adolescentes que vivían en familias reconstituidas presentaban dependencia del cannabis. En esta misma línea, otros estudios también señalan que el consumo de cannabis es mayor en familias reconstituidas o monoparentales que en familias intactas (Choquet et al. 2008; Hemovich y Crano, 2009; Hoffman y Johnson, 1998; Hollist y McBroom, 2006; Jeynes, 2002; Ledoux et al., 2002). Hollist y McBroom (2006) estudiaron en una muestra de 15.455 jóvenes de Montana (Estados Unidos) el papel que jugaba la estructura familiar y la tensión dentro de la unidad familiar en el consumo de cannabis. El principal hallazgo de este estudio fue que, independientemente del nivel de conflicto en casa, los hijos que vivían con ambos padres tenían menos probabilidades de consumir cannabis. Otros estudios han señalado que niños de 5 años cuyas madres tenían una relación de facto en lugar de casarse, soportaban 1,5 veces más probabilidad de consumir cannabis en la edad adulta, y en la descendencia que había experimentado tres o más cambios en el estado civil materno entre las edades de 5 a 14 años se encontraba 3,5 veces más probabilidad de utilizar cannabis a los 21 años que en aquellos cuya madre mantenía su estado civil estable (Hayatbakhsh et al., 2006).

En cuanto al consumo de otras drogas ilegales, los resultados apuntan en la misma dirección: los adolescentes de familias reconstituidas o monoparentales tienen más probabilidades de consumir drogas ilegales (Hemovich y Crano, 2009; Hoffman y Johnson, 1998; Miller, 1997).

Sin embargo, otros estudios sugieren que, más que la falta de uno de los padres (especialmente en el caso de las madres viudas, divorciadas, etc.), el factor de riesgo podría ser la falta de relación de estas madres con otro adulto, independientemente del rol que éste pudiera adoptar. Secades et al., (2004) sugieren que la variable estructural (familia monoparental) no ejerce un efecto directo sobre el consumo de drogas de los hijos, sino que se debe más bien a la mediación de una variable funcional como es el control familiar. Más recientemente, Habib et al. (2010) encontraron en un estudio sobre gestión y estructura familiar que dicha estructura familiar no era predictor significativo del consumo intensivo de alcohol de los hijos, mientras que la cercanía emocional con el padre y un buen manejo de la familia (establecimiento de reglas sobre el consumo de alcohol y salidas los fines de semana) sí lo eran.

También en relación con la ausencia de uno de los padres del domicilio familiar, se ha estudiado si el divorcio y la aparición de un miembro más dentro del núcleo familiar (debido al hecho de que uno de los padres vuelva a casarse) son o no factores de riesgo para el consumo de drogas. En cuanto al divorcio, existen estudios recientes que claramente lo relacionan con el consumo de drogas (Huurre, Aro, Kaprio et al., 2010), sin embargo Kristjansson, Sigfusdottir, Allegrante y Helgason (2009) subrayan la importancia del conflicto familiar a la hora de entender la relación entre divorcio y consumo de tabaco y alcohol de los adolescentes. Así, se ha indicado que después de la disolución marital de matrimonios altamente conflictivos o volátiles, los hijos informan de sentimientos de alivio y menores niveles de estrés, depresión y ansiedad por lo que las dinámicas monoparentales se convierten en un ambiente preferible para el hijo y les lleva a un menor riesgo en el desarrollo de problemas emocionales o disfuncionales como puede ser el consumo de drogas (Hemovich y Crano, 2009). Algunos estudios sobre estos factores han encontrado efectos asociados al sexo de los hijos. Curiosamente, parece que el nuevo matrimonio de uno de los padres incrementa la probabilidad de consumo de sustancias por parte de las hijas pero no de los hijos varones. En general, los estudios sugieren que estos cambios en la estructura familiar forman parte de un proceso que se prolonga en el tiempo y que conlleva cambios sustanciales en la experiencia de todos los miembros de la familia implicados y que puede llegar a ser un factor de riesgo para el abuso de drogas cuando este hecho se produce en la vida de un adolescente (Muñoz-Rivas et al., 2000).

Por último, en relación con el posible efecto de variables relativas a la estructura familiar tales como el número de hijos, orden de nacimiento o posición entre los hermanos, tampoco existe una conclusión clara y consensuada, si bien suele considerarse que la influencia de estas variables es menor de la esperada (Muñoz-Rivas *et al.*, 2000). Se ha observado en familias urbanas de clase social baja que la presencia en el domicilio de un hermano mayor se asociaba al consumo de alcohol y cannabis, mientras que la presencia de un primo estaba relacionada específicamente con el consumo de cannabis (Wagner, Ritt-Olson, Soto y Unger, 2008). Otros estudios sugieren que tener hermanos, especialmente hermanos mayores, puede tener un efecto protector en el consumo de alcohol, tabaco y drogas ilegales, aunque los estudios que incluyen otros predictores en el contexto familiar suelen concluir que el efecto de la estructura familiar está mediado por factores de riesgo y protección con mayor evidencia de apoyo, tales como el conflicto familiar, apego, etc. (Farrell y White, 1998; Griffin, Botvin, Diaz, Miller y Scheier, 2000; Becoña, 2002; East y Khoo, 2005). Lo cierto es que la estabilidad familiar es un factor de protección para el consumo de drogas (Becoña, 2002).

En este sentido estudios más recientes, como el de Broman *et al.* (2008) proponen que la relación entre consumo de drogas de los hijos y la estructura familiar estaría mediada por variables como la crianza, el consumo de drogas de los iguales, la religiosidad y los problemas en el vecindario. En relación con esto mismo, Brown y Rinelli (2010) señalan que el mayor consumo de alcohol y tabaco en jóvenes de familias monoparentales y familias reconstituidas se debe en parte a un apoyo y control más débil por parte de la madre, al consumo de alcohol y tabaco por parte de la madre y a problemas socioeconómicos más prevalentes en estas familias que en las intactas con ambos padres biológicos. Habib *et al.* (2010) indican que la estructura familiar deja de ser significativa en la predicción del consumo de alcohol, pasando a ser la cercanía emocional con los padres y una buena gestión de la familia (establecimiento de reglas sobre el consumo de alcohol y salidas los fines de semana) los factores que mejor predicen el consumo intensivo de alcohol.

5.4.1.2 Estatus socioeconómico

Las variables asociadas al estatus socioeconómico familiar más estudiadas como factores de riesgo y protección en el uso de drogas son el nivel de estudios y la profesión de los padres y el nivel de ingresos económicos. En su revisión, Muñoz-Rivas *et al.* (2000) concluyen que los diversos estudios no llevan a resultados homogéneos ni consistentes en cuanto al papel determinante de estos factores, y que la asociación encontrada en algunos casos entre estos factores y el consumo de drogas podría ser explicada y mediada por otros predictores como la composición familiar, la red de apoyo social de la familia, etc. Algunos estudios en nuestro país indican que hay alguna evidencia de que el mayor consumo de alcohol se asocia a mayor nivel de estudios de los padres y probable mayor nivel socioeconómico, y en

otros estudios se encuentra una clara relación entre mayor nivel socioeconómico de los padres y mayor consumo de alcohol y de otras drogas en los hijos (Merline, Jager y Schulenberg, 2008). En el lado contrario, aquellos padres en paro o con trabajos eventuales tienen hijos con mayor consumo de drogas. Esto probablemente refleja el papel mediador de otros factores de riesgo y protección bien consolidados, como el hecho de que, por una parte, una mayor disponibilidad de dinero facilita la accesibilidad a las sustancias; y, por otra, a mayores problemas económicos, afectivos y de otro tipo, se incrementa el consumo como una vía de salir o escapar de los mismos (Becoña, 2002). Y si bien la asociación entre los bajos ingresos y los problemas de conducta es robusta, la evidencia específica para el consumo de sustancias parece ser menos clara. Buu *et al.*, (2009) sugieren que el bajo estatus socioeconómico durante la infancia puede aumentar el riesgo de consumo de nicotina y los trastornos por consumo de cannabis en los jóvenes adultos. Lo que vendría a confirmar lo observado anteriormente por otros autores (Brook, Brook, Gordon, Whiteman y Cohen, 1990; Hawkins *et al.*, 1992). Pero, por otra parte, los estudios longitudinales realizados en Estados Unidos y en otros países sugieren, tal y como ya veíamos en estudios nacionales, que el aumento de los ingresos está asociado con mayor frecuencia al consumo de alcohol en los adultos jóvenes (Casswell, Pledger y Hooper, 2003; McMorris y Uggen, 2000).

Sea como fuere, se evidencia la necesidad de más investigaciones para desentrañar la relación entre el estatus socioeconómico y el uso de sustancias.

5.4.1.3 Patrones de crianza: disciplina y control

Un factor de gran relevancia es el tipo de crianza, dentro del que debemos diferenciar dos dimensiones: control y calidez paterna. Unidas, estas dimensiones configuran los cuatro posibles estilos de crianza: *autoritario*, con elevado control y baja calidez; *permisivo*, con bajo control y elevada calidez; *democrático*, con alto control y alta calidez; e *indiferente*, con bajo control y baja calidez (Shaffer, 2000). Craig (1997) señala que las familias en que los padres son autoritarios darán lugar a hijos apartados y temerosos, y que en la adolescencia se pueden volver agresivos y rebeldes en el caso de los varones, o pasivas y dependientes en el caso de las mujeres. Por otra parte, la presencia de padres permisivos aumentará las probabilidades de que los hijos sean autoindulgentes, impulsivos y socialmente ineptos, o bien activos, sociables y creativos, o también rebeldes y agresivos. En este sentido, en nuestro país, Secades *et al.* (2004) obtienen que es el denominado estilo "permisivo" el que estaría asociado al uso de sustancias psicoactivas, debido a que sería el adolescente quien establecería sus propias reglas y límites, junto a la existencia de pocas directrices claras por parte de los padres, evidencia que avalan otros estudios internacionales (por ejemplo, Kosterman, Hawkins, Guo, Catalano y Abbott, 2000). Los hijos de padres con un estilo democrático tienden a tener confianza en sí mismos, un mayor control personal y son más competentes

socialmente. Becoña *et al.* (2011) en su revisión sobre estilos parentales y consumo de sustancias, concluyeron que un estilo de crianza democrático estaba relacionado con un menor consumo de sustancias en los hijos y al parecer, con una menor susceptibilidad a la adicción.

Por último, la existencia de padres indiferentes será el predictor de peor pronóstico para los hijos. Para algunos autores, la llamada "ausencia de monitorización" es el vínculo clave entre las prácticas parentales y el uso de sustancias en los hijos (Lochman, 2006). Estudios longitudinales indican que la falta de monitorización y control del comportamiento de los hijos por parte de los padres puede ser un factor de riesgo para el consumo de drogas posterior más relevante que la impulsividad o la ausencia o alienación de valores morales y convencionales (Barnes, Dintcheff, Hoffman y Welte, 2005; Jackson, Henriksen y Foshee, 1998). Más recientemente, Gracia *et al.* (2010) comparan el efecto de cuatro estilos diferentes de socialización familiar, basados en dos dimensiones: afecto y control. Estos autores encuentran un mayor consumo de alcohol, tabaco y cannabis en los adolescentes cuyos padres basan la socialización en un estilo de bajo afecto y alto control, o de bajo afecto y bajo control, mientras que el consumo de tales sustancias es significativamente menor cuando los padres basan la socialización en un estilo de alto afecto y alto control, o de alto afecto y bajo control (García y Gracia, 2009, 2010).

Otro reciente estudio (Fallu *et al.*, 2010), revisó si la supervisión o el control parental durante la infancia condicionaba la prevalencia de consumo en la adolescencia, si se reforzaba con el nivel de apego padre-hijo, y si dicha supervisión parental podía mediar en otros factores como la exposición a amigos no consumidores. La muestra de este estudio se compuso de 1.037 escolares canadienses de 6 años de edad pertenecientes a familias con bajo nivel económico. Los resultados de consumo de drogas se obtuvieron a la edad de 14-15 años e indicaron claramente que la supervisión familiar tuvo un efecto directo sobre el uso de sustancias, reduciendo la probabilidad de consumo en aquellos adolescentes con más riesgo de consumo, y un efecto indirecto en otras variables relevantes como la selección de compañeros o amigos.

Por el contrario, existe una abundante evidencia que relaciona una efectiva supervisión y monitorización parental sobre las conductas de los hijos con una menor probabilidad de inicio en el consumo de drogas en estos o un retraso en el mismo, así como en otras conductas de riesgo para la salud durante la infancia, adolescencia y edad adulta temprana (Kosterman *et al.*, 2000; Webb, Bray, Getz y Adams, 2010; Chilcoat y Anthony, 1996; Jones, Forehand, Brody y Armistead, 2003; Duncan, Duncan, Biglan y Ary, 1998; Clark, Martin y Cornelius, 2008; Fang, Barnes-Ceeny, Schinke, 2011; Fletcher, Steinberg y Williams-Wheeler, 2004; García, 1992; Hemovich, Crano y Lac, 2011; Ryan *et al.*, 2010; Secades *et al.*, 2004). En el caso concreto del consumo de cannabis, se ha descrito como un claro

factor de protección el conocimiento de las actividades que realizan los hijos adolescentes por parte de sus padres (Farhat *et al.* 2011).

Bobakova, Madarasova, Reijneveld y Van Dijk (2012), analizan los factores de protección del consumo de sustancias en subculturas juveniles, que se caracterizan por un estilo de vida distinto, preferencia por la música, valores y comportamientos compartidos y se asocian con el consumo de drogas. El objetivo del estudio fue explorar si los factores de protección, tales como el control parental, la vinculación parental y la abstinencia de los padres afectaban a la asociación entre la afiliación a la subcultura y el uso de sustancias (tabaco, alcohol, embriaguez y consumo de cánnabis) entre los adolescentes. La muestra del estudio estuvo compuesta por 1.380 alumnos/as, con una edad media de 15,47 años. Los adolescentes afiliados a una subcultura juvenil fueron significativamente más propensos a consumir sustancias a los 15 años de edad que sus pares no afiliados, excepto en cuanto al consumo de cánnabis, en el caso de las chicas. El control de los padres redujo la asociación entre la afiliación a la subcultura y el consumo de drogas en un 31-64% en el caso de las chicas y en un 10-23% en el de los chicos. Sin embargo, la vinculación parental y la abstinencia de los padres no condujeron a ningún cambio.

En su revisión, Muñoz-Rivas *et al.* (2000) concluyen que el riesgo de uso y abuso de drogas suele incrementarse cuando se aplican pautas de crianza y manejo familiar que conllevan la inexistencia de expectativas claras sobre la conducta, estilos educativos y de crianza excesivamente autoritarios o permisivos, pocas e inconsistentes recompensas por la puesta en práctica de conductas positivas y excesiva severidad y castigos inconsistentes asociados a conductas no deseadas. Más recientemente, otros estudios longitudinales han observado que la supervisión parental percibida y la cercanía percibida de los padres disminuye la probabilidad del consumo de drogas en los hijos adolescentes (Cheng y Lo, 2011).

Por tanto, el predominio de un estilo parental u otro, y la percepción que el adolescente tenga del mismo, aumentarán o disminuirán las probabilidades de uso y abuso de sustancias en la adolescencia, así como su mantenimiento posterior (Latendresse *et al.*, 2008). Si bien la asociación con los trastornos por abuso de drogas parece ser más moderada, y en ocasiones parece estar mediada por otros factores de comorbilidad (Kendler, Myers y Prescott, 2000) o individuales (Ramírez *et al.*, 2003), como por ejemplo, el sexo de los hijos, los estilos de comunicación y negociación y la percepción que los hijos tienen acerca de la veracidad de los mensajes recibidos de sus padres, a la hora de influir en el consumo de drogas de los primeros (Borawski, Levers-Landis, Lovegreen y Trapl, 2003).

Parece claro que la familia no ejerce sólo una influencia directa sobre la conducta de riesgo de los jóvenes, castigando, premiando o modelando los comportamientos, sino que también tiene un efecto modulador sobre otros factores de riesgo,

supervisando la idoneidad de los amigos o del entorno escolar. Y si bien, el control parental tiende a disminuir con la edad, se mantiene una mayor protección para los hijos frente al consumo de drogas, si los padres continúan proporcionando supervisión parental (Piko y Balázs, 2012).

5.4.1.4 Relaciones afectivas y comunicación

En el estudio de las relaciones afectivas y de comunicación familiar se han analizado aspectos como el afecto y vínculo afectivo paterno-filial, la comunicación familiar, la cohesión familiar y el conflicto familiar. Las prácticas educativas parentales fundamentadas en la facilidad para establecer comunicación y en la expresión de afecto, apoyo y comprensión, juegan un papel decisivo en el ajuste socioemocional del hijo y en el desarrollo positivo de su autoestima (Buelga y Musitu, 2006; Cava, Murgui y Musitu, 2008; May, Vartanian y Virgo, 2002). En el otro extremo, el conflicto familiar es un factor que facilita el consumo de drogas en adolescentes, como sistemáticamente encuentran los estudios sobre esta cuestión (Becoña, 2002).

Leveridge, Stoltenberg y Beesley (2005), en un estudio realizado con una muestra de edades comprendidas entre los 18 y los 51 años, observaron que la existencia en la familia de origen de un estilo evitativo se asociaba con la presencia de una personalidad de características más defensivas, con quejas de tipo somático, tendencia al aislamiento social, pérdida de cohesión y evitación de conflictos en el ámbito familiar. El estilo de apego ansioso/ambivalente se relaciona con elevadas puntuaciones de los sujetos en ansiedad y depresión. Y en el caso del apego seguro existe una relación inversa con depresión, ansiedad, aislamiento social y evitación familiar de los conflictos. Zimmerman y Becker-Stoll (2002) señalan que los adolescentes que crecen en una familia con un apego seguro, con posibilidad para tratar abierta y directamente los conflictos, tendrán más probabilidades y facilidades para llegar al estadio de logro de identidad, mientras que la existencia de un apego inseguro se asocia al estado de difusión de identidad. En lo que se refiere al consumo de sustancias en la adolescencia, éste puede interpretarse como una estrategia de afrontamiento inadecuada frente al estrés emocional, y se relacionaría con la existencia de un apego no seguro (temeroso-evitativo) (Schindler, Thomasius, Sack, Gemeinhardt y Küstner, 2007). La ausencia de estrategias más adecuadas para la reducción del estrés emocional facilitarían el empleo de drogas, legales o ilegales, convirtiéndolas en una alternativa atractiva en distintas situaciones, entre las que destacarían las de carácter interpersonal, en las que los sujetos se encontrarían más inseguros. De hecho, las familias en las que los dos padres son especialmente temerosos presentan un peor funcionamiento familiar y una mayor comorbilidad con patología psiquiátrica. En los casos en que la madre es segura y el padre preocupado las dificultades son mucho menores,

presentando un mejor funcionamiento individual (Becoña, 2011). Otros estudios también han encontrado que especialmente el apoyo materno se asocia negativamente con el consumo de drogas (Brenner, Bauermeister y Zimmerman, 2011).

El clima familiar es otro factor importante a tener en cuenta, especialmente en lo que a emocionalidad negativa se refiere. Sabemos, por ejemplo, que las dificultades de control emocional de las madres, que suelen ser las que pasan más tiempo con sus hijos, se relacionan de forma directa con un mayor consumo de sustancias por parte de éstos (Brook, Whiteman, Finch y Cohen, 1998). De igual modo, la percepción de abandono, abuso o maltrato procedente del entorno familiar, se asocia con el consumo de sustancias psicoactivas (Secades et al. 2004). Por otra parte, la presencia de conflictos interparentales de carácter destructivo influye también de forma importante en la relación con los iguales, aumentando el riesgo de presentar problemas conductuales y emocionales, así como psicopatologías, en un futuro (David y Murphy, 2007). Por el contrario, la investigación muestra que a medida que aumenta la importancia que se otorga a la familia y a los valores que la rodean, especialmente a la proximidad y a la intimidad con los padres, se incrementa la supervisión paterna sobre las actividades y amistades de los hijos, disminuyen en general las conductas de riesgo de los mismos, y particularmente el consumo de sustancias (Coley, Schlinder y Votruba-Drzal, 2008; Romero y Ruiz, 2007).

Así, en el consumo de drogas, el apego a los padres es un elemento predictivo de gran relevancia, como lo son también el apego a la escuela y a los pares que no consumen drogas (Anteghini, Blum, Fonseca, e Ireland, 2001; McArdle *et al*, 2002). Cuando no hay una buena relación afectiva paterno-filial, el consumo de drogas es mayor que cuando ésta es buena (García, 1992; Farrell y Whait, 1998; Kodjo y Klein, 2002; Secades et al., 2004). La vinculación afectiva sería, por tanto, un factor de protección: cuando hay una buena vinculación afectiva hay adecuados estilos de crianza y se encuentra un buen grado de refuerzos y gratificaciones dentro de la familia. Los estudios realizados en España aportan evidencias que van en esta línea, Secades et al. (2004) obtienen que el vínculo entre la conflictividad familiar y el consumo de drogas en los hijos tiene como nexo el control efectivo sobre el contexto en el que se desenvuelve la conducta de los hijos.

Los resultados de estudios longitudinales apoyan el modelo de interacción familiar, indicando que el vínculo mutuo entre padres e hijos afecta a la presencia o relativa ausencia de valores convencionales en los hijos, la cual a su vez afecta al uso de drogas en adultos jóvenes (East y Khoo, 2005). Ese vínculo mutuo actúa, al parecer, mediante: a) la estabilidad de las relaciones de apego desde la infancia a la edad adulta temprana, b) la estabilidad de la personalidad no convencional y atributos comportamentales desde la infancia a la adultez temprana, y c) la

estabilidad del uso de drogas durante este periodo vital (Brook, Cohen, Finch y Whiteman, 1998; Brook, Cohen, Finch y Whiteman, 2000).

Otra variable importante es la comunicación familiar, la cual es de la máxima importancia en el período adolescente. Cuando esta comunicación es deficiente los problemas surgen tanto para el consumo de drogas como para otras conductas desviadas (Kafka y London, 1991; Ryan *et al.*, 2010). Algunos estudios han diferenciado el papel de la comunicación que se establece entre cada uno de los padres y el riesgo de consumo de distintas sustancias, así Luk *et al.*, (2010) concluyeron en su estudio que la comunicación de los hijos con el padre era protectora frente al consumo de cannabis y que la comunicación con la madre lo era frente al consumo de tabaco.

De cualquier forma, el efecto de este factor de protección o de riesgo relativo a la calidad de las relaciones con los padres no es en modo alguno simple, como tampoco lo es en la mayoría de los diversos factores, de riesgo y protección, sino que su efecto está claramente mediado por otras conductas de los padres que pueden ejercer un notable efecto de modelado sobre la conducta de los hijos.

5.4.1.5 Actitudes y conductas familiares relativas al consumo de drogas

Dentro del estudio de las actitudes y conductas familiares hacia el consumo de drogas es indudable, tal como se ha reflejado en la literatura, que una actitud más favorable hacia el consumo de drogas y una conducta de consumo de los padres se va a corresponder con un mayor consumo de drogas de los hijos, lo cual podría explicarse tanto por el proceso de socialización como por procesos de modelado que van a facilitar el consumo de drogas en los hijos a través del aprendizaje (Guo *et al.*, 2002; Andrews, Duncan y Hops, 1997). Así, los distintos estudios encuentran sistemáticamente que el consumo de drogas de los padres se asocia al consumo de drogas de los hijos y a un patrón más crónico de consumo (Merikangas, Dierker y Fenton, 1998; Pons, Berjano y García, 1996; Pons y Berjano, 1999; Muñoz-Rivas y Graña, 2001; Ryan *et al.*, 2010; Secades *et al.*, 2004). Este efecto se encuentra tanto para el consumo de cigarrillos, como para el alcohol, el cannabis y el resto de drogas ilegales. En un estudio que analiza la influencia de la familia sobre la génesis de los problemas de alcohol en los adolescentes, se indica que los factores transmitidos por los padres explican el 33% y el 56% respectivamente de la varianza en los casos de abuso y dependencia del alcohol (Hartman, Crowley, Hopfer, Lessem, y Stalling, 2006). Otro estudio posterior realizado por Habib *et al.* (2010) indica que una relación emocional entre padre e hijo adolescente cercana disminuye la probabilidad de que el hijo consuma alcohol, si el padre no es consumidor de alcohol; sin embargo, si la relación entre padre e hijo es cercana pero el padre es consumidor de alcohol, el adolescente podría no beneficiarse de la relación aumentando así las probabilidades de que consuma esta sustancia.

El efecto de los padres sobre el consumo de drogas en los hijos es aditivo, siendo mayor si consumen los dos que si sólo consume uno (Brook, Brook, Richter y Whiteman, 2006). Por otra parte, tener un padre con consumo excesivo de alcohol o los dos padres con altos consumos episódicos, predice en particular el consumo temprano y más intenso de los adolescentes (Vermeulen-Smit et al., 2012), así como las expectativas de los hijos respecto al alcohol (Handley y Chassin, 2009). Concretamente, se ha asociado la experimentación con las drogas, la intoxicación repetida y el consumo de alcohol frecuente con la visión de los padres intoxicados (Haugland, Strandheim y Bratberg, 2012).

Por el contrario, cuando los padres no consumen, y tienen una buena estabilidad emocional, el no consumo de los padres es un factor de protección para sus hijos e influye indirectamente incrementando la probabilidad del no consumo de drogas entre los amigos de sus hijos. También se ha hallado un papel relevante del consumo de drogas de los hermanos, especialmente de los hermanos de mayor edad, como factor de riesgo para el consumo de drogas en los hermanos más jóvenes (Halebsky, 1987; Mayberry Espelage, Koenig, 2009; Trim, Chassin y Leuthe, 2006; Whiteman, Jensen y Maggs, 2013), para algunos autores, mayor incluso que cuando los consumidores son amigos, compañeros o adultos (Epstein, Bang y Botvin, 2007).

Las actitudes hacia el consumo constituyen otro factor fundamental en el uso y abuso de sustancias. Algunos estudios han encontrado que las actitudes permisivas de los padres hacia el consumo de drogas es un factor con el mismo peso para explicar el consumo de drogas en los hijos que el consumo real de los padres. Por ello, la tolerancia de los padres hacia el consumo de drogas es un claro factor de riesgo para el consumo de drogas en los hijos (Becoña, 2002; Fang *et al.*, 2011; López y Rodríguez-Arias, 2010; Mares, Van der Vorst, Engels y Lichtwarck-Aschoff, 2011; Secades et al., 2004). No obstante, el efecto de estas actitudes favorables hacia el consumo de drogas en los padres sobre el consumo de drogas en los hijos parece estar en ocasiones también mediada por el tipo de relaciones padre-hijo y por otras variables ambientales: el efecto adverso del uso de drogas en los padres resulta en ocasiones contrarrestado sustancialmente por un estilo de crianza orientado hacia la protección de los hijos (Brook, Brook, De la Rosa et al., 2001).

Por el contrario, una baja tolerancia familiar frente al consumo de drogas protege a los hijos, hay mayor rechazo percibido en la familia y eso parece traducirse en una menor probabilidad de consumir en los hijos. Este mayor rechazo parece evidenciarse también si lo que se explora es la conducta de advertencia o consejo de los padres para que sus hijos se mantengan abstinentes, aunque aquí las diferencias sólo se dan en el caso de las drogas legales (Secades et al., 2004).

5.4.1.6 Psicopatología familiar

La presencia de psicopatología en los padres es un factor de alto riesgo para la aparición de problemas psicológicos y psicopatológicos en los hijos, lo que correlaciona con el uso de sustancias en la adolescencia (Brook, Brook, De la Rosa et al., 2001). Neff (1994) analizó una muestra de 1.784 personas y encontró que las mujeres de la muestra que tenían padres con una enfermedad mental presentaban mayores niveles de depresión, ansiedad, somatización y de consumo de alcohol en comparación con el grupo de padres sin trastorno mental. A su vez, el consumo de sustancias aumenta la probabilidad de desarrollar problemas de salud mental, estableciéndose una relación bidireccional que se retroalimenta, siendo la patología dual un fenómeno relativamente frecuente (Kamon, Budnay, Dumenci y Stanger, 2006).

Algunos estudios intentan esclarecer cómo las propensiones al abuso de los padres con trastornos por uso de sustancias median la asociación entre estos trastornos y la propensión de los hijos hacia la externalización de la conducta en general y del uso de drogas en particular (Brook, Brook, De la Rosa et al., 2001). La existencia de algún trastorno por abuso de alcohol u otras drogas entre los padres es un claro factor de riesgo que predice la ocurrencia de algún trastorno por uso de sustancias en los hijos, especialmente si dicha exposición se produce durante la adolescencia (Kirisci, Tarter y Vanyukov, 2005), independientemente de otros factores de riesgo familiares como la clase social, historia de consumo de drogas en los padres, o factores de riesgo individuales como diversos trastornos psiquiátricos. Además, también predice otros trastornos como la personalidad antisocial (Blackson et al., 1999; García, 1992; Kilpatrick et al., 2000), especialmente si es concurrente con un trastorno de personalidad antisocial en uno de los padres (Kilpatrick et al., 2000), y hermanos, unida al consumo de drogas (Cadoret et al., 2003).

Por su parte, Kumpfer y Bluth (2004) señalan que los trastornos por uso de sustancias (alcohol especialmente) en las madres parecen ser un factor de riesgo asociado a una mayor severidad en el trastorno por uso de sustancias en los hijos. Un estudio realizado en España (Becoña, López, Miguel, Lorenzo y Fernández, 2009) relaciona el consumo de drogas de los hijos, con depresión y ansiedad en las madres. Los resultados indican que las madres cuyos hijos han consumido alguna vez cannabis o cocaína, y que han fumado tabaco en los 6 últimos meses, tienen más sintomatología depresiva. Además, es más probable que hayan consumido alcohol (copas) alguna vez en la vida y en los últimos 6 meses, y que los hijos cuyas madres tienen una puntuación por encima de la media de la población normal en ansiedad rasgo se hayan emborrachado. En este mismo sentido, otros autores también han encontrado relación entre la depresión o la emocionalidad negativa, presente en los padres, y el posterior consumo de drogas (Bayley et al., 2012); Buu et al., (2009) describen la depresión parental como un factor predictivo del

posterior trastorno por consumo de nicotina cuando los hijos llegan a la juventud. De manera similar, Alati *et al.*, (2005) encontraron una relación entre la depresión materna durante la adolescencia de los hijos y un mayor riesgo de estos de experimentar trastornos por consumo de alcohol posteriormente. Sin embargo, Caywood (2007) sugiere que la depresión parental predice un mayor consumo de alcohol en los hijos únicamente en ciertas subpoblaciones que experimentan comportamientos problemáticos.

Otros estudios encuentran que la asociación entre el trastorno por abuso de sustancias en los padres y el posterior uso o abuso de drogas en los hijos está mediada por la afiliación posterior de estos en grupos de pares que consumen drogas o se implican en otras conductas desviadas o de riesgo (Latimer *et al.*, 2004), el ajuste psicosocial de los hijos en la adolescencia (Kirisci *et al.*, 2005), los rasgos individuales en la familia o las variables del contexto familiar (Locke y Newcomb, 2004).

Si nos detenemos en cada sustancia, vemos cómo, en el caso concreto del alcohol, los jóvenes con padres alcohólicos presentan un consumo de alcohol y drogas más temprano y frecuente en comparación con sus iguales que no tienen padres alcohólicos (Brown y Rinelli, 2010; Hussong, Bauer y Chassin, 2008; Hussong y Chassin, 2002; Hussong, Curran y Chassin, 1998; Ritter, Stewart, Bernet, Coe y Brown, 2002; Thompson, Lizardi, Keyes y Hasin, 2008; Weintraub, 1990). También parece que existe una mayor probabilidad de consumo abusivo en los hijos adolescentes conforme aumenta la frecuencia de consumo alcohólico en sus padres (Buelga y Pons, 2004; Buelga, Ravenna, Musitu y Lila, 2006; Fromme y Ruela, 1994; Villarreal *et al.*, 2010).

La investigación sobre los mecanismos de influencia del alcoholismo parental sobre el uso de drogas en los hijos sugieren que esta influencia se ejerce mediante los estados emocionales negativos inducidos y modelados, una monitorización y control parental empobrecido, y mediante una emocionalidad aumentada, estando los dos primeros factores también sustancialmente asociados a la implicación de los hijos en una red de pares y amigos que apoyan la conducta de uso de drogas (Chassin, Pillow, Curran, Molina y Barrera, 1993; Faraone, Biederman, Feighner y Monuteaux, 2000; Hoffmann y Cerbone, 2002). El efecto del alcoholismo familiar también se debe, además de a la emocionalidad negativa y a un menor control, a que los hijos de alcohólicos que más tarde desarrollan trastornos por abuso de drogas tienden a ser más impulsivos y rebeldes (Chassin, Curran, Hussong y Colder 1996), y también a la historia de violencia familiar asociada al alcoholismo en los padres, especialmente en las hijas de padres alcohólicos (Chermack, Stoltenberg, Fuller y Blow, 2000). Otros estudios encuentran que la alta organización familiar, la disciplina, el apoyo parental (King y Chassin, 2004) y los recursos comportamentales de afrontamiento eficaces pueden ser factores de protección

para el posterior uso de drogas en los hijos de alcohólicos (Chassin, Flora y King, 2004) y también en los hijos de padres que consumen otras drogas (Hussong y Chassin, 1997; Kumpfer y Bluth, 2004).

En el caso del tabaco, se sabe que los adolescentes fumadores tienen más probabilidades de tener un padre o una madre fumadores (Brown y Rinelli, 2010; Griesbach, Amos y Currie, 2003; Hu, Griesler, Kandel, Schaffran, 2011; Otten *et al.*, 2007) y se ha indicado que existe una relación "dosis-respuesta", de modo que el riesgo de consumo de tabaco es mayor si son ambos padres los que fuman que si fuma uno solo (Otten *et al.*, 2007). Brown y Rinelli (2010) encontraron en su estudio con 13.282 jóvenes y sus madres, que el modelado del consumo de tabaco y alcohol por parte de la madre variaba de manera considerable en función de la estructura familiar. De manera específica, señalaron que el 22% de las madres en familias intactas eran fumadoras mientras que en las familias en las que la madre biológica convivía con su pareja fuera del matrimonio el porcentaje ascendía al 55% y encontraron que en las familias intactas era menos probable que los hijos fumaran.

Lo visto hasta aquí acerca de la importancia de los trastornos por consumo de drogas en los padres, se podría trasladar a los rasgos de personalidad antisocial o al comportamiento antisocial (López y Rodríguez-Arias, 2010). Las relaciones padres-hijos tienen un carácter bidireccional (Lochman, 2006), así los rasgos de personalidad y los trastornos de comportamiento de los padres pueden afectar a los hijos. Sin embargo, la presencia de trastornos del comportamiento en los hijos también puede influir en la conducta de los padres, facilitando la aparición de patrones de comportamiento que luego pueden ser vistos como inapropiados o disfuncionales. La presencia de niños irritables, que se distraen fácilmente, o con rasgos iniciales de conducta antisocial pueden despertar en los padres estrategias de control excesivamente rígidas y agresivas, o de retirada y abandono, así como incrementar la probabilidad de conflicto y desorganización familiares. En estos casos, las conductas precursoras tenderán a mantenerse y el consumo de drogas puede aparecer posteriormente como una simple consecuencia de la actividad antisocial u opositora del joven.

5.4.2 Factores de riesgo y protección comunitarios

Existe una relación importante entre la comprensión del hombre y del mundo que una sociedad tiene, y el empleo que la misma hace de las distintas sustancias psicoactivas. Los valores predominantes, los estilos de vida y las creencias que el conjunto de la comunidad tenga acerca de las drogas influirán, por tanto, en la elección de las sustancias y en los patrones de consumo de las mismas, constituyéndose como factores de riesgo y protección para el uso, abuso y dependencia por parte de sus individuos (Becoña, 2011).

A la vista del desarrollo acelerado y papel determinante de los ambientes y espacios recreativos nocturnos en el uso y abuso de drogas, necesitamos comprender cada vez mejor la función de las culturas dominantes en la salud en general y en el uso de drogas en particular. La cultura suministra los planteamientos básicos de un modo de vida completo, dando sentido al mundo donde vivimos y a nuestras vidas. Las culturas y subculturas recreativas integradas en los países occidentales modernos son un factor de riesgo social potente e infravalorado que está detrás del desarrollo del uso y abuso de drogas, con su énfasis en lo material y en el individuo y la promoción de imágenes e ideales de vida que no se ajustan demasiado bien a las necesidades humanas ni reflejan las realidades sociales. Este "fraude cultural" puede estar conduciendo a un bienestar disminuido, incluyendo la promoción del uso y abuso de drogas entre los adolescentes y jóvenes y otras conductas de riesgo para su salud y seguridad (MacDonald y Marsh, 2006).

Existe evidencia que indica que diferentes comunidades difieren sustancialmente en su perfil de factores de riesgo y protección para el consumo de drogas, y que esas diferencias están asociadas claramente con los perfiles de consumo de drogas en esas comunidades (Hawkins, Horn y Arthur, 2004). Estos estudios vienen a avalar la utilidad de estudiar sistemáticamente los factores de riesgo y protección de cada comunidad para el uso de drogas y otras conductas de riesgo o problemas, como base para la planificación, desarrollo y monitorización de intervenciones preventivas. Así, se han propuesto distintos factores de riesgo y protección de tipo comunitario. De ellos, los considerados como más relevantes son los siguientes: la privación económica y social, la desorganización comunitaria, los cambios y movilidad de lugar, las creencias, normas y leyes de la comunidad favorables hacia el uso de drogas, la disponibilidad y accesibilidad a las drogas y la percepción social del riesgo de cada sustancia.

5.4.2.1 Deprivación económica y social

Inicialmente cuando se comenzó a estudiar el uso y abuso de drogas hace varias décadas se pensaba que la privación económica y social era un factor clave para explicar el consumo de drogas. Sin embargo, conforme se fue avanzando en el estudio del fenómeno del uso y abuso de drogas y en el estudio de las variables asociadas al mismo, esta perspectiva cambió. Incluso, en ocasiones se afirmaba lo contrario, que era más bien la posibilidad de disponer de una buena cantidad de dinero lo que constituía la causa del consumo de drogas. En su estudio Pons y Berjano (1999) pudieron ver que a partir de una determinada cantidad de dinero se incrementaba la cantidad de alcohol ingerido, de modo que existía una relación positiva entre cantidad de dinero disponible y el consumo de alcohol. En este mismo sentido, recientemente se ha identificado el bajo estatus económico como un factor que protege frente a las borracheras (Donath *et al.*, 2012).

La deprivación económica extrema, entendida como la pobreza, el hacinamiento y el chabolismo, tiene una importante relevancia en el consumo de drogas cuando la persona vive en una cultura donde otros tienen acceso a un gran número de bienes. Algunos autores sugieren que la pobreza es un factor de riesgo para la salud en general y para el uso y abuso de drogas en particular, en mayor medida, en comunidades que prestan menos servicios de asistencia y preventivos que en las que los proporcionan en mayor medida (Hawkins *et al.*, 2004). En tal caso, la persona se siente aislada de ese sistema y sin posibilidades de acceder a los bienes de consumo que otros tienen. Así, la deprivación social, o falta de acceso a bienes sociales que otros tienen es un factor de riesgo, tanto para el consumo de drogas como para otras conductas de riesgo y conductas problema (pequeños hurtos, robos o conductas antisociales). Hay una clara asociación entre delincuencia, marginalidad y consumo de drogas y los factores de riesgo y protección para una y otra conducta suelen ser los mismos o casi los mismos (Becoña, 2002; Jessor, Turbin y Costa, 1998).

Tras muchos estudios sobre la pobreza y otros aspectos de la deprivación, hoy sabemos que la deprivación, en ciertas circunstancias, favorece el consumo de drogas en una parte de las personas deprivadas y, al contrario, que el disponer de dinero, junto a otros factores, favorece el inicio o mantenimiento en el consumo de distintas drogas en contextos no deprivados (Mulia y Karriker-Jaffe, 2012).

5.4.2.2 Desorganización comunitaria

Cuando hablamos de desorganización comunitaria nos referimos a aquellos barrios o comunidades en donde hay un claro deterioro físico (calles mal asfaltadas, aceras rotas, pintadas, suciedad, malos servicios públicos o inexistencia de los mismos, etc.), carencia de sentido de comunidad por parte de las personas que viven en el mismo barrio, robos y delincuencia, carencia de plazas o parques públicos o si estos existen presentan deterioro y un alto nivel de movilidad y transición de las personas que viven en él.

En un ambiente con un importante nivel de desorganización, aumenta la probabilidad de que las personas se vean implicadas en conductas problema, desarrollen conductas antisociales, cometan más actos delictivos y comiencen tempranamente a consumir drogas (Becoña, 2002). Además, en estos entornos suelen concurrir diversos factores de riesgo para el consumo de drogas y otras conductas problema, (ej., bajo nivel de control sobre los hijos, deprivación económica y mayor tasa de paro, índice mayor de alcoholismo, mayor nivel de fracaso escolar, etc.).

En los últimos años se ha prestado una creciente atención a los factores sociales, económicos y culturales, incluido el entorno físico. Buu *et al.* (2009) sugieren que la

inestabilizada del barrio durante la infancia puede suponer un riesgo para el consumo futuro de alcohol, nicotina y cannabis. Por su parte, Byrnes, Chen, Grube y Miller (2011) investigaron acerca cómo el contexto del barrio puede interferir con la capacidad de los padres para ejercer una supervisión eficaz sobre los hijos. Estos autores estudiaron a 415 diadas de madre-hijo, seleccionadas en zonas urbanas y en comunidades de los suburbios del oeste del estado de New York. Los resultados mostraron cómo madres que perciben mayores problemas en el barrio utilizan más el establecimiento de reglas, pero en cambio tienen un desconocimiento mayor del paradero de sus hijos. Siendo el conocimiento del paradero de los hijos una variable que se relaciona con un menor consumo de alcohol y de delincuencia juvenil, a través de su asociación con el uso de sustancias por los pares. Así, las madres que perciben mayores problemas en sus barrios, utilizan estrategias de supervisión menos eficaces.

5.4.2.3 Cambios y movilidad de lugar

En las últimas décadas, la inmigración, la movilidad geográfica, los cambios en el lugar de trabajo, los cambios familiares por separación o divorcio, etc., se han hecho mucho más frecuentes de lo que eran sólo hace unas décadas. En nuestro medio, este proceso de movilidad comunitaria y la consiguiente aculturación en entornos bien diferentes no se ha producido de modo tan acusado como en otros países, no obstante, el fácil acceso y el aumento de la disponibilidad a las sustancias pueden hacer que el desarraigo asociado a la movilidad se convierta en un factor de riesgo para el consumo de drogas. En este sentido, un colectivo especialmente vulnerable frente al consumo de drogas en nuestro país es el de los menores extranjeros no acompañados (MENAs). Se trata de menores que llevan a cabo el proceso migratorio sin acompañamiento familiar y que, en su mayoría, residen en los centros de protección, objeto de la presente investigación. La vulnerabilidad de esta población se asocia al proceso migratorio, el choque de expectativas y la realidad que se encuentran, su condición de adolescentes, la ausencia de referentes afectivos, el contraste con la situación de los adolescentes autóctonos o las dificultades idiomáticas y culturales (Markez y Pastor, 2010).

La relación entre los movimientos migratorios y el consumo de drogas resulta de especial interés debido a dos grupos de factores. Por un lado, existen factores propios del proceso migratorio, ligados al abandono del país de origen y a la adaptación en el país de acogida, que pueden influir en la vulnerabilidad para la exclusión social y en el inicio del consumo de drogas. Por otro lado, se identifican factores relacionados con las pautas de consumo determinadas por la cultura de origen (Secades, Al-Halabi, Fernández y García, 2011).

Hoy sabemos que el desarraigo y la inmigración favorecen el desarrollo de psicopatología, que la aculturación en una nueva cultura produce estrés,

especialmente si requiere adaptarse a una lengua e idioma distintos, por lo que se ha considerado un factor de riesgo para el uso y abuso de alcohol y drogas en diversos estudios (Galea, Rudenstine y Vlahov, 2006; Félix-Ortiz y Newcomb, 1999; Kulis, Marsiglia y Hurdle, 2003; Huriwai, 2002; Ramirez *et al.*, 2003). No obstante también se encuentran estudios donde, no solamente no se observa asociación entre la inmigración y el uso de drogas (Fang *et al.*, 2011), sino que, se observa una tasa menor de uso de drogas y otras conductas de riesgo para la salud en adolescentes (Gfroerer y Tan, 2003). También se ha encontrado en recientes investigaciones cómo los nacidos en el país de destino presentan mayores tasas de consumo de alcohol en comparación con sus contrapartes nacidos en el país de origen (Bacio, Mays y Lau, 2012). Diferentes hipótesis han sido propuestas para explicar los mecanismos que subyacen a esta paradoja del inmigrante, incluyendo la erosión de la protección de los factores culturales a través de las generaciones y una mayor exposición a entornos de pares de riesgo en los países de destino.

Algunos autores sugieren que existe una asociación entre aculturación y uso de drogas mediada por factores familiares tales como la separación y el conflicto familiar (Landrine y Klonoff, 2004) y por características de los pares (McQueen, Greg Getz y Bray, 2003). Parece que cada una de las minorías aumenta su uso de drogas, incluso a medida que aumenta el tiempo de estancia en el nuevo contexto cultural. Existe consenso en que el uso de drogas no es solamente un proceso de adaptación, sino un mecanismo de afrontamiento en lo que se percibe como un entorno hostil y poco acogedor. Parece que se dan más procesos comunes que diferencias, independientemente del lugar y la raza/etnia (Alaniz, 2002).

Un estudio más reciente (Wahl y Eitle, 2010) examina la relación entre la aculturación y el consumo de alcohol por sexo y grupo étnico, utilizando los datos del Estudio Longitudinal de Salud de los Adolescentes de Estados Unidos. En el estudio se explora el uso y consumo excesivo de alcohol en una muestra que incluyó 6.792 blancos no hispanos, 910 mejicanos americanos, 290 cubano-americanos y 336 puertorriqueños. Los resultados revelan que el género modela el efecto de la aculturación, así como el origen étnico y el uso y abuso de alcohol. Por otro lado, entre los inmigrantes de primera generación hay significativamente menos probabilidades que entre los inmigrantes de tercera generación de consumir alcohol y de beber en exceso. Además las trayectorias que siguen el consumo de alcohol y las borracheras difieren significativamente por género y etnia. Estos resultados reafirman la necesidad de ampliar y desarrollar modelos y estrategias de prevención que sean a la vez, específicos de género y cultura.

5.4.2.4 Creencias, normas y leyes de la comunidad favorables hacia el uso de drogas

Entre los factores de riesgo en la comunidad, para el uso de drogas, uno de los más importantes por influyente y a la vez difícil de aceptar y asumir por la comunidad, son las creencias, normas (a veces implícitas) y leyes de la comunidad favorables, permisivas o tolerantes con el uso y abuso de sustancias psicoactivas en general y con las drogas ilegales en particular.

Las creencias que la propia sociedad tenga acerca del uso de sustancias y la percepción de riesgo acerca de las mismas es un importante factor en el riesgo asociado al uso, abuso y dependencia (López y Rodríguez-Arias, 2010; Martínez *et al.*, 2003; Song, Smiler, Wagoner y Wolfson, 2012). Las personas que poseen creencias que recogen un determinado nivel de peligrosidad en el consumo de drogas, las usan en menor grado que aquellas que opinan lo contrario (Becoña, 2002; Gardner y Stinberg, 2005) y esta percepción del riesgo varía sustancialmente de unas a otras sustancias.

Así, la percepción social de una sustancia y el riesgo asociado al consumo de la misma, tendrá una plasmación en las normas legales, que contribuirán a reforzar dicha imagen o a promover la transformación social. La despenalización del consumo privado o el hecho de que las leyes sean más duras con los delitos asociados a la heroína o a la cocaína respecto al cannabis, son sólo dos ejemplos de esta relación (Becoña, 2002). Por otra parte determinados mitos entre los adolescentes sostienen creencias relativas al efecto que podría tener no legalizar el consumo, por ejemplo, de cannabis. Entre los jóvenes, y probablemente entre la población en general, existe la creencia de que prohibir el consumo de determinadas drogas incrementa el deseo de consumo de las mismas, pero entre las motivaciones observadas en diferentes estudios se encuentran las de carácter lúdico, la diversión, experimentar con nuevas drogas, etc. (Calafat, Fernández, Juan y Becoña, 2006).

El incremento de la vida recreativa (Calafat, Fernández, Juan, Becoña y Gil, 2004; World Health Organization, 2004) en los países más desarrollados en los últimos años, con un correlativo consumo de drogas en los espacios recreativos y el mayor acceso a las sustancias por su disponibilidad y precio asequible, ha complicado y extendido más el problema asociado al uso y abuso de drogas, especialmente para las drogas ilegales. Si bien, por otra parte, las políticas de control sobre el consumo de las drogas legales a través de distintas leyes de las comunidades autónomas han demostrado su eficacia.

En este sentido, en los últimos años se han producido importantes cambios en cuanto a legislación y normativa acerca de la publicidad y venta de alcohol y tabaco se refiere. En casi toda Europa la venta de alcohol está controlada por monopolios

estatales o regímenes de permisos. En la mayoría de los Estados miembros de la Unión Europea se ha intentado controlar la venta de alcohol a los jóvenes mediante restricciones de edad (generalmente hasta los 16 ó 18 años) en la venta de alcohol para consumo dentro o fuera del local expendedor. En nuestro país la aparición de nuevas legislaciones, como la Ley 5/2002, de 27 de junio, sobre Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos en la Comunidad de Madrid, ha marcado un punto de inflexión en lo relativo al control de la oferta de drogas dirigida a la población en general y especialmente a los menores, prohibiendo la publicidad tanto de las bebidas alcohólicas, como del tabaco, así como la venta de estas sustancias, junto con sustancias inhalables de venta autorizada, a menores de edad. Además esta Ley limita los lugares en los que se pueden consumir tanto bebidas alcohólicas como tabaco. Este tipo de legislación pretende incidir en el arraigado y socialmente aceptado consumo de estas sustancias en nuestra sociedad.

Wagenaar, Komro y Saloni (2009) realizaron un meta-análisis en el que examinaron 112 estudios, comprobando que se daba una relación significativamente negativa entre los precios e impuestos del alcohol y los índices de ventas y consumo del mismo, siendo cierto incluso para el consumo excesivo, aunque en menor extensión. Así, hoy parece demostrado que las leyes y normas favorables al uso de drogas, así como los bajos costes de las bebidas y del tabaco, aumentan el uso global entre los jóvenes (Carpenter y Cook, 2008; Wagenaar *et al.*, 2009).

Si bien, el análisis de las normas y creencias relativas al consumo de drogas ilegales y su influencia en las conductas de consumo es más complejo. La "normalización" de la percepción del consumo de drogas ha permitido aparcar un modelo explicativo de carácter criminalista que derivaba en actitudes de rechazo y marginación de los consumidores y ha permitido tener una visión más ajustada a la realidad. No obstante, ha favorecido la existencia de percepciones y actitudes favorables al consumo, provocando que la sociedad sea más permisiva hacia el uso de drogas. En lo relativo al consumo de cannabis, en nuestro país, es evidente que se ha producido recientemente una disminución del riesgo percibido en su consumo, lo cual ha coincidido en el tiempo con una mayor disponibilidad y menor coste y como consecuencia ha ido acompañado de un aumento en su consumo. En cambio, las normas y tolerancia para con el consumo de otras drogas ilegales (heroína, cocaína, etc.) son claramente diferentes, y mucho menos favorables al consumo que en lo relativo al cannabis, encontrándose otras sustancias (como las drogas de síntesis) en una posición relativamente intermedia.

Sin embargo, esta tendencia podría estar tímidamente cambiando si se atiende a los análisis recientes que se han realizado de las letras relacionadas con las drogas, de la música popular en lengua inglesa desde los años sesenta, y que ponen de manifiesto que los músicos de hoy en día censuran con mayor frecuencia que en el

pasado los daños que provoca el cannabis y más recientemente el alcohol. Así como si se escuchan las declaraciones de algunos DJs de fama internacional, con una posición clara y explícita en contra del consumo de drogas de síntesis.

De igual manera, se sabe que la publicidad aumenta la probabilidad de que los adolescentes se acerquen al consumo de alcohol, comiencen antes a beber (Anderson, 2009) y aumenten las cantidades de alcohol ingeridas, aunque supuestamente no esté dirigida a este colectivo. Es posible establecer la existencia de una relación "dosis-respuesta", de modo que cuantos más 'spots' se visualizan, más cantidad de alcohol se ingiere y de forma más frecuente (Anderson y Baumberg, 2006; Bulck y Beullens, 2005; Gardfield, Chung y Ratlur, 2003; Jernigan, Ostroff, Ross, O'hara, 2004; Robinson, Chen y Killen, 1998; Sánchez, 2002; Smith y Foxcroft, 2007). En su revisión, Anderson, Hughes y Bellis (2007) ilustran cómo diversos estudios longitudinales han demostrado que el volumen de anuncios publicitarios presentes en el medio social aumentan significativamente la probabilidad de que los adolescentes empiecen a beber. Así mismo, diversas encuestas transversales han encontrado una clara asociación entre la exposición a la publicidad, las intenciones de consumo futuro y el consumo presente de bebidas alcohólicas (Austin, Chen y Grube, 2006; Chen, Grube, Bersamin, Waiters, Keefe, 2005; Collins, Schell, Ellickson y McCaffrey, 2003; Collins, Phyllis, Ellickson, McCaffrey y Hambarsoomians, 2007; Connolly, Casswell, Zhang y Silva, 1994; Ellickson, Collins, Ambarsoomians y McCaffrey, 2005; Stacy, Zogg, Unger y Dent, 2004; Wyllie, Zhang, Casswell, 1998). Los estudios recientes realizados en España confirman estos resultados, como el realizado por Sánchez (2012) en el que se concluye que los adolescentes que tienen un mayor conocimiento de las marcas de bebidas alcohólicas registran mayores frecuencias de consumo de bebidas alcohólicas, ingieren mayores cantidades de alcohol, participan más asiduamente en "atracones de alcohol" y se emborrachan con mayor frecuencia. Asimismo, entre aquellos adolescentes que no han consumido todavía alcohol es más intensa la intención de consumirlo en el futuro.

La exposición a actores que usan alcohol y tabaco en películas también incrementa significativamente el riesgo de consumo temprano de alcohol y predice el abuso del mismo (Wills *et al.* 2009; Shadel *et al.*, 2012). Curiosamente, incluso niveles bajos de exposición a películas en las que se bebe alcohol tienen un efecto significativo en la iniciación y el uso del alcohol (Hanewinkel and Sargent, 2009). La exposición a películas donde los adolescentes consumen alcohol lleva a expectativas positivas de uso, imágenes más favorables de los jóvenes que usan alcohol, incrementa el número de amigos que beben y a su vez predice una mayor disposición a beber y a incrementar el uso de alcohol (Dal Cin *et al.*, 2009). Shadel *et al.* (2012) observan que la exposición a los medios de comunicación "prosmoking" (tabaquismo en películas, publicidad de tabaco, puntos de venta, etc.) en una muestra de

universitarios, se asoció a un mayor riesgo de fumar en el futuro y que Rivas y Gimeno (2012) confirman en España, estos autores obtienen como resultados principales que los adolescentes (5.166 adolescentes de 15 años) expuestos a películas que contienen imágenes de fumadores son más propensos a iniciarse en el hábito de fumar.

5.4.2.5. Disponibilidad y accesibilidad a las drogas

Es obvio que para que se pueda producir el consumo tiene que estar presente la sustancia y ser accesible. En el caso del alcohol, se ha comprobado que cuando éste está más disponible, se produce un incremento importante tanto de la prevalencia de uso de la bebida y de la cantidad consumida, como de la frecuencia de consumo (Gursucho y Butler, 1976; Otero, Mirón y Luengo, 1989). Recientemente se ha podido comprobar cómo la disponibilidad de medicamentos actúa también como un factor de riesgo para el consumo de drogas (López y Rodríguez-Arias, 2010). Si esto es así, las personas que se encuentran en lugares en los que hay un porcentaje alto de personas que consumen drogas, se encuentran claramente en una situación de riesgo mayor que aquellos en cuyo ambiente inmediato no hay consumidores de drogas (Kandel, Baydar y Davis, 1990; Smart, Gray y Bennet, 1978; Pons *et al.*, 1996; Muñoz-Rivas *et al.*, 2000). Por otro lado, cuando el precio es bajo, la probabilidad del consumo es mayor, que disminuye cuando la droga se encarece (Chaloupka, Cummings, Morley y Horan, 2002).

España está a la cabeza en la facilidad de acceso al alcohol y a las otras drogas (European Commission, 2008). En relación a las drogas ilegales, es destacable la encuesta del Eurobarómetro (2011), en la que se pretendía conocer el grado de disponibilidad de drogas entre jóvenes de 15 a 24 años. Según este trabajo que tiene como referencia poblacional la totalidad de la Unión Europea, un 57% de los jóvenes europeos entrevistados afirmaban que podían conseguir cánnabis "fácil o muy fácilmente", en menos de 24 horas, el 22% aseguró que podía comprar sin problemas cocaína o éxtasis en un día, y el 13%, heroína. En relación al cánnabis, también se ha observado en algún estudio reciente realizado en el entorno europeo (Franelić, Kuzman, Simetin y Kern, 2011) que la percepción de disponibilidad parece ser incluso más importante para su consumo que el control parental o que la estructura familiar.

Otro de los factores críticos en la actualidad es la amplia disponibilidad de drogas para ser consumidas en ambientes nocturnos. Resulta evidente la relación actual entre el uso recreativo de las drogas psicoactivas, la música y la vida nocturna. En la década de los treinta, algunos músicos de jazz consumían también cánnabis y cocaína de forma recreativa, el fenómeno del rock and roll en los años sesenta y del punk en los setenta añadieron el consumo de anfetaminas, alucinógenos y una

amplia variedad de medicamentos psicotrópicos. En los años ochenta la MDMA, popularmente conocida como éxtasis, apareció en algunos lugares de Europa y comenzó a ser utilizada en las fiestas nocturnas de baile conocidas como "rave", "acid house" y "tecno". Una década después, la música de baile y el éxtasis se han extendido por toda Europa con la intensidad y la velocidad que cabe esperar en la era digital. La difusión del consumo de drogas y, en particular, del uso recreativo de drogas sintéticas, ha generado la necesidad de buscar respuestas apropiadas a nivel internacional.

Si bien el uso recreativo de las drogas entre la población por lo general es bajo, este tipo de consumo es mucho mayor entre personas que frecuentan los ambientes nocturnos. Las encuestas realizadas en diversos Estados miembros de la UE revelan que la mayor parte del uso recreativo de drogas forma parte de un estilo de vida estable y consumista que se limita a una determinada fase de la vida de los jóvenes antes de que estos asuman responsabilidades laborales y familiares. Sin embargo, parece existir también un núcleo duro de consumidores formado por personas de cualquier edad que hacen un gran uso recreativo de las drogas. Por otra parte, es también preocupante el aumento del consumo de cocaína en algunos Estados miembros de la Unión Europea, consumo que parece asociado al posible desencanto sufrido ante los efectos del éxtasis. La disponibilidad de esta droga unida a su imagen glamorosa sugiere que en los ambientes nocturnos de moda la cocaína podría estar sustituyendo al éxtasis.

La accesibilidad de la sustancia, la forma, el tamaño, la presentación, el modo de obtenerla y el precio, son determinantes importantes para el inicio en el consumo de drogas (Gervilla *et al.*, 2011; Gillespie, Neale y Kendler, 2009; Wills, Evans y Pierce, 1996). La masiva utilización de Internet como nueva red de comercialización de sustancias psicoactivas, también ha favorecido el acceso a estas y la captación de nuevos clientes. Estos sitios buscan una clientela internacional y ofrecen versiones en distintos idiomas, así como diferentes posibilidades de envío al extranjero.

La disponibilidad de drogas, y en definitiva la presencia de consumidores, parece influir en el tipo de representaciones sociales de determinados grupos en relación al consumo de drogas, dado que una mayor incidencia de consumo en el entorno fomentará la creencia de aceptación o percepción favorable del consumo y, como se verá más adelante, estas creencias compartidas entre las personas de un mismo grupo ejercen un poder notable sobre las actitudes relacionadas con el uso o abuso de drogas.

5.4.2.5 Percepción social del riesgo en el uso de cada sustancia

Diferentes estudios demuestran, como ya se ha indicado, que existe una relación inversa entre el riesgo percibido de una droga en particular y el consumo de la misma. Así, a mayor riesgo percibido, menor consumo, y viceversa (Llorens, Palmer y Perelló, 2004), con independencia del nivel de uso (esporádico o habitual) (Beyers, Arthur, Catalano, Hawkins y Toumbourou, 2004; Becoña, 1999; Duitsman y Colbry, 1995; Gillespie et al., 2009; Haller y Chassin, 2010; Moncada, 1997; O'Callaghan, Reid y Copeland, 2006). En cuanto a dicha percepción de riesgo, algunos autores sostienen que esta parece estar más influenciada por el desconocimiento de la persona sobre los componentes de la droga que toma que por los efectos de la droga en sí (White, Degenhardt, Breen, Newman y Proudfoot, 2006).

Son diversos los factores que se asocian con el desarrollo de la percepción del riesgo por parte de las personas de una población sobre una droga específica. En el caso del alcohol, los jóvenes tienden a minimizar los riesgos del consumo abusivo de esta droga. Se tiende a minimizar las consecuencias, bajo la creencia de que puede ser un buen medio para establecer vínculos sociales o puentes de unión con el grupo de iguales, al constituirse en un elemento básico de muchos espacios de diversión (Pascual, 2000). También en cuanto al consumo de cánnabis se ha extendido la idea de que su consumo no produce graves problemas, al no producir aparentemente importantes problemas de dependencia, haber una gran disponibilidad, ser considerada como una droga menos peligrosa que otras, no existir un número de adictos a la misma problemáticos y existir grupos que defienden su consumo y legalización. En cambio, en el caso del tabaco, la información y la concienciación de los profesionales de la salud (en España, un progreso importante, en este sentido, se produjo con la puesta en marcha del Programa del Niño Sano en la Red de Atención Primaria) ha facilitado que se hayan enviado mensajes claros a los pacientes y público en general, lo que, a su vez, ha favorecido una importante reducción de su consumo.

Sea como fuere disponemos todavía de poca información sobre los factores reales, encontrados empíricamente, que expliquen el que las personas incrementen o disminuyan su percepción de riesgo sobre las distintas sustancias, pero de lo que sí existe clara evidencia es de que a mayor riesgo percibido sobre una droga menor consumo y a menor riesgo percibido mayor consumo (López y Rodríguez-Arias, 2010). Y, lo que es aún más importante, los consumidores de drogas con una baja percepción del riesgo, asociada a su consumo, tienen una probabilidad mayor de implicarse en otras conductas problema asociadas al uso de drogas, tales como la conducción de vehículos o la exposición a otras situaciones arriesgadas para la salud y la seguridad (Aitken, Crofts y Kerger, 2000).

5.4.2.6 Factores de protección comunitarios

La investigación en el campo de la prevención del uso y abuso de drogas se ha centrado fundamentalmente en los factores de riesgo y en mucha menor medida en los de protección. Una fuente que ha proporcionado resultados prometedores sobre los factores de protección comunitarios procede de los estudios realizados desde el Modelo de Desarrollo Social de Catalano, Abbott, Hawkins, Kosterman y Newcomb (1996). Este modelo es una teoría general sobre la conducta humana que intenta explicar las conductas antisociales mediante una especificación de las relaciones predictivas durante el desarrollo. Incorpora como pilares básicos los conceptos y efectos de los predictores empíricos (factores de riesgo y de protección) para la conducta antisocial e intenta sintetizar las proposiciones más apoyadas dentro de las teorías del control social, aprendizaje social y teoría de la asociación diferencial. Los constructos de este modelo han sido puestos a prueba en estudios longitudinales y han mostrado repetidamente su capacidad para predecir el uso de drogas en adolescentes y adultos jóvenes (Aitken *et al.*, 2000).

Destacamos, en primer lugar, los que proponen Kumpfer y otros autores (Kumpfer *et al.*, 1998; Catalano, Abbott, Hawkins, Kosterman y Newcomb, 1996), como son la existencia de un sistema de apoyo externo positivo, el apoyo y recursos formales e informales de la familia, las normas, creencias y estándares conductuales contra el uso de drogas, el rendimiento escolar exitoso y el apego a la escuela. Como ejemplo de la existencia de un sistema de apoyo positivo externo en la comunidad, algunos estudios en América muestran cómo la existencia de un adulto de referencia ("mentor") se asocia con una probabilidad sustancial y significativamente menor de llevar a cabo diversas conductas de riesgo para la salud, entre las que se encuentran fumar, consumir drogas ilegales, portar armas y conductas sexuales de riesgo (Kumpfer *et al.*, 1998). Tal como los autores los consideran, la ventaja de estos factores de protección es que, a su vez, sirven de factores para prevenir o reducir el riesgo de pobreza, baja educación o conflictos familiares, los cuales tienen una clara influencia en el consumo de drogas como factores de riesgo, tal y como ya se ha señalado.

Otros factores de protección sugeridos, en una línea similar, son los de Pollard, Catalano, Hawkins, Arthur (2006), quienes consideran los refuerzos por la implicación en la comunidad y las oportunidades para implicarse en la comunidad, derivados también del modelo de desarrollo social de Catalano *et al.* (1996) y de enfoques similares de otros autores (Hawkins *et al.*, 1995; Hawkins *et al.*, 1992; Arthur *et al.*, 2002).

Recientemente, Brooks, Magnusson, Morgany Spencer (2012), han identificado como un factor de protección comunitario el sentimiento de seguridad y pertenencia y cómo este, en los adolescentes, se relaciona positivamente con conductas de

riesgo reducido fuera de casa e indican la importancia de la comunidad en general junto con los padres y la escuela como activos de protección para la salud.

Como factor de protección también se ha estudiado la "resiliencia", que se abordará en detalle más adelante, y que permite explicar el que una parte de aquellas personas que han estado sometidas a condiciones de vida extrema no tengan por qué desarrollar problemas importantes en el futuro si se dan condiciones familiares o sociales que las amortigüen (Fergus y Zimmerman, 2005; Hines, Merdinger y Wyatt, 2005).

5.4.3 Factores de riesgo y protección de los compañeros e iguales

El grupo de iguales va adquiriendo una importancia mayor cada vez en la adolescencia, a la vez que se produce una progresiva independencia de la familia. En este sentido su papel como factor de riesgo y protección para las conductas desviadas en general, y el consumo de sustancias en particular, está ampliamente probado, tanto en su inicio como en su mantenimiento, especialmente cuando existen otras conductas antisociales (Agrawal *et al.*, 2007; Brenner *et al.*, 2011; Feske *et al.*, 2008; Friedman y Glassman, 2000; López y Rodríguez-Arias, 2010).

Al parecer, la afiliación con pares que consumen sustancias durante la adolescencia favorece el desarrollo de prototipos más favorables para los consumos de sustancias, las cuales predicen a su vez el posterior consumo de drogas. Los iguales se convierten, de esta manera, en un referente social dominante para la ingesta de ciertas sustancias psicoactivas, por lo que el consumo del grupo facilitará el consumo de cada uno de sus miembros (Henry, Oetting y Slater, 2005; Villarreal *et al.*, 2010).

Parece que la influencia del consumo de los amigos, por ejemplo, de alcohol, está por encima de la influencia del consumo de los hermanos y el padre (Espada *et al.*, 2008). Harden, Hill, Turkheimer y Emery, (2008) detectan también la influencia del mejor amigo y de los hermanos en el consumo de alcohol y tabaco en una muestra de 26.666 jóvenes estadounidenses y Talbott *et al.* (2008) hallan que la variable "influencia de los amigos" es una de las variables que mejor predice el consumo de alcohol entre los jóvenes. En cambio, los padres parecen influir indirectamente en el desarrollo de estas actitudes favorables hacia el consumo de drogas a través de la influencia sobre la elección que los hijos hacen sobre sus pares (Arteaga *et al.*, 2010; Blanton, Conger, Gerrard, Gibbons y Smith, 1997; Fallu *et al.*, 2010). Determinados factores del clima familiar (autonomía y calor o apego percibido) parecen predecir la implicación posterior en un grupo de pares que desarrollaban conductas de riesgo para la salud, lo cual es en sí mismo un claro factor de riesgo

para el consumo de drogas posterior (Goldstein, Davis-Kean y Eccles 2005). Si bien, la interrelación entre los factores familiares y el uso de drogas parece estar mediada por los factores relativos a los pares y amigos de un modo complejo. Según algunos autores la percepción que los adolescentes y los adultos jóvenes tienen acerca del vínculo con sus familias y la forma de afrontar y resolver los problemas influye notablemente en el modo en que estos adolescentes forman posteriormente vínculos con los pares y amigos y afrontan y resuelven sus situaciones interpersonales (Harvey y Byrd, 2000).

También se ha encontrado en algunos estudios que el potencial efecto de los factores de riesgo interpersonales (relativos a los pares y amigos) y familiares sobre el uso de drogas, está mediado por las habilidades del adolescente relativas a la toma de decisiones y al autorreforzamiento (Harvey y Byrd, 2000). Algunos estudios experimentales encuentran que los adolescentes están más inclinados hacia la adopción de riesgos en la toma de decisiones, que estos adolescentes se enfocan más a los beneficios inmediatos que a los costes de las conductas arriesgadas y adoptan más decisiones de este tipo cuando están acompañados de sus pares y amigos que cuando están solos y que la influencia de los pares en la adopción de riesgos también disminuye con la edad, sugiriendo un papel principal de los pares en la toma de decisiones arriesgadas, principalmente durante la adolescencia (Gardner y Steinberg, 2005). Parece que los amigos estimulan y potencian la afiliación y la identidad a través de la adhesión a ciertas conductas rituales afianzadas en el grupo.

Se han estudiado muchos y muy diversos atributos de los pares y amigos como potenciales factores de riesgo y protección en el uso de drogas. En general, los estudios sobre las características de los pares y amigos durante la adolescencia encuentran que durante esta fase vital, en la cual suele iniciarse y desarrollarse el consumo de drogas, los adolescentes seleccionan pares con características notablemente similares en varios atributos personales (Simons-Morton y Chen, 2006).

En nuestro país, los estudios realizados también apuntan al grupo de amigos como un factor clave en el consumo de drogas. Carballo *et al.* (2004) encuentran que el grupo de amigos, que incluye el consumo de éstos y sus actitudes hacia las drogas, sería el factor que mejor predice el consumo de sustancias psicoactivas. Obteniendo resultados similares a los que ya se habían hallado en otros estudios previos (Reifman, Barnes, Dintcheff, Farrell y Uhteg, 2001; Turrisi, Hughes y Wiersma, 2000). Según estos autores, la presión de los iguales, el reforzamiento social y el modelado son los efectos que podrían explicar esta evidente relación, aunque es probable que también exista una selección previa por parte del joven consumidor, de forma que la relación se da en ambos sentidos (Carballo *et al.*, 2004). Un reciente estudio longitudinal vuelve a confirmar estos resultados; Pérez *et al.*

(2010) se propusieron analizar los factores relacionados con el inicio del consumo de cánnabis entre adolescentes para lo cual aplicaron un cuestionario a 2.043 adolescentes de 14 y 15 años en la ciudad de Barcelona. Adolescentes a los que siguieron durante 15 meses. Entre los factores que resultaron estar relacionados con el inicio del consumo de cannabis se encontraba tener amigos que usaban cannabis, pero sólo en el caso de las chicas y no en el de los chicos. En cambio, frecuentar bares o discotecas aparece como un claro factor de riesgo en el caso de los chicos.

En los últimos años también han aparecido una serie de investigaciones que se han centrado en el factor específico de los pares en la adolescencia y en su relación con la trayectoria de los trastornos por uso de sustancias, así por ejemplo Lee *et al.* (2012), encuentran cómo la influencia de los compañeros que consumen alcohol parece influir en los síntomas del trastorno por abuso de alcohol a los 20 años. En relación al tabaco, parece que el tabaquismo precoz se explica mejor por la relación del pre-adolescente con un mayor número de amigos que fuman y por tener hermanos fumadores (Kelly *et al.*, 2010; Pollard, Go, Green, Kennedy y Tucker, 2010), siendo esto también cierto en el caso de otras sustancias, en las que su consumo por parte de buenos amigos, aumenta el uso de éstas por parte de los adolescentes (Glaser, Shelton y Van der Bree, 2010).

También existen investigaciones que han profundizado en las relaciones románticas entre adolescentes y su asociación con el consumo de drogas. Parece que las relaciones románticas precoces predicen significativamente el consumo de tabaco durante la adolescencia, tal y como revela un estudio londinense realizado con más de 4.000 adolescentes. Este estudio precisa que tener novio o novia a los 11 ó 12 años es un potente predictor del inicio en el consumo de tabaco. Comparados con quienes a esas edades no tienen pareja, el riesgo de consumo fue de 3 a 9 veces mayor en las chicas y de 2 a 6 veces en los chicos (Fitler *et al.*, 2006). Si bien la influencia de la pareja romántica se produce más allá de la precocidad de la relación, en adolescentes de 15-16 años de edad, pasar de no tener novio/a a tenerlo/a aumenta significativamente la probabilidad de empezar a fumar si la pareja también lo hace (Mermelstein, Colvin y Klingemann, 2009). Este efecto se produce sobre todo en los chicos.

Los factores de riesgo de los compañeros e iguales que se consideran más importantes, son: compañeros que consumen drogas, actitudes favorables hacia el consumo de drogas, conducta antisocial, delincuencia temprana y rechazo por parte de los iguales.

5.4.3.1 Actitudes favorables hacia el consumo de drogas entre los pares

El tener actitudes favorables hacia el consumo de drogas, como en cualquier otra conducta, es un claro predictor del posterior consumo de las mismas (Hawkins *et al.*, 1992; Hawkins *et al.*, 1995).

Las actitudes de los compañeros hacia el consumo de sustancias y la percepción que el adolescente tenga sobre estas, incide en las propias actitudes y conductas. Así, el uso percibido de alcohol por parte de los iguales predice el uso de alcohol (Champion *et al.*, 2008; Foley, Altman, Du-Rant y Wolfson, 2004; Maxwell, 2002; Reboussin *et al.*, 2006; Snyder y Fleming-Milici, 2005) y cannabis en el propio sujeto, y el uso percibido de cannabis en los iguales predice el de alcohol (D'Amico y McCarthy, 2006). La percepción de un mayor apoyo para el consumo de alcohol entre los adolescentes se ha visto confirmada en estudios más recientes (Song *et al.*, 2012).

Esta actitud favorable puede verse facilitada en su desarrollo por las actitudes favorables de la familia, de los iguales o de distintos factores de riesgo individual y escolar hacia el consumo de drogas. En el caso de los compañeros e iguales, aunque el sujeto no esté expuesto de modo notable a factores de riesgo previos hacia el consumo de drogas, el relacionarse con otras personas que tienen dichas actitudes, o incluso que ya han consumido, aumenta las probabilidades de consumo, tanto por efectos de conformidad a las normas y actitudes grupales, como por efecto del aprendizaje por modelado.

5.4.3.2 Compañeros y pares que consumen drogas

El relacionarse con compañeros que consumen drogas es un claro factor de riesgo para el consumo de drogas (Andrews, Hops, Li y Tildesley, 2002). Toda una serie de estudios encuentran consistente que salir o realizar actividades con personas de la misma edad que consumen drogas es un fuerte predictor del uso de sustancias en jóvenes (Becoña, 1999; Becoña, 2000; Becoña, 2001; Fergusson, Lynskey y Horwood, 1995; Fleming, Abbott, Catalano y Haggerty, 2010; Gervilla *et al.*, 2011; Hawkins *et al.*, 1992; Jenkins, 1996; Jessor y Jessor, 1977; Kandel *et al.*, 1990; Latimer *et al.*, 2004; Mayberry *et al.*, 2009; Muñoz-Rivas *et al.*, 2000; Rhodes *et al.*, 2003; Scherrer *et al.*, 2012; Secades, Carballo, Fernández, García y García, 2006; Villa *et al.*, 2010).

En cuanto a variables como la edad o el sexo, si la relación con los compañeros que consumen drogas coincide con aquellos que las han consumido a edades tempranas, como ocurre frecuentemente en un grupo de alto riesgo para el posterior consumo abusivo de las mismas, puede darse un consumo más temprano (Hawkins *et al.*, 1992; Hawkins *et al.*, 1995; Kandel, 1996). Y si además existe presión de los compañeros cuando los adolescentes tienen corta edad, de 12 a 13

años, esta, suele predecir el consumo de alcohol u otras drogas, más en caso de las chicas que en el de los chicos (Fahnhorst y Winters, 2005).

Existen estudios que intentan esclarecer los mecanismos de actuación de la pertenencia e implicación en grupos de pares desviados sobre el uso y abuso de drogas posterior. Además de los procesos de interacción grupal, selección de pares, modelado de conductas, decisiones arriesgadas en particular, etc., han emergido otros conceptos explicativos, tales como el uso de jerga y estilos de comunicación desviados que parecen explicar este efecto mediador sobre la conducta desviada y el uso/abuso de drogas posterior (Granic y Dishion 2003). En el estudio de Bobakova *et al.* (2012) ya comentado anteriormente, los adolescentes afiliados a una subcultura juvenil fueron significativamente más propensos a consumir sustancias a los 15 años de edad que sus pares no afiliados.

Tener percepciones erróneas del consumo de los pares, también puede tener influencias potencialmente negativas sobre el consumo real de sustancias entre adolescentes (Arbour-Nicitopoulos *et al.*, 2011). De igual modo, la relación entre la preferencia de la música y el consumo de sustancias puede estar total o parcialmente mediada por el consumo percibido de los pares (Mulder *et al.*, 2010). La música puede modelar el consumo de sustancias, ya que los aficionados de diferentes tipos de música pueden elegir amigos con patrones de uso de sustancias que refuerzan sus propias inclinaciones por el uso de las mismas. Por otro lado, parece que los estados emocionales negativos y su autorregulación, así como el tipo de relación e implicación con los pares, interactúan para ejercer un papel determinante sobre el uso de drogas en adolescentes (Hussong y Hicks, 2003).

Actualmente, el consumo juvenil de alcohol está vinculado a los momentos de ocio con el grupo de amigos durante los fines de semana, por lo que una serie de estudios han centrado su atención en la implicación, cada vez más extendida, de los adolescentes en este tipo de consumo. Presentan un patrón de consumo de alcohol intermitente, en forma de atracones, concentrado en sesiones de pocas horas, asociado principalmente a las noches de fin de semana y que se realiza con grupos de iguales. Este patrón, denominado consumo intensivo de alcohol, se caracteriza por picos de incidencia entre los jóvenes, igualdad del consumo entre sexos, rejuvenecimiento del perfil de los bebedores abusivos y escasa percepción de riesgo (Parada, Caamaño-Isorna, Corral, Crego, et al., 2011). En cambio, estos consumidores abusivos no suelen beber entre semana o con su familia (Laespada y Elzo, 2007).

Y, desgraciadamente, esta situación no es exclusiva del consumo de alcohol. La mayoría de los expertos coinciden en que el uso de drogas, como cannabis, anfetaminas, éxtasis, cocaína y opioides, incluyendo heroína, se estabilizó en 2009, algo que contrasta con la tendencia ascendente de las nuevas sustancias

psicoactivas. El número total de consumidores de drogas ilícitas ha aumentado desde finales de la década de 1990, si bien, como veíamos en el caso del alcohol, y al contrario de lo que sucede en la población general, donde la prevalencia de consumo de drogas de los hombres es superior a la de las mujeres, tampoco se encuentran diferencias significativas en el patrón de consumo entre ambos sexos (Fernández et al., 2011).

En el Informe Mundial sobre las Drogas (2011) de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONODC), se hace hincapié en la aparición, en los últimos años, de nuevos compuestos sintéticos en el mercado de drogas ilícitas cuyo consumo es cada vez mayor. Muchas de esas sustancias se comercializan como “*legal highs*” (es decir, sustancias cuyo uso y comercialización no está prohibido o sometido a control), que se ofrecen como sustitutos legales de las drogas clásicas, imitando sus efectos, sin estar sometidas a la regulación internacional aunque sí a diferentes tipos de control según los distintos países. A continuación, y sin intención de ser exhaustivos, se recogen algunas de las denominaciones de este tipo de sustancias:

Research chemicals (RCs). Los RCs, término que en castellano significa “sustancias químicas de investigación”, reciben también el nombre de “nuevas sustancias de síntesis”. Son sustancias psicoactivas sintéticas, no fiscalizadas internacionalmente, que son vendidas por proveedores que operan, principalmente, a través de Internet. Ello no significa que sean sustancias nuevas, unas lo son y otras fueron sintetizadas hace muchos años.

Pharming parties. Es un término concebido por los medios de comunicación que hace referencia a reuniones, fiestas o encuentros donde los asistentes se intercambian fármacos de prescripción y los ingieren al azar con el fin de intoxicarse.

Club drugs - Drogas recreativas. Término genérico utilizado para referirse a las drogas psicoactivas, generalmente ilegales, que son consumidas por los participantes en festivales organizados (*rave*) o discotecas de música electrónica (*dance club*). Las sustancias más comúnmente utilizadas son: Éxtasis (MDMA) y otros derivados anfetamínicos, *Rohypnol* o *Rohipnol* (bunitrazepam), gammahidroxibutirato (GHB), ketamina, dietilamida de ácido lisérgico (LSD) y otros alucinógenos.

Estas sustancias se pueden obtener en tiendas especializadas (*smartshop*, *headshop*, etc.), pero la manera habitual de conseguirlas es a través de tiendas *on-line*. Un aspecto menos conocido de este grupo de drogas es su papel como sustancias facilitadoras en las agresiones sexuales. Las sustancias más utilizadas con estos fines son el etanol, el bunitrazepam, el GHB o la ketamina, entre otras.

Algunos ambientes recreativos pretenden ser una expresión de rebeldía, trasgresión o contracultura, lo que logran en no pocas ocasiones, alterando las normas básicas de seguridad. Algunos expertos ya han mencionado que, esa libertad o trasgresión, es aparente y no real, la producción, regulación y consumo de ocio responden en primer lugar a intereses empresariales (Chatterton y Hollands, 2003; Winlow y Hall, 2006; Hadfield, 2006) y en último término, la supuesta desconexión grupal del sistema de valores dominante se revela como una forma de subordinación al mismo.

5.4.3.3 Conducta antisocial o delincuencia temprana entre los pares

En el presente caso, nos referimos a la relación que tiene la conducta antisocial y la delincuencia temprana del grupo de iguales y cómo este tipo de conductas influye en el consumo de drogas de la persona. La asociación recíproca entre uso de drogas en adolescentes y asociación con pares que realizan una variedad de conductas desviadas está bien documentada en la literatura (Dishion y Owen, 2002; Duncan *et al.*, 1998; Fergusson, Horwood y Swain-Campbell, 2002; Tarter *et al.*, 2011), así como que el uso de drogas influye y es influido por la selección de amigos durante la adolescencia y edad adulta temprana. Si los pares que consumen drogas, además, realizan conductas desviadas, la conducta antisocial puede ser un factor de riesgo para el consumo de drogas posterior, más relevante que la impulsividad o la ausencia o alienación de valores morales o que el propio control familiar e independientemente del sexo (Barnes *et al.*, 2005; Preston y Goodfellow, 2006).

5.4.3.4 Rechazo por parte de los pares e iguales

Uno de los factores de riesgo relacionado con los pares y amigos que se ha sugerido en relación al consumo de drogas se refiere al rechazo o aceptación limitada de la persona por parte de sus iguales, especialmente cuando tienen pocos años, lo que facilita conductas de bajo rendimiento escolar, delincuencia, llevando ello también a un mayor abuso de sustancias (Kupersmidt y DeRosier 2004; La Greca y Prinstein y Fetter, 2001; Kumpfer *et al.*, 1998). El rechazo por parte de los iguales puede aumentar el riesgo de problemas emocionales y conductuales, así como de psicopatología y de consumo de sustancias (Repetti, Taylor y Seeman, 2002).

Sin embargo, esta relación entre el rechazo por parte de los iguales y el consumo de drogas no parece tan clara en otros estudios (Hawkins *et al.*, 1992; Muñoz-Rivas *et al.*, 2000), de hecho, en algún estudio se encuentra que el apoyo entre pares se asocia con un mayor consumo de alcohol (Brenner *et al.*, 2011) y ello, como en otros factores de riesgo, puede ser debido a que el efecto de este factor de riesgo interacciona con el de otros factores de riesgo y de protección señalados en esta

tesis doctoral, como pueden ser los de personalidad. Los estudios hechos con niños tímidos sugieren que la timidez puede ser un factor de protección, en la medida en que aún siendo rechazados por sus compañeros los niños y adolescentes pueden no implicarse en el consumo de drogas, mientras que la agresividad sí puede llevar a un consumo de drogas cuando la persona rechazada por los compañeros, que quiere elegir, es aceptada por el grupo de niños agresivos, lo que incrementa el riesgo de consumo de drogas y otro tipo de conductas agresivas y violentas. De ahí la relevancia de conocer mejor estos factores de riesgo y protección y su interacción y sobre todo cómo unos median y modulan el efecto de influencia de los otros. Esta interrelación marcaría la relación que tienen con el consumo de drogas y cómo se llega a tener problemas de dependencia, agresividad, etc.

5.4.3.5 Factores de protección en los pares e iguales

De modo similar a lo ya comentado en relación con los factores de protección comunitarios, se han estudiado mucho menos los factores de protección frente al consumo de drogas de los compañeros e iguales de lo que se han estudiado los factores de riesgo. Sin embargo, también hay algunos factores de protección que han demostrado, en alguna medida, poder funcionar independientemente de los factores de riesgo que hemos comentado en este apartado. Uno especialmente importante es el apego a los iguales (Cruzado, Graña y Muñoz-Rivas, 2000; Younoszai, Greene, Lohrmann y Seefeldt, 1999), cuando estos no consumen drogas. Esto se explica por el hecho de que tener amigos íntimos normalizados que tienen actitudes y metas semejantes a las de la persona facilita una mayor estabilidad y apoyo emocional. En la adolescencia se pasa de percibir como esencial el apoyo emocional de los padres a percibir como tal el apoyo de los amigos. Si el adolescente lo encuentra en éstos es más probable que su evolución sea más estable. Con el grupo de amigos es posible aprender nuevas conductas adaptativas para los roles que comienzan a acercarse al rol de adulto, salir organizadamente a desenvolverse fuera del entorno familiar y llevar una vida como persona joven normal.

También sabemos por algunos estudios que los padres pueden incidir en los iguales a través de los hijos (Arteaga *et al.*, 2010; Fallu *et al.*, 2010), en muchos casos facilitando o impidiendo tener unos u otros amigos. Así, la asociación entre el consumo de drogas y los factores de protección relacionados con los iguales es compleja y múltiple, debido nuevamente a que estos factores se relacionan directa o indirectamente, en muchos casos, con otros factores de riesgo y de protección.

Dentro del grupo de amigos, los compañeros de clase en particular, son de importancia clave para las redes sociales de los jóvenes. El apoyo de los compañeros de clase fomenta sentimientos de "pertenencia" a un grupo social o de ajuste. El nivel de percepción de apoyo de los compañeros está ligado a

experiencias escolares de satisfacción y motivación (Torsheim, Wold y Samdal, 2000). En cambio, el menor apoyo percibido entre los compañeros de clase se asocia con quejas somáticas y psicológicas y estado de ánimo deprimido (Torsheim *et al.*, 2000; Wit *et al.*, 1995), así como con una mayor prevalencia del hábito de fumar y beber (Samdal, Wold, Klepp y Kannas, 2000).

5.4.4 Factores de riesgo y protección escolares

Junto con la familia, la escuela es uno de los primeros agentes socializadores desde la infancia temprana, y en ella los niños y adolescentes pasan gran parte del día. Es por esto que su papel en la protección contra el uso, abuso y dependencia de sustancias resulta fundamental. Los factores de riesgo escolar que se consideran más importantes son el bajo rendimiento académico y el fracaso escolar, el bajo apego a la escuela, el tipo y el tamaño de la escuela y la conducta antisocial en la escuela.

5.4.4.1 Bajo rendimiento académico y fracaso escolar

Uno de los factores de riesgo para el consumo de drogas que tradicionalmente ha recibido una mayor atención y ha sido objeto de estudio más frecuentemente es el fracaso escolar, que puede considerarse que incluye también el bajo rendimiento académico o dificultad de pasar de uno a otro curso (Hawkins, Catalano y Miller, 1992). Toda una serie de estudios encuentran consistente que presentar bajo rendimiento o fracaso escolar predice el consumo de drogas en jóvenes (Green, Zebrak, Fothergill, Robertson y Ensminger, 2012; Donath *et al.*, 2012; López y Rodríguez-Arias, 2012), una mayor probabilidad de consumo abusivo de las mismas (Donath *et al.*, 2012; Fleming *et al.*, 2010) y también una mayor probabilidad de usar esteroides anabólico-androgénicos (Dunn y White, 2011).

El rendimiento escolar resulta importante en cuanto al uso de drogas, aumentando el riesgo de consumo. Cuando existe fracaso escolar, independientemente de cuáles sean sus causas, y constituyéndose como uno de los principales factores de protección cuando los resultados son altos, lo que puede deberse a la experiencia de éxito que supone para el niño y el adolescente (Piko y Kovács, 2010). El riesgo de consumo de drogas sería mayor en los últimos cursos de la escuela primaria, que coincide evolutivamente con el periodo de desarrollo en el que el niño y la niña se dan más cuenta de su mundo circundante, de sí mismos y de su papel en él. Existen estudios que muestran que los niños con un pobre rendimiento académico y un inapropiado comportamiento social en edades de 7 a 9 años tienen mayor probabilidad de verse envueltos en problemas de abuso de sustancias a la edad de 14 ó 15 años (National Institute on Drugs Abuse –NIDA–, 2003). Asimismo, cada vez es más evidente que uno de los mayores riesgos para el fracaso escolar es la falta de habilidad para leer en 3º y 4º de educación primaria (Barrera *et al.*, 2002).

No obstante, a pesar de que el fracaso escolar es un determinante fundamental a la hora de explicar el problema del uso y abuso de drogas y otros problemas de conducta, no debemos olvidar que este es solamente uno de los factores y que en muchos casos el fracaso escolar está relacionado con otros factores distintos a la capacidad intelectual o a la posibilidad de aprendizaje, como puede ser el clima en la familia, el barrio en el que se vive, el nivel de apego social que muestra la persona, etc., y que con frecuencia son los que llevan directamente al fracaso escolar. Del mismo modo, también las creencias de los padres sobre la escuela y lo que sus hijos pueden aprender en ella es un determinante muy importante del propio rendimiento escolar de los hijos y de sus logros académicos posteriores, al transmitirles unas expectativas en un sentido o en otro. No sólo una baja motivación personal para el logro escolar predice un elevado riesgo para el posterior uso de drogas, sino que la percepción de una baja motivación de este tipo en los pares y amigos también resulta un factor de riesgo para el consumo de drogas posterior (Hawkins *et al.*, 1992).

5.4.4.2 Bajo apego a la escuela

Mientras que la satisfacción con la escuela y encontrarse bien en ella facilita el desarrollo de conductas normativas y disminuye las probabilidades de uso de sustancias (Piko y Kovács, 2010), el bajo apego a la escuela, la falta de compromiso y la mala relación alumno-maestro (Markham, Aveyard, Sweeting, West y Young, 2012) o la falta de interés por la misma, es un factor de riesgo para el consumo de drogas (Hawkins *et al.*, 1992).

Parece que la desvinculación escolar está fuertemente relacionada con la deserción de la escuela, así como con conductas problemáticas graves, que incluyen el uso o abuso de sustancias psicoactivas (Fleming *et al.*, 2010; Henry *et al.*, 2012). Las constantes faltas al centro escolar aumentan de forma importante las posibilidades de que el adolescente se implique en conductas inadecuadas para su edad o en conductas de carácter antisocial, entre las que se encuentra el consumo de drogas. Distintos estudios encuentran que aquellos niños o adolescentes que tienen previsto asistir a la escuela tienen un menor consumo de drogas que aquellos que no piensan ir. Específicamente, el "hacer novillos" (faltas a clase no justificadas) es uno de los factores claves para explicar el bajo apego a la escuela, siendo uno de los factores más claramente asociados con el consumo de drogas (Battisüch y Hom, 1997; Donath *et al.*, 2012; Dunn y White, 2011; Gottfredson, 1987; Hallfors *et al.*, 2002).

Abundando en lo ya apuntado en apartados anteriores cuando subrayamos la fuerte interrelación entre varios de los distintos factores de riesgo, es lógico esperar que si la persona que tiene que asistir a la escuela no va, también realizará otro tipo de conductas distintas a las que debe: no asistir a la escuela, no atender las

explicaciones, no retener lo expuesto, no aprovechar lo que se enseña, etc., y es probable que se implique en otro tipo de conductas, adultas o no normativas para su edad, como consumir alcohol, tabaco u otras drogas. Además, si este tipo de conducta -no asistir a clase- se relaciona con otros factores de riesgo para el consumo de drogas ya comentados, tales como desarraigo familiar, pobre control en el barrio, problemas personales, etc., es aún más probable que siga desarrollando esas conductas. Además, y de modo circular, el comienzo temprano del consumo de drogas, como el tabaco, el alcohol y el cánnabis también incrementa posteriormente el riesgo de abandono prematuro de la escuela sin finalizar los estudios.

5.4.4.3 Tipo y tamaño de la escuela

Podría pensarse que el tipo de escuela y el tamaño de la misma influye también directa o indirectamente como factor de riesgo en el consumo de drogas, ya que lo más probable es que una escuela en un barrio marginal tenga mayores problemas que una escuela en un barrio rico sin problemas sociales importantes. De igual modo, un mayor tamaño de la escuela lleva a pensar que podría haber un menor control de los profesores sobre sus alumnos. En el sentido contrario, el percibir y tener disponibilidad por parte del profesorado para hablar de los problemas personales probablemente tendría ciertos efectos protectores.

Esta cuestión fue analizada de forma específica en España por Recio et al. (1992) este autor encontró que la mayor probabilidad de consumo de sustancias se daba en aquellos alumnos que estudiaban en un centro con mayor número de alumnos y en escuelas privadas de carácter laico. Por el contrario, esta relación no aparecía entre los que estudiaban en centros de menor tamaño o en escuelas públicas o privadas de orientación religiosa. También sus resultados indicaban que la relación anterior sólo aparecía referida al consumo de algunas drogas. Por ejemplo, el carácter privado laico del centro predecía sólo el consumo de tabaco, alcohol y tranquilizantes; el carácter privado de la escuela, tanto laica como religiosa, estaba negativamente asociado al uso de barbitúricos; y, el mayor tamaño del centro predecía tanto el uso de alcohol y cánnabis como de tranquilizantes y analgésicos. Estudios más recientes aportan nuevos datos al respecto, ya que se ha encontrado mayor proporción de adolescentes que consumen drogas (sobre todo tabaco) que provienen de centros públicos, en la línea de otros estudios precedentes (Yáñez et al., 2006) pero en contra de otros (Bjarnason et al., 2003; Paniagua, Castellano, García, Redondo y Sarrallé, 2001).

La ubicación del centro también ha sido objeto de estudio, las zonas marginales se han relacionado con mayores problemas en la escuela y en sus alumnos y profesores, así como con una menor motivación del profesorado, mayores conflictos, etc. Se ha observado que los alumnos/as de centros ubicados en zonas rurales consumen drogas en mayor proporción que los que no se ubican en dichas

áreas (Bisseto *et al.*, 2012), si bien, como en otros factores de riesgo y protección, esto va a depender mucho de otros factores sociales y puede ser modelado por ellos.

Finalmente, otros factores relacionados con la calidad de la escuela, como la exposición a situaciones de victimización por violencia en el entorno escolar han mostrado también una asociación con el uso de drogas y otras conductas de riesgo para la salud (Ljubotina, Galic y Jukic, 2004). Un estudio prospectivo realizado a nivel nacional en Finlandia investigó los comportamientos de intimidación y victimización (bullying). Se estudió el sufrimiento de dichos comportamientos a los ocho años (n=2.946) y el consumo de sustancias a los 18 años, en varones. Las conductas de acoso y psicopatología infantil a la edad de ocho años se obtuvieron de auto-informes de los profesores, los padres y de los propios niños. A los 18 años los auto-informes de embriaguez fueron frecuentes (una vez a la semana o más), el tabaquismo diario (10 cigarrillos o más al día) y el uso de drogas ilícitas, durante los últimos seis meses, fue de un 78%. En el análisis multivariado, la intimidación predijo el uso ilícito de drogas, en cambio el sufrimiento de acoso escolar se asoció a una menor incidencia del consumo de drogas ilícitas. Por tanto, ser víctima de acoso escolar predispone de modo particular a fumar tabaco posteriormente y el bullying en la infancia podría considerarse como el primer indicador de consumo de drogas ilegales en el futuro (Niemelä *et al.*, 2011).

Es interesante incluir, para terminar, un reciente estudio realizado por Tucker *et al.* (2012) en el que se estudia la popularidad entre los adolescentes como un posible factor de riesgo para el uso de sustancias, obteniendo sorprendentes resultados: los estudiantes que puntuaron más alto en popularidad eran más propensos a ser fumadores de por vida, bebedores y usuarios de cannabis.

5.4.4.4 Conducta antisocial en la escuela

Una conducta que se desarrolla frecuentemente de modo paralelo al consumo temprano de drogas en la escuela es la conducta antisocial. Aunque la conducta antisocial y otros problemas de conducta son variables de tipo individual (Hawkins *et al.*, 1992), cuando la persona está en la escuela, ese problema de conducta se pone de manifiesto dentro de ese concreto contexto de funcionamiento social. De ese modo, su problema individual de conducta pasa a convertirse en un problema familiar, escolar y comunitario, en función del distinto contexto de actuación en que se encuentre la persona en cada momento.

En la escuela, la conducta antisocial individual acarrea problemas importantes de adaptación y problemas relacionados con la disciplina y las normas del centro, relación con los profesores y con otros alumnos, etc. Al mismo tiempo, puede llevar a problemas de fracaso escolar, poca valoración de la persona por parte de sus

profesores, necesidad de prestarle mucha atención para controlar sus conductas problema pero poca para con su aprendizaje y conducta más relacionada con el desempeño escolar, mayores quejas a los padres por su comportamiento en la escuela, etc. Todas estas consecuencias de la conducta antisocial individual se asocian asimismo con un riesgo incrementado para el consumo de drogas (Hawkins *et al.*, 1992), una iniciación más temprana en el mismo, un riesgo mayor de borrachera, en el caso del alcohol, en forma de comportamiento agresivo con los docentes (Donath *et al.*, 2012) y, en general con un mayor número de problemas cuando ambas conductas se dan al mismo tiempo (Ljubotina *et al.*, 2004; Petterson *et al.*, 1992). Por tanto, aunque la conducta antisocial se manifiesta a través de diversos comportamientos, siendo uno de ellos el consumo de drogas, en el marco escolar se convierte en un factor de gran relevancia para el desarrollo de otros problemas de adaptación y de conducta.

5.4.4.5 Factores de protección en la escuela

El rendimiento escolar se ha constituido como uno de los principales factores de protección cuando los resultados son altos (Farhat *et al.*, 2011; Piko y Kovács, 2010), así como la participación en actividades extracurriculares (Schepis *et al.*, 2011).

En general, se acepta la hipótesis de que una mayor vinculación y apego a la escuela resulta un factor de protección frente a una variedad de conductas de riesgo para la salud durante la adolescencia, no solamente para el uso o abuso de drogas, sino también para otros comportamiento problemáticos (Hawkins *et al.*, 1992; Piko y Kovács, 2010). El grado de integración en la escuela y la buena relación con el profesorado son factores de protección frente al consumo de drogas (Markham *et al.*, 2012), incluso cuando se controlan características individuales y escolares relevantes, los centros educativos que alcanzan un sentido más alto de comunidad cohesionada muestran una tasa de delincuencia y consumo de drogas más bajo, sugiriendo que la cohesión y el apego al contexto escolar puede moderar las relaciones entre los factores de riesgo y protección individuales, que, a su vez, pueden aumentar la resiliencia de los alumnos (Bonny, Britto, Homung, Klostermann y Slap, 2000).

Sin embargo, el factor de protección esencial en la escuela es una escuela de calidad (Jessor, 1993; Jessor *et al.*, 1995; Jessor *et al.*, 1998; Muñoz-Rivas *et al.*, 2000; Pertusa, Espada y García del Castillo, 2011). Cuando en la escuela hay un adecuado control del profesorado hacia sus alumnos, un seguimiento cercano de los mismos y un trato correcto y adecuado a su desarrollo evolutivo, se favorece un desarrollo integral de la persona. Con ello se facilita que los alumnos puedan funcionar más autónomamente, se encuentren mejor consigo mismos y tengan menos conductas problema, tanto relacionadas con el consumo de drogas como con otras conductas

problemáticas. Esto viene a apoyar la necesidad de no contemplar de modo aislado el factor del fracaso escolar, ya que el mismo viene explicado por otras múltiples causas, entre ellas, problemas de salud, valores, motivación del logro, problemas de aprendizaje, bajo nivel intelectual, etc. (Craig, 1997).

5.4.5 Factores de riesgo individual

Como consecuencia del claro predominio de los estudios sobre factores individuales en la búsqueda de los factores de riesgo y factores de protección en el uso de drogas (Rhodes *et al.*, 2003), son muchos y muy diversos los factores de riesgo y protección individual que se han propuesto.

Dentro de los factores de riesgo individual podemos distinguir los biológicos, los psicológicos y conductuales y los rasgos de personalidad.

5.4.5.1 Factores biológicos

a) Factores genéticos

La variabilidad genética puede subyacer parcialmente a rasgos de personalidad y fisiológicos complejos, tales como la impulsividad, la adopción de riesgos o la reactividad al estrés, así como a una parte sustancial de la vulnerabilidad a los trastornos por uso de drogas. Asimismo, los mencionados rasgos de personalidad y fisiológicos, pueden afectar de un modo diverso al desarrollo de las diferentes fases del proceso de uso, abuso y dependencia de drogas.

Existe una cierta variedad en los acercamientos recientes al estudio de la variabilidad genética en esos rasgos de personalidad y fisiológicos, y sobre su interacción entre sí y en interacción con los trastornos adictivos (Crombag y Robinson, 2004; Kreek, Nielsen, Butelman y LaForge, 2005). Algunos autores afirman que los estudios con animales apoyan la existencia de una vulnerabilidad genérica, tanto para el abuso del alcohol como para las otras drogas (Silberg, Rutter, D'Onofrio y Eaves, 2003). Pero aun así, la gran mayoría de los autores indican como el ambiente sigue constituyendo el determinante principal de exposición a las drogas a diferencia del abuso y posterior dependencia (Kendler, Fiske, Gardner y Gatz, 2008; Kendler, Prescott, Myers y Neale, 2003; Kendler, Karkowski, Corey, Prescott y Neale, 1999; Pickens, Svikis, McGue y LaBuda, 1995; Rhee *et al.*, 2003).

Los estudios neurofisiológicos y de neuroimagen han permitido confirmar en humanos algunos de los múltiples hallazgos que provienen tanto de la experimentación con animales, como de la práctica clínica y de los estudios de auto-administración y deseo de consumo de sustancias, efectuados con personas adictas que han participado voluntariamente. Es posible que durante las primeras fases de la adicción los efectos reforzadores de las drogas y el alcohol activen el

estriado ventral, mientras que en fases avanzadas, en las que las respuestas de búsqueda y consumo de la sustancia ya han quedado automatizadas, predomine la activación del estriado dorsal y el putamen (Parkinson, et al., 2002; Volkow et al., 2006). Por tanto, determinados factores genéticos (como la tolerancia al estrés o la vulnerabilidad genética hacia otros trastornos mentales) pueden interactuar con los factores ambientales, contribuyendo a generar un estado de mayor vulnerabilidad hacia la adicción, incluso en una persona que no tuviera una genética que de manera directa le pudiera predisponer hacia la adicción. La vulnerabilidad genética compartida entre distintas sustancias podría explicarse de diversos modos, así podría actuar potenciando los circuitos de recompensa cerebral tras la administración de la sustancia, pero también podría operar a través de genes asociados con el control de la impulsividad o con otros relacionados con la vulnerabilidad hacia determinados trastornos psiquiátricos que, a su vez, pueden asociarse con la dependencia de alcohol u otras drogas, como por ejemplo, esquizofrenia o trastorno bipolar (Schuckit, 2008).

La investigación reciente aporta nueva evidencia en esta misma dirección, sobre la variabilidad genética y sobre esta y su relación con la edad. Una investigación británica, realizada con más de 1.200 pares de gemelos de 11 a 19 años, ha puesto de manifiesto que el inicio del consumo de alcohol, tabaco y cannabis se debe básicamente a influencias familiares, mientras el paso al consumo abusivo de cualquiera de las tres drogas está fuertemente influido por factores genéticos (Fowler et al., 2007). En otra investigación, más reciente, Kendler, Dick y Gardner (2011) obtienen que los efectos genéticos en el consumo de alcohol son más pronunciados cuando se reducen al mínimo las restricciones sociales (por ejemplo, cuando el comportamiento no es pro-social o cuando la vigilancia paterna es reducida) o cuando el entorno permite un fácil acceso al alcohol o fomenta su uso, por ejemplo, frente a una alta disponibilidad de alcohol o presencia de pares desviados. Concluyen que las interacciones genético-ambientales que influyen en la ingesta de alcohol pueden ser más sólidas a edades más tempranas.

Durante los últimos años, ha comenzado también a estudiarse el papel que, en los diferentes trastornos, pueden tener determinados cambios reversibles en el ADN. La epigenética estudia los cambios heredables en la expresión génica que tienen lugar sin modificar la secuencia de ADN. Dichos cambios pueden dar lugar a modificaciones del fenotipo e incluyen, principalmente, la metilación del ADN y una variedad de modificaciones en las histonas, de las cuales, la mejor caracterizada es la metilación. Estos fenómenos podrían explicar aspectos tales como las discordancias entre gemelos monocigóticos o, al tratarse de cambios dinámicos, cambios en el patrón de enfermedad a lo largo de la vida de un paciente (periodos de normalidad combinados con periodos de enfermedad). Una reciente hipótesis sugiere que los estímulos ambientales podrían influenciar la metilación de los genes

y alterar su expresión en áreas cerebrales asociadas con la etiología de la enfermedad, si bien, los fenómenos epigenéticos pueden también ocurrir en ausencia de estímulos ambientales.

Datos recientes también sugieren la influencia específica de ciertos genes para el consumo de las distintas sustancias. El gen CaMKIV podría estar relacionado con una vulnerabilidad a los efectos reforzantes de la cocaína. La ausencia de este gen incrementaría la sensibilidad a este psicoestimulante, y se podría considerar como un gen protector contra la cocaína. En cuanto a la nicotina, Saccone et al. (2009) han demostrado que una variante en el gen del receptor nicotínico dobla el riesgo de adicción a esta sustancia. Y en alcohólicos tratados con naltrexona se ha identificado una variante en un receptor opioide, Asp40, que induce una menor incidencia de recaída (26,1%) que en pacientes con la variante Asn40 (47,9%). Recientemente otras investigaciones han analizado el papel del gen RASGF-2 en el consumo de alcohol, primero en modelos animales y después en humanos. Changeux (2012) primero estudiaron ratones sin el gen RASGF-2 para ver como estos reaccionaban al alcohol y detectaron que su ausencia estaba relacionada con una disminución significativa en la actividad de búsqueda de alcohol. Tras la ingesta de alcohol, la carencia del gen evitaba que el cerebro liberara dopamina en un área determinada del cerebro y tuviera cualquier sentido de recompensa. Posteriormente, los investigadores comprobaron sus resultados gracias al análisis de los escáneres cerebrales de 663 niños de 14 años de edad, que todavía no habían tomado grandes cantidades de alcohol: los resultados demostraron que los individuos con variaciones genéticas en el gen RASGF-2 tenían mayor activación del área estriado ventral del cerebro (que participa en la liberación de dopamina) al anticipar la recompensa en una tarea cognitiva. Los autores plantean que las personas con una variación genética en el RASGF-2 liberan más dopamina cuando se anticipa una recompensa y por lo tanto obtienen más placer en la experiencia y para confirmarlo, analizaron el comportamiento del mismo grupo de chicos a los 16 años, cuando muchos ya habían comenzado a beber con regularidad. Los datos mostraron que aquellos con la variante del gen bebían con más frecuencia que el resto.

Por último, ciertos estudios se han centrado en el estudio de la relación entre el alcoholismo y el factor genético de las CNVs (variación en el número de copias), de reciente descubrimiento y sobre el que diversos estudios han aportado evidencias acerca de su implicación en el desarrollo de complejas enfermedades. Las CNVs corresponden a las regiones relativamente grandes del genoma que se han suprimido (menos de la cantidad normal) o duplicado (más que el número normal) en ciertos cromosomas. Bae et al., (2012) obtienen resultados que apuntan a que las regiones CNV pueden contribuir al desarrollo del alcoholismo.

b) Factores neurobiológicos

En cuanto al estudio de los factores biomoleculares y neurobiológicos relacionados con la transmisión de los trastornos adictivos ya hace más de una década de apuntaba que varios neurotransmisores podían estar implicados en el desarrollo y mantenimiento de las conductas adictivas, como los opioides pépticos, la dopamina, la serotonina y la norepinefrina (Comings *et al.*, 1997), neurotransmisores que tienen relación con el centro de recompensa y con los procesos de conducta instintiva. Posteriormente, los estudios neurobiológicos básicos han proporcionado un gran progreso en la comprensión de los mecanismos de acción del abuso de drogas, la respuesta cerebral ante la entrada de una droga, los efectos celulares y moleculares, psicológicos, neurobiológicos y periféricos de la administración repetida, retirada y re-administración, etc. (Becoña, 2002; Nestler, 2004).

Mientras la dopamina resulta crítica en la recompensa y la iniciación del abuso de drogas (Lubman, Yücel y Pantelis, 2004; Maldonado, 2003), las fases más avanzadas del trastorno se asocian a la reducción de la capacidad motivadora de las recompensas naturales y la capacidad del córtex para iniciar conductas de control ante estímulos que anticipan la disponibilidad de drogas y así ejercer control sobre las conductas de búsqueda de drogas (Blum *et al.*, 2000; Kalivas y Volkow, 2005).

En 1989 el National Institute on Drug Abuse (NIDA) fundó el Center for Education on Drug Abuse (CEDAR) con el encargo de definir los orígenes y la secuencia de acontecimientos que preceden a la adicción. Su hallazgo clave es que las alteraciones en tres áreas vitales del funcionamiento psicológico (conducta, cognición y afectividad) son la manifestación de un rasgo latente unidimensional (Tarter *et al.*, 2003). Esta dimensión latente podría definirse como una reducción de la capacidad para modular la reactividad ante los desafíos ambientales (Dawes, *et al.*, 2000). La hipótesis del grupo CEDAR es que las alteraciones del córtex prefrontal y sus conexiones subcorticales podrían dar lugar a una reducción de la capacidad para controlar la conducta, regular las emociones y tomar las decisiones más adecuadas.

Mahmood *et al.* (2013), analizan en un reciente estudio las deficiencias en el control cognitivo y su relación con el consumo de drogas, obteniendo similares resultados a los obtenidos por otros estudios precedentes en los que las anomalías en regiones cerebrales críticas para el control cognitivo se han ligado a un uso más intenso y problemático de sustancias psicoactivas en el futuro (Durazo, Gazdzinski, Meyerhoff y Mon, 2010; Falk, Berkman, Lieberman y Whalen, 2011, Paulus, Schuckit y Tapert, 2005).

Para concluir esta apartado diremos, que si bien, tras la fase inicial de exposición al consumo de drogas, la continuación en el mismo resulta en neuroadaptaciones cerebrales específicas que conllevan una mayor labilidad del sistema nervioso y un

aumento de la dificultad de eliminar la dependencia, excepto en el caso de la existencia de patologías psiquiátricas asociadas y previas, el riesgo biológico de adquirir una drogodependencia es muy similar para todos (Ambrosio y Fernández, 2011).

c) Factores constitucionales

Factores constitucionales como el dolor y la enfermedad crónica pueden ser factores de riesgo para el consumo de drogas (Hawkins *et al.*, 1992), aunque no se ha analizado mucho esta cuestión, con la excepción de las personas que tienen problemas de salud mental, que descubren las drogas y las utilizan para automedicarse o para reducir el propio estado que les produce la enfermedad, como en la esquizofrenia, en el trastorno bipolar, en la ansiedad social, etc. (Becoña y Lorenzo, 2001). Sin embargo, la teoría de la automedicación, que considera el uso y abuso de drogas como una forma de afrontar estados de malestar intrapsíquico intenso, ha sido muy criticada y no ha recibido un apoyo empírico consistente ni es generalmente aceptada (Kendall y Kessler, 2002). En lugar de una asociación lineal entre distrés psicológico y uso o abuso de drogas como remedio para aliviar el dolor, hoy se acepta que la disposición hacia la conducta desviada y la asociación con pares que realizan también consumo de drogas o conductas desviadas median en la relación entre el distrés psicológico y el posterior uso de drogas y que, de modo similar, los eventos vitales negativos median en la relación entre el uso de drogas en adolescentes y el distrés psicológico en la edad adulta temprana (Khantzian, 1997).

5.4.5.2 Factores psicológicos y conductuales

a) Psicopatología, trastornos de conducta y problemas de salud mental

El campo de estudio sobre la psicopatología infantil y del adolescente ha sufrido un gran avance en las últimas décadas. Con ello se han desarrollado de modo importante toda una serie de estudios, fundamentalmente epidemiológicos, para conocer la prevalencia de distintos trastornos mentales y los factores de riesgo y protección que se relacionan con los mismos. En este contexto suelen encontrarse relaciones entre distintos problemas psicopatológicos, como la depresión, los trastornos de conducta y otros problemas de salud mental y el consumo de drogas (Richardson *et al.*, 2012), incluso en estudios longitudinales tanto prospectivos como retrospectivos (Dampousse y Kaplan, 1998), así como un inicio más temprano, una iniciación temprana en el uso de mayor número de drogas, etc. (Haesly, Biederman, Spencer, Van Patten y Wilens, 2002; Lillehoj, Madon, Spoth y Trudeau, 2005). La etiología de esta comorbilidad está sirviendo para el desarrollo de modelos que están dando lugar a información relevante para la evaluación e intervención (Gilvery, 2000). Asimismo, desde la perspectiva del desarrollo de la psicopatología (Abou-Saleh y Janca, 2004) y del propio individuo, se están

desarrollando modelos dinámicos para el estudio de los factores de riesgo y los factores de protección en los trastornos psiquiátricos y su asociación específica con los trastornos por uso de drogas, sugiriendo mecanismos causales, conceptualización de ambos tipos de trastorno y estudio de vías de desarrollo de ambos.

En una revisión de la literatura sobre los estudios comunitarios relativos al uso, abuso y dependencia de drogas en adolescentes y su asociación con la psicopatología y controlando el sexo, raza/etnia y otros factores, se concluye que el 60% de los adolescentes con diagnóstico de abuso o dependencia presentan algún otro diagnóstico, siendo el trastorno de conducta y el trastorno desafiante oposicionista los más frecuentes, seguidos de la depresión (Armstrong y Costello, 2002). En este mismo sentido, llama especialmente la atención observar que los menores que presentan un riesgo mayor de abuso de sustancias, delincuencia y criminalidad en la adolescencia son aquellos que exhiben un trastorno negativista desafiante o un trastorno disocial de comienzo temprano, e incluso formas subclínicas de ambos trastornos (Webster-Stratton y Taylor, 2001).

Así, la patología psiquiátrica se ha establecido en los últimos años, como un claro factor de riesgo para el consumo de drogas (Brook, Brook, de la Rosa *et al.*, 2001; Farmer, Compton, Bums, y Robertson, 2002; Glantz, 2002; Iacono, Lykken y McGue, 1996), especialmente en el caso de la dependencia (Roberts, Roberts y Xing, 2007). Además, el consumo de drogas aumenta, a su vez, la probabilidad de desarrollar algún problema de salud mental (Kamon, Budnay, Dumenci y Stanger, 2006).

Los estudios sobre el orden temporal, que ya se venían realizando, señalan que el abuso de drogas puede funcionar como factor primario o desencadenante, en otros puede ser más una consecuencia, y en otros, ambas condiciones pueden desarrollarse conjuntamente, quizás en relación con una causa subyacente no identificada (Weinberg y Glantz, 1999). Si bien, la mayor parte de estas investigaciones se realizaron con población de menores varones (Rohde, Lewinsohn y Seeley, 1996).

A continuación pasamos a describir los aspectos psicopatológicos más importantes que se han relacionado con el consumo de drogas.

- **Trastornos afectivos: depresión y ansiedad**

La relación entre depresión, o sintomatología depresiva, y el consumo de drogas ha aflorado claramente respecto al consumo de las distintas sustancias (Becoña, 1999; Becoña, 2002; Clark, Ringwalt y Shamblen, 2011; Chilcoat y Breslau, 1998; Crum, Storr, Ialongo, Anthony, 2008; Hauenstein, 2003; Kubik, Bimbaum, Lytle, Murray y Perry, 2003; Kuo, Eaton y Gallo, 2004; McCarty *et al.*, 2009; Muñoz-Rivas

et al., 2000; Saraceno, Craddock, Heron, Munafo y Van den Bree, 2012; Zullig y Divin, 2012), incluso con mayor capacidad predictiva que los trastornos de conducta, en algunos casos (King, Iacono y McGue, 2004). Distintos estudios longitudinales han encontrado que tener problemas de tipo emocional en la infancia facilita tener posteriormente problemas de consumo de sustancias en la vida adulta, entrando así la persona en un círculo vicioso con un incremento de los problemas tanto referidos al consumo de sustancias como a sus problemas emocionales (Speranza *et al.*, 2003). Si bien los procesos y mecanismos de actuación no están bien establecidos (Henry *et al.*, 1993; Killeen, 2000) y pueden estar mediados por otros factores, como por ejemplo, por las expectativas positivas (Clark *et al.*, 2011), el estatus socioeconómico (Goodman y Huang, 2004) y otros factores ambientales, tanto familiares como extra-familiares (Goodman y Huang, 2004; Modrzejewska, 2010; Saraceno *et al.*, 2012) o bien rasgos de personalidad (Lin *et al.*, 1996).

La sintomatología depresiva parece ser también un factor de riesgo para un inicio más temprano y de mayor frecuencia de uso de sustancias, sobre todo entre los hombres (Marmorstein, 2009), y correlacionar positivamente con otros factores de riesgo para el uso de drogas tales como una mala relación con los padres, una exposición a eventos vitales estresantes, una baja satisfacción en las relaciones con compañeros en la escuela y el uso de sustancias entre los pares (Blore, Lessing y Schulze, 2004).

En la explicación de esta asociación puede incluirse la basada en la reformulación del modelo del reforzamiento negativo en el abuso y dependencia a drogas. Este modelo propone que el escape y evitación del afecto negativo es el motivo principal para el uso adictivo de drogas. De este modo, el afecto negativo es la base motivacional del síndrome de abstinencia y hace que se detecten las pistas del afecto negativo precozmente y de modo preconsciente, sin que esta motivación refleje a menudo el control cognitivo. Cuando diversos estresores causan afecto negativo y este se hace consciente, este afecto creciente sesga el procesamiento de la información y promueve la autoadministración de drogas (Goodwin, Fergusson y Horwood, 2004).

Otros estudios más recientes también encuentran motivos sociales para el consumo de alcohol entre personas con depresión (Thornton *et al.*, 2012). Sin embargo, cuando se utiliza el diagnóstico de trastorno depresivo mayor como indicador predictivo a la edad de 17 años, no se encuentra una asociación con el consumo de posterior, ni con la dependencia del alcohol (Marmorstein, Iacono y Malone, 2010). En una revisión de 15 estudios longitudinales, la relación y la dirección de la influencia entre el consumo de tabaco y la depresión parece bidireccional, aunque la depresión pesa algo más en la predicción de fumar (Chaiton, Cohen, O'Loughlin y Rehm, 2009). Sin embargo, parece que asociación entre la depresión y el consumo

de tabaco desaparece si se toma en consideración la influencia ejercida por las preocupaciones por el cuerpo y las dietas (Larsen, Otten y Engels, 2009), en las chicas y no en los chicos.

Se han encontrado diferencias asociadas al sexo en ansiedad, depresión y conductas defensivas ante situaciones estresantes (definidas como un amplio número de acciones ante amenazas o traumas asociados a eventos dolorosos o peligrosos: lucha, evitación, valoración del riesgo, etc.) entre humanos (y también en animales), así como en su asociación con el uso y abuso de drogas (Huurre *et al.*, 2010; Keyes, Hasin y Hatzenbuehler, 2011). Estas diferencias están asociadas a sistemas de neurotransmisión y neuromodulación que operan de forma diferente en hombres y en mujeres, y que deben tenerse en cuenta al estudiar la asociación entre las respuestas al estrés y el uso o abuso de drogas (Baker, Fiore, Majeskie, McCarthy y Piper, 2004). En un reciente estudio que se ha ocupado de evaluar el impacto de la recesión económica sobre el consumo de alcohol, también se ha encontrado relación entre el consumo de alcohol y los síntomas somáticos en los hombres, pero no en las mujeres, sugiriendo que los hombres pueden utilizar el alcohol como automedicación de la sintomatología somática (Vijayasiri, Richman y Rospenda, 2012).

En cuanto a los factores de protección comunes a los trastornos por consumo de alcohol y a la depresión, parece que las habilidades de rechazo de consumo de alcohol, las habilidades académicas, escolares y de unión familiar, las recompensas paternas, los premios escolares y la cohesión familiar a los 14 años se asocian con un menor riesgo de comorbilidad a la edad de 21 años (Mason, Catalano, Hawkins y Kosterman, 2010).

Diversas investigaciones, como ya se ha mencionado, también relacionan el consumo de drogas con los trastornos de ansiedad (Mackie, Castellanos-Ryan y Conrod, 2011; Marmorstein, White, Loeber y Stouthamer-Loeber, 2010), si bien esta varía en función del subtipo de trastorno de que se trate y de las formas de uso de sustancias que se examinen, así como en función del género (Wu *et al.*, 2010). El nivel más alto de precedencia temporal con abuso de sustancias se había encontrado en individuos con diagnóstico de trastorno de estrés postraumático (Kilpatrick *et al.*, 2000), si bien se conoce aún poco acerca de la naturaleza causal de esta relación. Entre las hipótesis principales se encuentra la de la automedicación para los síntomas de los trastornos de estrés postraumático (Armstrong y Costello, 2002).

Varias investigaciones identifican la ansiedad social como un factor de riesgo para el consumo de drogas (Windle y Windle, 2012; Wolitzky-Taylor, Bobova, Craske, Mineka y Zinbarg, 2012). Según estos estudios, la ansiedad social podría predecir el inicio del consumo de alcohol y el trastorno de estrés postraumático, el inicio de

cualquier otro consumo de drogas, así como los trastornos por uso de cannabis (Cornelius *et al.*, 2010). Marmorstein *et al.* (2010) también relacionan la ansiedad social con el inicio del consumo de tabaco y con la progresión del uso al abuso de cannabis. La ansiedad social se relacionaría también de forma específica con motivos de afrontamiento en situaciones emocionales desagradables, en el caso del consumo de alcohol (Windle y Windle, 2012; Buchmann *et al.*, 2010) y con la evitación de situaciones sociales, en el caso del consumo de cannabis (Buckner, Heimberg y Schmidt, 2011).

En relación con el cannabis, el sexo actúa como un moderador entre la evitación social y los problemas relacionados con su consumo, de manera que los hombres ansiosos pueden ser más vulnerables al uso de cannabis como forma de evitación social (evitar el escrutinio y el afecto negativo), lo que puede contribuir a los índices de problemas relacionados con el cannabis entre los individuos socialmente ansiosos (Buckner, Schmidt y Zvolensky, 2012). En cambio, si se observa la asociación entre los trastornos de ansiedad y el consumo de sustancias en general, esta tiende a ser mayor entre las mujeres (Wu *et al.*, 2010).

Finalmente, también se ha relacionado la ansiedad generalizada con el consumo de sustancias, la ansiedad generalizada parece que predice el uso tanto de alcohol como de tabaco y el uso más temprano de cannabis, así como la progresión desde el primer uso a los problemas relacionados con el cannabis (Marmorstein, White *et al.*, 2010).

Es interesante añadir la aproximación reciente de un grupo de autores a la relación entre la experimentación de emociones negativas y el inicio del consumo de drogas (tabaco, cannabis y alcohol). Se trata de un estudio de 4 años de seguimiento, en el que se examina si el desempeño en una tarea de reconocimiento facial de emociones predecía el inicio del consumo, resultando que los adolescentes que se inician en el consumo presentan mayor facilidad para el reconocimiento de la emoción de enojo (Ernst *et al.*, 2010).

Como se ha podido ver, durante estos últimos años se han realizado grandes esfuerzos por conocer la relación entre la ansiedad y el consumo de sustancias en población adolescente. Algunos estudios llegan a concluir que la ansiedad de forma independiente predice problemas posteriores de consumo de drogas. En concreto, la ansiedad agravaría los problemas posteriores por el uso de estimulantes/alucinógenos. Sin embargo, otros estudios longitudinales, como el realizado sobre una muestra de adolescentes de 14 años en Quebec, seguidos durante dos, indica que la ansiedad reduce el riesgo de problemas posteriores entre los consumidores de cannabis (Mason y Spoth, 2011).

De lo visto hasta aquí parece derivarse la necesidad de seguir investigando acerca de la compleja relación entre los trastornos afectivos en la población adolescente y el consumo de drogas.

o **Trastornos de conducta (TC)**

En la década de 1990 se fraguó un consenso generalizado que concluía que el trastorno de conducta incrementaba el riesgo de que aparecieran trastornos adictivos en la segunda década de la vida (Biederman *et al.*, 1997; Cadoret, Stewart, Tgoughton, Woodworth y Yates, 1995; Fergusson *et al.*, 1993; Wilens, Biederman, Mick, Faraone y Spencer, 1997). Hoy, el trastorno de conducta como un factor de riesgo, cuenta con una fuerte evidencia en la literatura científica, indicando que está relacionado de forma positiva con el consumo de sustancias (Bassarath, 2001; Cova, Benjamín, Saldivia, Rioseco y Melipillán, 2011; Glaser *et al.*, 2010). Incluso en el caso del consumo ilícito de esteroides anabólico-androgénicos, para los que hasta la fecha, se habían identificado pocos atributos que mostraran asociación con su consumo, el TC parece un sólido factor de riesgo (Pope, Hudson y Kanayama, 2012). El trastorno de conducta, la hiperactividad y el consumo de drogas van muy unidos en la adolescencia siendo la comorbilidad frecuente entre ellos. Por ello, el trastorno de conducta, bien solo o estando también presente la hiperactividad, suele aparecer en los estudios asociado al posterior consumo de drogas.

A la hora de entender la función del TC como factor de riesgo para el uso y abuso de drogas, es necesario entender su asociación con otros factores de riesgo que cuentan con un amplio apoyo empírico, como faltas y actos delictivos previos, pares que realizan conductas desviadas, lazos sociales débiles, sexo masculino y padres antisociales, son factores de riesgo fuertemente predictivos del TC. Agresión temprana, estatus socioeconómico bajo, impulsividad y predisposición al riesgo, relaciones pobres con los padres en la infancia, bajo rendimiento escolar, y variables neuropsicológicas como un coeficiente intelectual verbal bajo, resultan ser predictores más moderados que los anteriores para el TC y donde están presentes como predictores moderadores otras características familiares (tamaños grandes, estrés familiar, hogares rotos, conflicto familiar, padres que abusan física, psicológica o sexualmente, abandono familiar, etc.).

Parecen existir rasgos familiares transmisibles y otros factores no familiares que determinan las características del TC en los adolescentes, también existen fuertes interacciones entre esa transmisión genérica (genotipo) y factores ambientales que pueden contribuir a la vulnerabilidad a los trastornos por uso de drogas entre los adolescentes con TC (Majumder, Moss y Murrelle, 1998).

De forma específica, el trastorno disocial y el trastorno negativista desafiante se han presentado, en diferentes estudios longitudinales, como fuertes predictores del

inicio del consumo de sustancias y del abuso posterior (Clark, Lynch y Parker, 1999; Cohen, Brook, Chen, Crawford y Gordon, 2007; Costello, Angold, Enkarli, Keeler y Musillo, 2003; Loeber, Wei, Stouthamer-Loeber, Huizinga y Thornberry, 1999; Pardini *et al.*, 2007; Wilens *et al.*, 2011). También se ha planteado que formas subclínicas de estos trastornos puedan convertirse en señales de alto riesgo que contribuyen a la conducta de consumo (Angold *et al.*, 1999). Así, una de las razones que se ofrecen para explicar parte de la comorbilidad sugiere que el trastorno negativista desafiante, a menudo es precursor del desarrollo del trastorno disocial, quien a su vez se postula como una manifestación tardía y más severa de un proceso que comienza en la infancia temprana en forma de desobediencia y conducta opositora. El hecho de que la organización de los sistemas diagnósticos cree una distinción entre ambos trastornos plantea un serio problema para la aceptación de este postulado. Algunas conductas del trastorno negativista desafiante son menos frecuentes en la infancia y la adolescencia que algunas incluidas en el trastorno disocial. Si, como se asume en los sistemas de clasificación, el trastorno negativista desafiante y el trastorno disocial no se solapan en contenidos, esto significa que es posible que un individuo pueda cumplir previamente los criterios de trastorno negativista desafiante y posteriormente los del trastorno disocial, y no cumplir los criterios diagnósticos para ninguno de los dos trastornos en una etapa intermedia.

Es importante, sin embargo, hacer notar que los jóvenes que tienen problemas de este tipo pueden estar experimentando otros síntomas que contribuyen al desarrollo de posteriores problemas de uso de sustancias. De hecho, algunas investigaciones sugieren que después de controlar otros síntomas psiquiátricos infantiles tales como ansiedad, depresión y trastorno opositora desafiante, el TC por sí solo no puede predecir los trastornos por uso de sustancias en el futuro (Copeland *et al.*, 2009).

○ **Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH)**

En los últimos años ha surgido con fuerza el estudio del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en la infancia, como un trastorno relacionado con toda una serie de conductas en la vida adulta, entre las que se encuentra el consumo de drogas. Quizá se haya debido a que los adolescentes que acuden a tratamiento están sobre representados con este trastorno asociado al de abuso de sustancias (Gilvarry, 2000).

Ya en 1995, Reebye, Moretti y Lessard, encuentran, que el 52% de los adolescentes en tratamiento que cumplen criterios de TC y el 50% de ellos en tratamiento por TDAH, cumplen también los criterios diagnósticos para algún trastorno por uso de sustancias (Reebye *et al.*, 1995). Posteriormente, Homer y Scheibe (1997) muestran cómo las personas que sufren TDAH comienzan a utilizar drogas tempranamente, tienen problemas de abuso de sustancias más severos y tienen

dificultades para seguir el tratamiento, especialmente por sus problemas de falta de atención. Este cuadro se aprecia especialmente en el caso de las personas con dependencia de la cocaína.

Dada la interrelación entre distintos factores, con frecuencia no queda claro si este trastorno constituye un factor de riesgo independiente o está modulado por los TC o por trastornos afectivos del individuo. Algunos estudios sugerían que la asociación entre el TDAH y el uso de drogas estaba mediada por la afiliación con pares y amigos desviados (Giancola y Tarter, 1999) y otros estudios no encontraron que el TDAH pudiera considerarse un factor de riesgo para el abuso de drogas cuando se estudia en el contexto de otros diagnósticos (Clark *et al.*, 1999; Costello, Angold, Erklani y Federman, 1999; Loeber *et al.*, 1999). Otros autores, encuentran que esta asociación está mediada por las altas tasas de trastorno disocial que a menudo co-ocurren con el TDAH, más que como un efecto directo del TDAH en sí mismo (Chilcoat y Breslau, 1998; Fergusson *et al.*, 1993; Fergusson, Horwood y Ridder, 2007; Merikangas y Avenevoli, 2000; Molina y Pelham, 2003). Sólo en estudios realizados en muestras muy pequeñas (Danckaerts, Chadwick, Heptinstall y Taylor, 2000) o en los que participaron únicamente mujeres (Young Chadwick, Heptinstall, Sonuga-Barke y Taylor, 2005), no se detectó la relación mencionada. De hecho, parece que cuando se medían y controlaban los problemas de conducta, la covariación desaparecía (Glantz y Leshner, 2000). Además sólo en el caso de la dependencia de nicotina, existían datos indicativos de que el TDAH se asociara con esta adicción sin la mediación de los TC (Kollins, McClernon y Fuemmeler, 2005).

Pero estudios más recientes, tanto epidemiológicos (Gudjonsson, Sigurdsson, Sigfusdottir y Young, 2012) como longitudinales, por ejemplo, el realizado por Wilens *et al.* (2011) con un seguimiento de 10 años, encuentran que el TDAH en la infancia y adolescencia por sí solo, se asocia con un elevado riesgo para el uso y abuso de drogas en ambos sexos en la adolescencia y en la edad adulta temprana (Brook, Brook, Koppel y Zhang, 2010; Charach, Climans, Lillie y Young, , 2011; Lazareck *et al.*, 2012; Modesto-Lowe, Dandorth, Easton y Neering, 2010), además de con un amplio abanico de conductas de riesgo y otras conductas problemáticas relacionadas con el uso, posesión y venta de sustancias; mientras que el TDAH concurrente con un TC aparece como un factor de riesgo para un mayor y más variado uso y abuso de drogas (Barkley, Fischer, Fletcher y Smallish, 2004; Glass, Flory, Martin y Rankin, 2011; Flory, Clayton, Leukefeld, Lynam y Milich, 2003; Modesto-Lowe *et al.*, 2010). Glass *et al.* (2011) han estudiado la relación entre la autoestima y el consumo de drogas en adolescentes con TDAH y TC, encontrando que las personas con TDAH comórbido con TC que también presentaban baja autoestima, tendían a usar más sustancias.

Por otra parte, algunos estudios han tratado de identificar los componentes específicos del TDAH relacionados con los trastornos por uso/abuso de drogas

concurrentes o posteriores, encontrando en algunos casos que el funcionamiento neurocognitivo ejecutivo en estas personas durante la infancia parece ser el componente asociado a un mayor riesgo para el uso de drogas en la adolescencia temprana, mientras que este factor junto con el nivel de actividad distingue otros trastornos del comportamiento o conductas problema (Giancola y Mezzich, 2003). Este funcionamiento ejecutivo como factor de riesgo para el abuso de drogas en adolescentes con un temperamento "difícil" parece constituir un factor de riesgo importante, no sólo en personas con TDAH, sino en adolescentes con algún trastorno por conducta antisocial (Giancola y Mezzich, 2000; Giancola y Mezzich, 2003; Giancola, Mezzich y Shoal, 2001).

También ha sido objeto de estudio el tratamiento psicofarmacológico del TDAH con psicoestimulantes, que parece disminuir significativamente el riesgo de uso de drogas en el seguimiento posterior, lo que sugiere la hipótesis de un modelo de neuroadaptación en el cual la exposición a estimulantes resultaría en alteraciones del sistema dopaminérgico que, a su vez, aumentarían la sensibilidad a los efectos reforzadores de la droga previamente experimentada. Si bien, otros estudios no han apoyado esta hipótesis (Biederman *et al.*, 1997; Biederman, 2003).

○ **Trastornos de personalidad**

Al margen del estudio de los rasgos de personalidad y su asociación con el uso de drogas, aspecto sobre el que nos detendremos más adelante, existen estudios longitudinales que encuentran una asociación entre los trastornos de la personalidad durante la adolescencia y los trastornos por uso de sustancias en la edad adulta temprana (Johnson *et al.*, 1999).

Mientras que en población adulta la relación entre trastornos de la personalidad y el consumo de sustancias parece clara (López y Becoña, 2006a, 2006b), los estudios que se realizan con población adolescente tienen como dificultad añadida que, para hablar de presencia de trastornos de la personalidad en adolescentes, se siguen unos criterios más restrictivos que en adultos. Como dice el DSM-IV-TR: *«Las categorías de los trastornos de la personalidad pueden ser aplicables a niños o adolescentes en los casos relativamente raros en los que los rasgos de personalidad desadaptativos particulares del individuo parezcan ser tendentes a extenderse, persistir y a no limitarse a una etapa particular del desarrollo o a un episodio de trastornos del Eje I. Habría que reconocer los rasgos de un trastorno de la personalidad que aparecen en la niñez y que a menudo no persisten de la misma forma en la edad adulta. Para diagnosticar un trastorno de la personalidad en un sujeto de menos de 18 años, las características deben de haber estado presentes durante al menos un año. La única excepción es el trastorno antisocial de la personalidad, que no se puede diagnosticar antes de los 18 años»* (American Psychiatric Association, 2002, p. 647). La dificultad que implica la evaluación de la

personalidad en la adolescencia contribuye a la heterogeneidad de los estudios en este tipo de población y a que coexistan conceptos diversos como trastornos de la personalidad, estilos de personalidad, rasgos de personalidad o síntomas de trastornos de la personalidad.

Los estudios que analizan la relación entre personalidad (trastornos de personalidad en algunos y prototipos en otros, en función del instrumento de evaluación utilizado) y el consumo de drogas en adolescentes son menos frecuentes aunque necesarios por las consecuencias negativas de dicha asociación (Cohen *et al.*, 2007; Fantín, 2006; Grella, Hser, Joshi y Rounds-Bryant, 2001; Taylor, 2005). Así, por ejemplo, Chabrol, Carey, Casas, Ducongé y Roura (2005) realizaron un estudio en consumidores de cannabis de entre 15 y 22 años y concluyeron que, en el caso de los varones, la variable que mejor predecía la dependencia del cannabis eran los síntomas del trastorno límite de personalidad. Watzke, Preuss, Schmidt y Zimmerman (2008) realizaron un estudio con adolescentes y jóvenes adultos con diagnóstico de dependencia del cannabis en tratamiento para lo que utilizaron la Entrevista Clínica Estructura para el DSM-IV para trastornos del Eje I, en su segunda edición, SCID-II (First, Benjamin, Gibbon, Spitzer y Williams, 1997) y encontraron que el 90% de los sujetos tenían diagnóstico de trastorno de la personalidad antisocial, más del 50% tenía un diagnóstico de trastorno de la personalidad paranoide, y más de un tercio un trastorno de la personalidad límite. Cohen *et al.* (2007), en su estudio de seguimiento con jóvenes de 13 años, concluyen que la presencia de un trastorno de la personalidad del grupo B incrementa significativamente la probabilidad de desarrollar un trastorno por consumo de sustancias. Keyes, Hasin y Martins (2008) encontraron en una muestra de 8.666 jóvenes que aquellos que habían consumido éxtasis alguna vez en la vida (y en el último año) presentaban una mayor prevalencia de los trastornos de personalidad antisocial y paranoide, en comparación con los jóvenes no consumidores.

La evidencia parece indicar que los trastornos de personalidad del Cluster B - Antisocial, Boredine (Chabrol *et al.*, 2005), Histriónico y Narcisista-, típicamente muestran un alto grado de comorbilidad con los trastornos por abuso de drogas. Por lo tanto, y a pesar de la variabilidad conceptual, las dificultades metodológicas y la escasez de estudios publicados al respecto, parece que los trastornos/prototipos de personalidad del grupo B serían los más frecuentes entre los jóvenes consumidores de drogas, al igual que en consumidores adultos (López y Becoña, 2006a; 2006b; San, 2004; Skinstad y Swain, 2001).

En este mismo sentido, otros autores encuentran apoyo empírico para definir una teoría común en el desarrollo del trastorno por uso de drogas y el trastorno de personalidad antisocial (Verheul y Van den Brink, 2005). Se ha argumentado también que dos dominios amplios de la personalidad asociados a la Desinhibición y

al Neuroticismo pueden ser factores comunes a ambos tipos de trastornos, y que el nexo común podría encontrarse en rasgos de personalidad de orden menor, tales como la impulsividad y el daño a uno mismo (Casillas y Clark, 2002).

La elevada comorbilidad entre los trastornos de personalidad y por uso de drogas sugiere una relación causal entre ambos, y la mayor parte de la evidencia empírica apoya las hipótesis de causalidad en la que los rasgos (patológicos) de la personalidad contribuyen al desarrollo de un trastorno por uso de sustancias, aunque esa evidencia no se basa en estudios prospectivos (Markon y Krueger, 2005). También se encuentra apoyo en un modelo que considera tres vías de desarrollo en estos trastornos: desinhibición comportamental, reducción del estrés y sensibilidad a las recompensas.

○ **Trastornos de la conducta alimentaria**

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) presentan una alta comorbilidad con el uso/abuso de drogas (Bulik *et al.*, 2004; Castro-Fornieles *et al.*, 2010; Krug *et al.*, 2008). Estudios que distinguen entre los diferentes subgrupos de los TCA y los diferentes tipos de sustancias han mostrado una relación directa entre las dietas y los atracones (con o sin conductas purgativas) y el uso o abuso de drogas estimulantes, como pueden ser: tabaco, anfetaminas, cocaína o medicación psicotrópica (Piran y Robinson, 2006; Stice y Shaw, 2003). No puede olvidarse que estas sustancias dan lugar a pérdida de apetito y, por tanto, a pérdida de peso. Algunos estudios han encontrado que los pacientes con anorexia de tipo restrictivo, es decir, con ausencia de atracones o purgas, consumen menos cannabis y estimulantes que los de tipo compulsivo/purgativo, que se da cuando el individuo recurre regularmente a purgas u otras conductas compensatorias (Root *et al.*, 2010; Stock, Corbett, Goldberg y Katzman, 2002). Otros estudios han puesto de manifiesto la presencia en los TCA de variables muy relacionadas con las conductas adictivas como es la impulsividad o la depresión (Courbasson y Brunshaw, 2009; Stice, Burton y Shaw, 2004; Wonderlich, Connolly y Stice 2004). También se ha estudiado la mayor presencia de episodios de consumo de grandes cantidades de bebida en mujeres en riesgo de padecer TCA (Khaylis, Trockel y Taylor, 2009) o en chicas adolescentes y jóvenes en que los atracones suelen asociarse significativamente al consumo de alcohol (Piran y Robinson, 2006). En cambio, no se ha observado ninguna asociación significativa entre el seguimiento de dietas restrictivas y el consumo de alcohol.

Estudios más recientes, como el realizado en España por Bisetto *et al.* (2012), concluyen que los adolescentes que se encuentran en un umbral de riesgo para padecer un trastorno de la conducta alimentaria consumen más drogas que los que no se encuentran dentro de este umbral y que las drogas más utilizadas por estos adolescentes, al objeto de suprimir el apetito, son de tipo estimulante, lo que estaría

en línea con los resultados obtenidos por otros estudios internacionales (Anzengruber *et al.*, 2006; Krug *et al.*, 2008; Modrezjewska, 2010; Saules *et al.*, 2004).

Pero además de estudiar los trastornos de alimentación, también hay autores que han investigado acerca de otros aspectos relacionados, como la satisfacción con el propio cuerpo, encontrando que niveles bajos de satisfacción corporal se asociaban con el consumo de drogas (Fang *et al.*, 2011; Pope *et al.*, 2012) o que la existencia de sobrepeso, real o percibido, aumenta la probabilidad de que un adolescente inicie el consumo de tabaco, aunque esto sólo se observa en chicas y no en chicos (Caria *et al.*, 2009) o la relación entre el consumo de drogas y la composición corporal, Pasch, Cance, Lytle, Moe y Velazquez (2012), al constatar que se habían triplicado las tasas de crecimiento de la obesidad entre los jóvenes en las últimas tres décadas, estudiaron dicha relación y llegaron a la conclusión de que el uso de sustancias (alcohol, tabaco y cannabis) contribuía a la composición posterior del cuerpo y, sin embargo, la composición del cuerpo no contribuía al uso posterior de sustancias. Pickering *et al.* (2011) por su parte, observaron que el sobrepeso y la obesidad podrían servir como factores de protección contra el desarrollo de trastornos por uso de sustancias, debido posiblemente, a las funciones neuronales cerebrales que comparten. Sin embargo, otros autores obtienen que tanto el bajo peso como el sobrepeso aumentan el riesgo de consumo de drogas en mujeres (Denoth, Fortunato, Iozzo, Molinaro y Siciliano, 2011; McCarty *et al.*, 2009).

A la luz de estos resultados parece muy necesario continuar explorando la relación entre el peso, la imagen corporal, los problemas y trastornos de alimentación y el consumo de drogas.

o **Otros problemas:**

Estudios como el de Biederman *et al.* (1997) y otros más recientes como el de Wittchen *et al.* (2007), sugieren que el trastorno bipolar es también un predictor del desarrollo de adicciones durante la adolescencia y la edad adulta joven (Birmaher y Axelson, 2006), lo que se vería confirmado por otros estudios epidemiológicos y clínicos (Goldstein y Bukstein, 2010) que demuestran que el inicio del trastorno bipolar durante la adolescencia confiere un riesgo mayor de padecer un trastorno por consumo de drogas en comparación con la edad adulta. Al igual que el trastorno esquizotípico de personalidad que parece ir acompañado de un mayor volumen de síntomas, tanto somáticos como psicopatológicos, y por un mayor consumo de alcohol y otras drogas (Fumero, Santamaría y Navarrete, 2009).

También parece existir relación entre el consumo, y en mayor medida entre el abuso de sustancias y el suicidio (Borowsky, Ireland y Resnick, 2001), aunque esta asociación es difícil de analizar porque muchos de los estudios se han hecho con las

personas que han cometido efectivamente suicidio y en los que se encuentra un alto porcentaje de consumo de drogas previo o un uso frecuente de drogas ilegales (Borowsky *et al.*, 2001; Cáster, Clover y Issakidis, 2003; Cassells, Dowding, Morrison y Paterson, 2005; Esposito-Smythers y Spirito, 2004; Kuo *et al.*, 2004). Según algunos estudios, el uso de alcohol y otras drogas predice el inicio de los intentos suicidas, incluso tras controlar factores sociodemográficos y algunos aspectos de comorbilidad psiquiátrica. El mayor número de sustancias consumidas resulta ser un predictor más importante de los intentos suicidas que el tipo de sustancias consumidas, los efectos del uso de estas y su influencia en la planificación de los intentos suicidas o los intentos no planificados entre aquellos que llegan a pensar en el suicidio (Borges, Kessler y Walters, 2000). Lo que también parece válido en el caso del tabaco, según Riala, Taanila, Hakko y Rasanen (2009) quienes hayan que las adolescentes finlandesas fumadoras presentan un riesgo de tentativas suicidas y de autoagresiones 4,5 veces mayor que las no fumadoras, descartando posibles influencias de la edad y de trastornos psiquiátricos.

Parece que cuando están presentes a un tiempo los trastornos del estado de ánimo (especialmente en la infancia y la adolescencia temprana), los problemas de conducta en la infancia, un peor autoconcepto, serios problemas en los padres (alcoholismo y/o depresión) y el consumo de drogas, el riesgo se multiplica. Especialmente, la soledad crónica percibida durante la infancia parece ser un factor de riesgo de especial importancia para el inicio del uso de drogas y los posteriores intentos de suicidio entre adolescentes y adultos jóvenes que abusan de las drogas (Borowsky, Hogan y Ireland, 1997).

Por último, parece que recientemente también se han identificado los problemas de sueño en la infancia como un factor de riesgo para el consumo de drogas, Wong *et al.* (2010) han sido los primeros en relacionar a largo plazo, los problemas de sueño en la infancia con el consumo de alcohol en la adolescencia y en la juventud, lo que apunta a que el cansancio excesivo durante la niñez predice los consumos de alcohol y los problemas relacionados con el mismo en la juventud (Wong, Brower, Nigg y Zucker, 2010).

b) Consumo precoz

Un gran número de estudios documenta que el uso temprano de drogas es un fuerte factor de riesgo para el consumo de drogas y para un uso más grave posteriormente (Clark, Cornelius, Kirisci y Tarter, 2005; Flory, Clayton, Leukefeld, Lynam y Milich, 2004; Grant, Hardford y Stinson, 2001; Guo, Collins, Hawkins y Hill, 2000; López y Rodríguez-Arias, 2010; Mayet, Chau, Falissard y Legleye, 2010; Pitkänen *et al.*, 2008; Zucker, 2008).

El principal factor de riesgo para el consumo de alcohol es el hábito de fumar tabaco, tanto en consumidores habituales de alcohol como esporádicos (Huurre *et*

al., 2010; Ruiz y Ruiz, 2011). Consumir tabaco y la dependencia de la nicotina también es un factor de riesgo fuertemente asociado al consumo de cannabis (Brook, Kessler y Cohen, 1999; Pérez *et al.*, 2010) y a la dependencia de alcohol o de otras drogas ilegales en la edad adulta temprana (Brook *et al.*, 2008). Brook *et al.* (2008) concluyen que los jóvenes que empiezan a fumar cigarrillos de forma precoz, en comparación con un inicio más tardío, presentan un riesgo 3 veces mayor de desarrollar dependencia del alcohol, 2,3 veces más riesgo de desarrollar una dependencia a sustancias ilegales y 5 veces más riesgo de desarrollar dependencia al alcohol y a drogas ilegales; de ahí la necesidad de retrasar al máximo la edad de inicio del consumo de tabaco (Agrawal, Silberg, Lynskey, Maes y Eaves, 2010; Agrawal *et al.*, 2008; Agrawal y Lynskey, 2009; Dierker *et al.*, 2008; Mayet *et al.* 2010; Wilson, Battistich, Syme y Boyce, 2002).

Otros estudios también señalan que consumir alcohol y hacerlo en exceso sería un factor de riesgo para el consumo de cannabis y otras drogas ilegales (Chassin *et al.*, 2004; Guxens, Ariza, Nebot y Ochoa, 2007; Pérez *et al.*, 2010). Si bien parece que fumar no es de mayor riesgo que consumir alcohol para el inicio del consumo de cannabis, sí aumenta el riesgo de consumo de cannabis, el consumo conjunto de alcohol y tabaco (Mayet *et al.*, 2010; Prince van Leeuwen *et al.*, 2011).

En cuanto al consumo de cannabis, primero Lessem *et al.* (2006) y después otros investigadores (Mayet *et al.*, 2010; Morojele y Brook, 2001; Patton *et al.*, 2007) examinaron la asociación entre el consumo de cannabis y el uso de otras drogas ilegales en la edad adulta. Lessem *et al.* (2006) encontraron que los adolescentes que usaban cannabis eran aproximadamente 2 veces más propensos que sus compañeros no consumidores al uso de otras drogas ilegales en la edad adulta temprana. La investigación de Patton *et al.* (2007) proporcionó una nueva evidencia adicional a esta asociación entre el uso de cannabis en la adolescencia y una variedad de otras sustancias ilegales. Estos autores llegaron a la conclusión de que los usuarios de cannabis en la adolescencia eran seis veces más propensos que los no usuarios al consumo de anfetaminas, 7,2 veces más propensos a usar éxtasis y 5 veces más propensos a consumir cocaína en la edad adulta. Mayet *et al.* (2010), en un estudio realizado en Francia sobre 29.393 adolescentes, obtienen que el riesgo de iniciar el consumo de otras drogas ilegales es 21 veces mayor entre los experimentadores de cannabis y 124 veces mayor entre los consumidores diarios de esta sustancia, lo que podría ser una consecuencia de la primera oportunidad de usar la droga ilegal más accesible, que es el cannabis.

En cuanto al uso de sustancias en general y su relación posterior con el abuso, Gil, Tubman y Wagner (2004) encontraron que un adulto joven normal usuario de sustancias que comenzó el uso de sustancias en la adolescencia temprana era 1,5 veces más propenso a experimentar abuso de alcohol, dos veces más propenso a abusar del cannabis, tenía una 1,7 veces más probabilidades de ser dependiente

del cannabis, y dos veces más probabilidades de tener cualquier trastorno por uso de sustancias en comparación con los abstemios en la adolescencia. Las investigaciones de King y Chassin (2007) dieron lugar a semejantes resultados, lo que sugiere que los jóvenes que comenzaron el consumo de sustancias en o antes de los 13 años eran 3,16 veces más propensos a desarrollar dependencia de drogas durante la adultez temprana.

Finalmente, un sólido estudio longitudinal realizado recientemente por un grupo de investigadores de la Universidad de Washington examina la asociación entre la edad de inicio del consumo de alcohol y su uso indebido y la dependencia en la edad adulta partiendo de la hipótesis de que la adolescencia temprana (11-14 años) es un periodo vulnerable del desarrollo durante el cual el inicio del consumo de alcohol es especialmente dañino. La información obtenida provenía de 808 participantes reclutados en 1981 y seguidos hasta la edad de 33 años en 2008, con un 92% de retención. Los resultados que obtuvieron revelan que el inicio del consumo de alcohol antes de los 11 años (segunda infancia), en comparación con el inicio en la adolescencia temprana, se relacionó con un aumento de la cronicidad de la dependencia en la edad adulta, incluso teniendo en cuenta los controles sociodemográficos y otras sustancias en la adolescencia. Sin embargo, aunque todos los grupos de edad que comenzaron a beber regularmente antes de los 21 años tenían una mayor tasa de dependencia de alcohol en la edad adulta, el inicio del consumo regular en la adolescencia temprana no se relacionó con una mayor cronicidad de la dependencia del alcohol en relación con el inicio del consumo regular en la adolescencia media o tardía (Guttmanova *et al.*, 2011, 2012).

c) Conducta antisocial

La conducta antisocial hace referencia básicamente a una diversidad de actos que violan las normas sociales y los derechos de los demás. Estas conductas que infringen las normas sociales y de convivencia reflejan un grado de severidad que es tanto cuantitativa como cualitativamente diferente del tipo de conductas que aparecen en la vida cotidiana durante la infancia y adolescencia. Las conductas antisociales incluyen así una amplia gama de actividades tales como acciones agresivas, hurtos, vandalismo, piromanía, mentiras, absentismo escolar y huidas de casa, entre otras. Aunque estas conductas son diferentes, suelen estar asociadas, pudiendo darse, por tanto, de forma conjunta. Eso sí, todas conllevan de base el infringir reglas y expectativas sociales y son conductas contra el entorno, incluyendo propiedades y personas (Kazdin y Buela-Casal, 2002). De esta forma, el trastorno de conducta, ya revisado anteriormente, quedaría reservado para aquellas conductas antisociales clínicamente significativas y que sobrepasan el ámbito del normal funcionamiento (Kazdin y Buela-Casal, 2002).

Cuando nos referimos a la conducta antisocial estamos describiendo una conducta que puede cumplir criterios legales para ser denominada *delito* (p. ej. robar, vandalismo), puede cumplir también criterios diagnósticos para ser considerada parte de un *trastorno psicopatológico* (p. ej. trastorno disocial), puede presentarse asociada a comportamientos *agresivos o violentos* (p. ej. homicidio, abuso sexual) o no tiene por qué cumplir ninguna de estas acepciones (p. ej. absentismo escolar).

La conducta antisocial en la infancia tiende a generalizarse hacia el desarrollo de un amplio abanico de problemas de conducta posteriormente en la adolescencia y edad adulta temprana, incluyendo el mantenimiento de la conducta antisocial, conducta sexual de riesgo, fracaso escolar y uso y abuso de sustancias (Ary, Duncan, Duncan y Hops, 1999). La conducta antisocial en la adolescencia es un claro factor de riesgo de consumo de drogas, sobre todo cuando esta conducta se prolonga hasta la edad adulta y nos encontramos con un trastorno de personalidad antisocial. La evidencia científica de apoyo a esta asociación es muy consistente (Becoña, 1999; Becoña, 2002; Contreras, Cano y Molina, 2012; Englund *et al.*, 2008; Ferdinand, Blum y Verhulst, 2001; Gervilla *et al.*, 2012; Krueger *et al.*, 2002; Krueger *et al.*, 2005; Ljubotina *et al.*, 2004; Muñoz-Rivas *et al.*, 2000; Rhodes *et al.*, 2003; Steinhausen, Eschmann, Heimgartner y Metzke, 2008; Young, Sweeting y West, 2008; Copeland *et al.*, 2009), incluso cuando se controlan otros factores de riesgo (Adalbjarnardottir y Rafnsson, 2002).

La asociación entre la conducta antisocial y el consumo de drogas es válida para el uso de tabaco (Bor, Dean, McGee, Hayatbakhsh y Najman, 2010), el uso y el consumo problemático de alcohol (Jackson, Schulenberg y Sher, 2005; Maggs, Feinstein y Patrick, 2008; Wiesner, Capaldi y Kim, 2005), el consumo de cannabis (Bor *et al.*, 2010) y el uso de cocaína (Hamil-Luker, Blau y Land, 2004).

Muchos modelos teóricos para explicar el consumo de drogas y su aplicación a la prevención se centran, por este motivo, a la vez en la conducta antisocial y la conducta de consumo de drogas por la gran semejanza que se encuentra entre ellas a la hora de analizar los factores de riesgo para una y otra, encontrando que son múltiples los factores de riesgo compartidos entre el consumo de drogas y la violencia (Boles y Miotto, 2003; Dorsey, Zawitz y Middleton, 2003; Hodgins, 1993; López y Rodríguez-Arias, 2012; MacCoun, Kilmer y Reute, 2003; Marzuk, 1996; Nagin y Tremblay, 2001; Room y Rossow, 2001; White y Gorman, 2000; White, 2004).

Tal y como ya se comentó, algunos autores en un intento de integración, han propuesto una explicación más comprensiva de estos fenómenos bajo la denominación de síndrome de conducta desviada (Hundleby y Mercer, 1987), síndrome de desviación general (McGee y Newcomb, 1992), conducta problema (Donovan y Jessor, 1985; Donovan, Costa y Jessor, 1988; Donovan, 1996; Jessor y

Jessor, 1977; White y Labouvie, 1994; White, 2004), etc., donde estarían fuerte y positivamente correlacionadas al menos la conducta antisocial o delictiva, junto al consumo de drogas, y otras como la conducta sexual problemática, etc., aunque esta agrupación parece encontrarse más fácilmente en la adolescencia que en la infancia tardía (Gillmore *et al.*, 1991).

Así se han creado instrumentos (Arthur *et al.*, 2002; Glaser *et al.*, 2005) y realizado estudios que pretenden investigar los factores de riesgo y protección comunes tanto a la conducta antisocial como al consumo de drogas. En España, López y Rodríguez-Arias (2012) han realizado recientemente una investigación con el objetivo de identificar el papel de la edad y el sexo como predictores de la conducta antisocial y del consumo de drogas, así como la identificación de los factores de riesgo y protección comunes. Los datos indican que la edad predice el consumo pero no la conducta antisocial. Los factores de riesgo que son predictores comunes de la conducta antisocial y el consumo de sustancias son el fracaso escolar, la implicación en bandas, las actitudes favorables y la iniciación a la conducta antisocial. Los factores protectores comunes son las habilidades sociales y la creencia en el orden moral. En esta investigación se utilizó el Communities that Care Youth Survey (CTCYS) (Arthur *et al.*, 2002; Glaser *et al.*, 2005), que permite identificar el consumo de drogas, la conducta antisocial y sus factores de riesgo y protección en la familia, la escuela, la comunidad, los iguales y en el individuo.

d) Alienación y rebeldía

Según Hawkins (Hawkins *et al.*, 1992), tanto la rebeldía como la alienación constituyen factores de riesgo principales para el consumo de drogas. Concretamente, ellos consideran la alienación de los valores dominantes de la sociedad, la baja religiosidad y la rebeldía como factores de riesgo, encontrando en sus estudios que todos ellos muestran tener una relación positiva con el consumo de drogas. Como ejemplo, uno de los mejores estudios sobre esta temática es el de Shedler y Block (1990). Estos autores encontraron que la alienación interpersonal evaluada a los 7 años de edad predecía el uso frecuente de cannabis a los 18 años.

Resultados que muestran la asociación positiva entre la alienación de valores convencionales y el posterior consumo de drogas en adolescentes (tanto para el inicio en el consumo como para el mantenimiento posterior) han sido hallados también por otros autores (Brook, Cohen y Jaeger, 1998; Abrahamson, Baker, y Caspi, 2002; Zucker, 2008). En el caso de la rebeldía, en pre-adolescentes y adolescentes parece que estaría sustancialmente influida por componentes genéticos y ambientales del entorno familiar (Abrahamson *et al.*, 2002), lo que sugiere que la rebeldía y la alienación de valores convencionales puede ser un constructo de la personalidad que refleja el impacto de estos otros factores de riesgo.

e) Agresividad

Varios estudios han analizado el papel de la agresividad como factor de riesgo para el consumo de drogas, si bien este concepto es muy cercano, o altamente correlacionado con otros ya vistos anteriormente, como es la conducta antisocial, la alienación y rebeldía, etc. Los estudios en donde se ha analizado la relación entre agresividad en la infancia (conceptualizada bajo las denominaciones de agresión, temperamento difícil, rebeldía, impulsividad, trastornos emocionales y dificultades interpersonales) y consumo de drogas muestran relaciones consistentes entre ambos (Ensminger, Juon y Fothergill, 2002). Tarter y sus colaboradores elaboraron un índice de inhibición o, si la hay, de desinhibición neuroconductual que incluía evaluaciones de tres áreas de control inhibitorio: desregulación emocional (temperamento difícil), inhibición de respuestas motoras (síntomas de hiperactividad, oposicionismo y trastorno de conducta) y déficit en funciones ejecutivas cognitivas. Hallaron que presentar desinhibición neuroconductual a los 16 años de edad, asociada a un consumo frecuente de drogas lícitas o ilícitas y a tener padres con trastornos por consumo de drogas, predecía con un 85% de seguridad padecer un trastorno por consumo de drogas a los 19 años (Tarter et al., 2003). En adolescentes de ambos sexos, los sentimientos de cólera (rabia) también pronostican el consumo posterior de tabaco, alcohol y cannabis (Nichols, Mahadeo, Bryant y Botvin, 2008).

Entre los primeros proyectos de investigación que estudiaron la agresividad en su relación con el consumo de drogas, destaca el estudio Woodlawn, realizado con alumnos de enseñanza primaria de Chicago (Kellam, Ensminger y Simon, 1980). El periodo de seguimiento en este estudio abarcó desde la preadolescencia hasta 10 años después, cuando los participantes (n=705) tenían 16-17 años de edad. Según esta investigación, la agresividad en la infancia favorece el desarrollo posterior de trastornos adictivos, mientras que la timidez actúa como un factor protector. Después en un estudio de Lerner y Vicary (1984) se encontró que el "temperamento difícil" en la infancia se asoció significativamente con el consumo de ciertas sustancias como el tabaco y el alcohol, que algunos autores consideran "puerta de entrada" al consumo de otras drogas en la adolescencia y en la edad adulta joven. Más recientemente, en un estudio realizado en 2011 también se encuentra relación entre el temperamento y el consumo de alcohol, encontrándose además diferencias por género. Particularmente, las niñas con mayor consumo de alcohol en el grado 10 se distinguen por la presencia de desinhibición temperamental. En cambio los niños con mayor consumo de alcohol en el grado 10 se distinguen principalmente por un afecto temperamental negativo (Burk et al., 2011).

Durante la década de 1990 varios estudios prospectivos confirmaron que la agresividad en las primeras etapas de la vida es un precursor de consumo posterior de sustancias psicoactivas (Lynskey y Fergusson, 1995; O`Donnell, Abbott y Hawkins, 1995). Destaca en esta época el estudio de Brook, Whiteman, Finch y

Cohen (1996), con veinte años de seguimiento. Este autor encuentra que la agresividad en la infancia está relacionada en los años posteriores tanto con el abuso de drogas como con la delincuencia. La estabilidad de esta relación se mantiene en el tiempo y para ambos sexos, aunque predominando más las conductas delictivas en varones y las de uso de drogas en mujeres con mayor nivel socioeconómico. En esta misma línea, otros autores también obtienen relación entre la agresividad infantil y el posterior consumo de drogas (Borowsky y Ireland, 2004; Gilvery, 2000). Cuando la conducta agresiva se convierte en una estrategia de afrontamiento habitual, puede irse configurando un estilo de personalidad que derive en un trastorno antisocial de la personalidad, en el que el consumo de sustancias es frecuente (American Psychiatric Association, 2002).

Otros estudios han venido a confirmar esta relación entre agresividad y consumo de drogas, reiterando que la agresividad física en la infancia y adolescencia es un predictor de uso y abuso de sustancias (Engels, Bot, Dubas, Gerris y Vermulst, 2005; Farhat *et al.*, 2011; Ohannessian y Hesselbrock, 2008; Timmermans, Koot y Van Lier, 2008).

Algunos autores han centrado sus investigaciones en la violencia en contextos recreativos nocturnos, al constatar la existencia de una alta prevalencia de conductas violentas en estos contextos. De tal manera que incluso se ha llegado a asociar el aumento de la violencia a la expansión de un modelo de diversión vinculado al consumo de alcohol y otras drogas en algunos países, como el Reino Unido (Anderson *et al.*, 2007; Violence Prevention Alliance, 2007). Parece que los predictores para participar en peleas son ser joven (14 a 18 años) y tener frecuentemente broncas o discusiones (Blay *et al.*, 2012).

En otro reciente trabajo realizado en nuestro país, en el que se estudiaba la violencia en las relaciones de noviazgo, se encontró que niveles elevados de consumo de alcohol y drogas ilegales incrementaron significativamente la probabilidad de informar de agresión física y sexual para ambos sexos (Muñoz-Rivas, Gámez, Graña y Fernández, 2010).

La relación hallada entre consumo de sustancias y violencia podría ser de carácter bidireccional con influencias recíprocas, de forma tal que el uso de sustancias durante la adolescencia incrementa la probabilidad de agresión y viceversa, tal y como se ha sugerido en otros trabajos (Abbey, Buck, Clinton, McAuslan y Zawacki, 2004; Huang, Catalano, Hawkins, Kosterman y White, 2001; Quigley y Leonard, 2000; White, Loeber, Farrington y Stouthamer-Loeber, 1999).

Otros estudios previos ya habían informado de la existencia de un síndrome de comportamientos problemáticos o de riesgo, dentro del cual el consumo de sustancias y la violencia habitualmente covarían (DuRant *et al.*, 2007; Eaton,

Barrios, Brener, Davis y Noonan, 2007; Howard, Yang y Wang, 2007; King y Chassin, 2004) y podrían compartir el mismo mecanismo explicativo subyacente (Jessor, 1993; Peña, Andreu y Graña, 2009). Es posible que el uso de sustancias y la violencia, junto con otros comportamientos de riesgo para la salud, formen parte de una constelación de conductas problemáticas en la adolescencia que compartan los mismos predictores individuales y ambientales (Feldstein y Miller, 2006). Lo cual es congruente con la Teoría de los Comportamientos Problema (Jessor *et al.*, 2003).

f) Conducta sexual de riesgo

Está relativamente bien documentada la asociación positiva y recíproca entre el uso de drogas y la conducta sexual de riesgo y el embarazo no deseado en adolescentes (Brook *et al.*, 2004; Guo *et al.*, 2002).

Esta asociación se documenta en recientes investigaciones realizadas en España. Calafat, Fernández, Juan y Becoña (2008) observan que es más probable que los jóvenes que han consumido cocaína o éxtasis hayan mantenido relaciones sexuales completas con menor edad y que en el último año las hayan mantenido con un mayor número de personas. Estos datos coinciden con otros estudios (Bellis *et al.*, 2008; Bellis, Bennet, Chavez, Hale y Kilfoyle, 2000; Castilla, Barrio, Belza y de la Fuente, 1999; Hughes *et al.*, 2009) que señalan que el consumo de sustancias como el alcohol, cannabis, cocaína o éxtasis antes de los 16 años está relacionado con un inicio más temprano en las relaciones sexuales. Además, los consumidores de drogas en el ámbito del ocio nocturno han mantenido relaciones sexuales con un mayor número de parejas e incluso es más probable que hayan pagado por mantener relaciones sexuales. Los jóvenes consideran que estas sustancias facilitan el inicio de relaciones sexuales y la realización de prácticas sexuales poco frecuentes, siendo el alcohol y la cocaína las mejor valoradas para ello (Calafat *et al.*, 2008; Sumnall, Beynon, Riley y Cole, 2007). Además, al igual que en otros estudios (Becoña, Calafat, Juan y Ros, 2008; Bellis *et al.*, 2000; Bellis *et al.*, 2008; Calafat *et al.*, 2008, 2010, Castilla *et al.*, 1999; Coleman y Cater, 2005; Donovan y McEwan, 1995; Rodríguez, Hernández y Fernández, 2007), encuentran que es más probable que los consumidores de cocaína o éxtasis hayan mantenido relaciones sexuales sin utilizar preservativo o alguna otra forma de control del embarazo y que lo hayan hecho bajo los efectos del alcohol o de otras drogas. Esto tiene como consecuencia los embarazos no deseados y el contagio de enfermedades de transmisión sexual.

Sin embargo, estudios que intentan esclarecer la etiología de estas conductas-problema ponen de manifiesto que la interrelación entre uso de drogas y conducta sexual de riesgo es compleja, y comprender las vías de la etiología de estos trastornos y conductas-problema requiere tener en cuenta su interrelación con

alteraciones y trastornos preexistentes como la mala autorregulación comportamental, la victimización y estados emocionales negativos en la infancia, internalización de sintomatología psicopatológica, conducta antisocial, implicación con parejas sexuales de edad sustancialmente superior, etc. (Castillo *et al.*, 1997; Castillo *et al.*, 1999).

g) Consecuencias del abandono, maltrato y abuso sexual, físico o emocional

El abandono, maltrato o abuso físico, psicológico y sexual está asociado con el uso de drogas (Durant *et al.*, 2000; Downs y Harrison, 1998; Félix-Ortiz y Newcomb, 1999; Johnsen y Harlow, 1996; Kelley, 2003; Kilpatrick *et al.*, 2000), los trastornos por abuso o dependencia posteriores (Kilpatrick *et al.*, 2000; Kilpatrick *et al.*, 2003; King *et al.*, 2004; Putnam, 2003; Tarter *et al.*, 2004), así como a otros múltiples problemas en el momento en que se produce y en la vida posterior, siendo la depresión el más frecuente (Bayatpour, Holford y Wells, 1992; Kelley, 2003; Putnam, 2003) y especialmente entre las mujeres (Liebschutz *et al.*, 2002; Marcenko, Kemp y Larson, 2000). Aunque otros autores sugieren que esa asociación puede estar mediada por trastornos afectivos, como ansiedad y depresión (Simpson y Miller, 2002).

Aún controlando otros potenciales factores de riesgo para el uso y abuso de drogas, como el sexo, edad, depresión o disfunción familiar, el haber padecido abuso sexual en la infancia parece ser un factor de riesgo para el abuso de drogas, para la conducta antisocial y para el uso de drogas en la adolescencia (Bergen, Allison, Martin, Richardson y Roeger, 2004; Kendler *et al.*, 2000; Mamun *et al.*, 2007). Entre las mujeres que han padecido abuso sexual en la infancia, el uso o abuso de drogas posterior también resulta ser un factor de riesgo para una nueva y posterior re-victimización sexual (Messman-Moore y Long, 2003). La severidad del uso y abuso de drogas posterior parece correlacionar positivamente con características del abuso sexual, tales como un intento o consumación del coito, el uso de la fuerza o amenazas, el abuso por parte de un familiar o una reacción negativa por parte de alguien a quien se comunica el abuso sufrido, sin que estas características del abuso sexual se asocien de modo diferencial con el posterior trastorno por abuso de drogas u otros trastornos psiquiátricos (Bulik, Prescott y Kendler, 2001).

En cuanto al abuso físico, este parece ser un factor de riesgo de especial relevancia, mayor incluso que la victimización sexual. Sin embargo, también se ha encontrado que esta asociación puede estar mediada por factores de protección y resiliencia (individuales, familiares y extrafamiliares), tales como características del grupo de pares, religiosidad, clima escolar positivo, relaciones de apoyo con adultos, apoyo familiar, implicación en actividades extraescolares y visión de futuro (Bergen *et al.*, 2004). Un reciente estudio longitudinal realizado por Lansford, Bates, Dodge y

Pettit (2010) aporta nuevos datos sobre la relación entre el abuso físico y el consumo de drogas. En dicho estudio se examinaban las declaraciones de abuso físico de los padres durante los primeros 5 años de vida de sus hijos, como predictor del consumo de drogas a los 12, 16 y 25 años. Los resultados revelaron que el abuso físico infantil predecía al consumo de sustancias posterior en el caso de las mujeres, pero no en el de los hombres.

La psicopatología del desarrollo enfatiza el impacto que el maltrato, en la infancia temprana, tiene sobre el desarrollo durante la adolescencia y edad adulta temprana, mientras que un enfoque centrado en el ciclo vital enfatiza eventos más próximos (por ejemplo, el maltrato en la adolescencia) como disruptivos en el desarrollo. El maltrato infantil está fuertemente asociado con la psicopatología del adolescente, con el uso ilícito de drogas y con el abuso y la dependencia posteriores, además parecen existir diferencias de género (Huang *et al.*, 2011; Oshri, Burnette, Cicchetti y Rogosch, 2011; Rogosch, Cicchetti y Oshri, 2010). Por ejemplo, los adolescentes con antecedentes infantiles de abuso físico y sexual tienen muchas más probabilidades de empezar a fumar más tempranamente, hacerlo de forma regular, fumar diariamente una cantidad elevada de cigarrillos y desarrollar dependencia a la nicotina o de un riesgo siete veces mayor de consumo de alcohol a los 12 años y de utilizar el alcohol una media de 2 años antes de lo que lo hacen los niños no maltratados (Kaufman, Douglas-Palumberi y Yang, 2007). La gravedad del maltrato en la primera infancia potencia una personalidad menos adaptativa, a la que le sigue una externalización de los problemas en la preadolescencia y consumo de sustancias como el cannabis y síntomas de dependencia en la adolescencia (Oshri *et al.*, 2011).

En esta misma línea también se ha estudiado la relación entre la tasa de violencia durante las citas en el noviazgo y el uso de drogas. Los resultados apuntan a que los jóvenes que experimentaron cierta violencia eran más propensos a fumar cigarrillos, beber alcohol, beber alcohol en exceso, consumir éxtasis, utilizar Vicodin y Xanax (Temple y Freeman, 2011).

h) Expectativas y actitudes favorables hacia el consumo de drogas

Clásicamente se han distinguido dos tipos de actitudes o expectativas: las positivas y las negativas. Mientras las primeras deben favorecer el incremento en el consumo, las negativas se asociarían con la motivación para no iniciarlo o, en su caso, para disminuirlo. Así, como recogen diversos estudios, una actitud favorable hacia las drogas, incrementa claramente, la probabilidad de probar las mismas; una actitud desfavorable facilita una baja probabilidad de prueba (Becoña, 2000; Becoña, 2002; Early, 2005; Muñoz-Rivas *et al.*, 2000; PNSD, 2011; Tucker, Ellickson y Klein, 2003).

Destacamos el largo estudio de seguimiento de Jessor (Jessor, 1993; Jessor et al., 1995; Jessor et al., 1998) donde se encuentra que la persona forma su actitud sobre las drogas a partir de la observación de las conductas de sus padres sobre el consumo de alcohol y medicamentos, de la interpretación que hace de la conducta de sus padres sobre el consumo de esas sustancias, de la observación del consumo entre su grupo de iguales y de la interpretación de las actitudes y normas del grupo de iguales. Ello está también modulado por la práctica religiosa y por el peso del grupo de iguales. En función de todo ello la persona se forma una actitud hacia el consumo o no consumo de drogas. Si se produce el consumo, este facilita como conducta, un cambio de actitud hacia otras sustancias. Así las actitudes sobre las drogas se van formando paulatinamente y cambiando hacia una mayor tolerancia acerca del consumo de las mismas y hacia un mayor valor positivo y de aceptación desde la niñez hasta la adolescencia. Esto es también una parte de lo que explica el que a partir del comienzo de la adolescencia, se incrementa de modo significativo el consumo de drogas, especialmente de drogas de comercio legal. Este consumo, facilita como conducta, un cambio de actitudes hacia otras sustancias, de ahí el que en los siguientes años comiencen una parte de los jóvenes a probar otras sustancias.

Estudios realizados en nuestro país, obtienen resultados en la misma dirección, una actitud más favorable hacia el consumo se relaciona con una mayor experimentación, con una distorsión en la percepción de riesgo y en las creencias erróneas acerca de los efectos de las drogas, una menor resistencia a la presión grupal y una mayor disposición conductual al consumo y, por tanto, con una mayor probabilidad de que se produzca el mismo (Villa, Rodríguez y Sirvent, 2006; Villa, Ovejero y Rodríguez, 2010;).

Basándose en los principios del modelo de aprendizaje de Bandura (1977), la teoría de las expectativas de resultados propone que los sujetos desarrollan determinadas conductas motivados por sus creencias sobre los efectos específicos que este tipo de comportamientos pueden generar. La aplicación de esta teoría al consumo de alcohol y otras drogas asume que éste se genera ante el deseo de lograr unos resultados específicos, asociados con el uso de estas sustancias. Leigh (1989) las define como las creencias sobre los efectos de la sustancia en la conducta, la cognición, el estado de ánimo y las emociones. Su capacidad para activar procesos de memoria lleva a Leventhal y Schmitz (2006) a considerarlas como "representaciones cognitivas que pueden ser conceptualizadas en términos de sus efectos sobre la conducta o como estructuras de memoria que influyen en las decisiones para consumir drogas a través de la activación de ésta".

La implicación de las expectativas en el uso de sustancias ha sido ampliamente estudiada en relación al consumo, abuso y dependencia del alcohol (Guo et al., 2000; Jackson et al., 2005; Jones et al., 2001) y del tabaco (Jackson, Sher y Wood,

2000), menor interés ha recibido la asociación con el consumo de drogas ilegales, si bien se han observado parecidos resultados a los obtenidos en el uso de bebidas alcohólicas, relacionándose el consumo con la existencia de expectativas favorables ante éste (López y Rodríguez-Arias, 2010; Pérez et al., 2010; Schafer y Brown, 1991; Stacy, Dent, Galaf y Sussman, 1996; Willner, 2001).

Cortés, Espejo y Giménez-Costa (2008), comprueban que las expectativas que caracterizan el beber abusivo adolescente son experimentar euforia, asumir comportamientos relacionales más arriesgados y sentir relajación y pérdida de la noción del tiempo. En el estudio de Ballester y Gil (2009), el 60% de los jóvenes entrevistados señalaban que consumían cantidades elevadas de alcohol habitualmente durante los fines de semana, siendo las principales motivaciones para su consumo: facilitar la diversión, las relaciones sociales y evadirse de los problemas. La motivación a consumir alcohol estará guiada, pues, por la creencia sobre las gratificaciones que se derivarán de sus efectos psicoactivos y de su significado social, es decir, sobre las consecuencias gratificantes que se derivan de ingerir alcohol (Mackintosh, Dunn y Earleywine, 2006). En diversos trabajos de investigación se ha comprobado que las expectativas positivas están ya presentes en los niños, antes incluso de que tengan su primera experiencia directa de consumo de alcohol con el grupo, y que tales expectativas se van incrementando con la edad hasta llegar a la adolescencia (Dunn y Goldman, 2000; Hipwell *et al.*, 2005). A este respecto, Hampson, Andrews, Barckley y Severson (2006) comprueban que conforme los niños crecen, van desarrollando imágenes más positivas del joven bebedor, creencias acerca de que es normal beber en la adolescencia e intenciones conductuales de beber al llegar a esa edad.

En cuanto al consumo de cánnabis, este, se ha relacionado con las expectativas positivas relacionadas con la relajación y la mejora de las relaciones sociales y sexuales. Negar que el consumo de cannabis afecta la salud física y mental y al entorno social está asociado con probar o consumir ocasionalmente o a diario cannabis; y creer que es bueno para lograr un objetivo se asocia igualmente con el consumo ocasional o diario. Los chicos señalan más que las chicas que el consumo es bueno para lograr un estado emocional u objetivo. Y creer que "si controlas, no pasa nada" se encuentra asociado con el consumo experimental, ocasional y diario, y negarlo, con no probarlo nunca (Morales, Aleixandre, Bueno y Valderrama, 2011).

Por el contrario, las expectativas de deterioro cognitivo o de alteraciones conductuales, así como del perjuicio para la salud, parecen ser elementos preventivos (Morales, Ariza, Nebot, Pérez y Sánchez, 2008). Alfonso y Dunn (2007) apuntan diferencias en la variabilidad de las expectativas en relación con la propia experiencia de consumo. Posiblemente los adolescentes que consumen cánnabis centran su atención en las expectativas positivas en términos globales (por ejemplo, "ser felices" o "encontrarse a gusto") por ser éstas de una naturaleza más

próxima, mientras que en aquellos sujetos que nunca han consumido cánnabis pueden incidir en mayor medida las expectativas negativas asociadas a los efectos psicológicos y fisiológicos a más largo plazo. Por el contrario, Pérez (2010) encuentra expectativas positivas muy similares entre quienes nunca han consumido cánnabis y aquellos que continúan haciéndolo, si bien las expectativas de diversión destacan por su incidencia en el mantenimiento del consumo.

También se ha observado esta relación en el caso del éxtasis, en el que se ha identificado como factor de riesgo para su consumo, la presencia de actitudes favorables hacia el consumo de sustancias (Wu et al., 2011).

Es importante indicar, una vez más, que los factores de riesgo interrelacionan unos con otros. Aún con actitudes favorables hacia las drogas, la prueba o no de las mismas, o la continuidad en el consumo una vez iniciado el mismo, va a depender de otras variables como el control familiar, las actitudes de los padres sobre el consumo de drogas, la conducta de consumo de drogas o no por parte de los padres, tanto de tipo legal, como ilegal y medicamentos, el grupo de amigos, la propia estabilidad emocional, y otros factores de la historia evolutiva de ese individuo (Becoña, 1999; Becoña, 2002).

i) Ausencia de valores ético-morales

Muñoz-Rivas *et al.* (2000) agrupan una serie de características de las personas en lo que ellos denominan ausencia de valores ético-morales como factor de riesgo para el consumo de drogas. Varios modelos, como el de Catalano y Hawkins (1996), Jessor y Jessor (1977), Jessor, Costa y Donovan (1991), sin decirlo explícitamente, sostienen lo mismo, cuando se refieren al apego social, la aceptación de un orden moral, etc.

Toda una serie de estudios han encontrado sistemáticamente, tanto en Estados Unidos (ej., Bachman *et al.*, 2002) como en España (ej., Becoña, 2005; Muñoz-Rivas *et al.*, 2000), que la religiosidad es un factor de protección para el consumo de drogas (Donath, 2012; Jackson *et al.*, 2005; Mason y Spoth, 2011; Windle, Mun y Windle, 2005) y, a la inversa, que la falta de religiosidad, o la no asistencia a los oficios religiosos o no identificarse con ninguna organización religiosa es un factor de riesgo para el consumo de drogas (Kendler *et al.*, 2003). Lo que subyace a estos planteamientos es que no interiorizar las normas sociales, no tener un claro vínculo social o no aceptar el modelo social en el que se vive es un claro factor de riesgo para el consumo de drogas y otras conductas de riesgo para la salud y conductas problema en general, mientras que la implicación religiosa, implicación en relaciones positivas con la familia y la comunidad, basadas en valores prosociales, resulta un claro factor de protección (Kogan, Brody, Luo y Murry, 2005).

Gorsuch hace ya más de una década (Gorsuch, 1995) analizó la relación entre religiosidad y consumo de drogas. Sugería, lo que después han corroborado otros estudios posteriores, que la religiosidad estaba ligada a un menor consumo de drogas, hipotetizando que las personas religiosas habían sido socializadas para aceptar pautas contrarias al consumo y contaban con mecanismos para satisfacer sus necesidades de contacto social y de encontrar significado a la vida. Sin embargo, la relación sólo se daba en los casos de una religiosidad que enriquecía y apoyaba y no en una forma de religiosidad restrictiva, tendente a lo negativo y a lo ritual. En este sentido, posteriormente, Piko y Firzpatrick (2004) analizaron el rol protector ante las drogas de la religión o religiosidad. Corroboran que la religión, como creencia religiosa, es un factor de protección y que se asocia a la potenciación de relaciones sociales. Estos autores también vieron que en familias religiosas los padres eran más directivos, con un estilo educativo asociado a una menor incidencia posterior de consumo de drogas en los hijos. Este ejemplo muestra como un factor, la religiosidad, lleva consigo la potenciación de otros factores de protección como son las relaciones sociales, un mayor soporte social o mayor directividad en el estilo educativo.

En la actualidad se encuentran pocos estudios que expliquen los procesos a través de los cuales la religiosidad o visión moral de los adolescentes y adultos jóvenes ejerce su función protectora sobre el uso de drogas, el estudio del modo en que estas personas le dan sentido o no al consumo de drogas necesita ser mejor conocido. Uno de los escasos ejemplos, y desde una perspectiva fenomenológica y cognitiva de cómo los adolescentes piensan acerca de los aspectos socio-morales del uso de drogas, es precisamente el de Piko y Firzpatrick (2004), que proponen cuatro constructos relacionados con la visión moral del consumo de drogas entre los adolescentes: estadio de juicio moral, relativismo ético, un dominio de conocimiento social y categorización del uso de drogas y resolución de problemas interpersonales.

5.4.5.3 Rasgos de personalidad

El estudio de las características, variables o rasgos de personalidad ha sido siempre una importante fuente de estudio para conocer los factores de riesgo o vulnerabilidad para el consumo de drogas (Kubicka, Dytrych, Matejcek y Roth, 2001; Rhodes *et al.*, 2003). Además, durante muchas décadas ha existido una importante serie de estudios sobre la personalidad en donde una de las variables a predecir era el consumo de drogas. No obstante, el concepto de personalidad en la investigación sobre el uso de drogas y los trastornos adictivos ha sido tradicionalmente objeto de controversia, a causa de sus métodos de evaluación y función en la etiología de estos fenómenos. En las primeras ediciones del DSM se incluía el abuso de sustancias dentro de los trastornos de personalidad. Se presumía la base de una personalidad alterada para que se desarrollara el uso o

abuso de sustancias. En el DSM-III ya se diferencian los trastornos de la personalidad y las drogodependencias. Los primeros estudios (1950-1980) no encontraron una simple personalidad adictiva, sugiriendo heterogeneidad en estos trastornos o bien irrelevancia de estos rasgos, aunque algunos autores afirman resultados positivos, en este sentido (Kirkcaldy, Siefen, Surall, y Bischoff, 2004). Actualmente se considera que distintos rasgos de personalidad ejercen una función importante en diversas vías del desarrollo de los trastornos adictivos (Becoña, 1999).

Algunas investigaciones se han dirigido a la obtención de un perfil de personalidad, mientras que otras líneas se han centrado en variables más concretas. Dentro de las primeras, los modelos más utilizados son: a) el Modelo de los Cinco Grandes de Costa y McCrae –Neuroticismo, Extraversión, Apertura, Amabilidad y Responsabilidad–; b) el Modelo Alternativo de los Cinco Factores, como pueden ser el de Zuckerman y sus colaboradores; y c) los Modelos de Tres Factores, entre los que destacan el de Eysenck –Neuroticismo, Extraversión y Psicoticismo– y el de Cloninger –Evitación del Dolor, Dependencia de la Recompensa y Búsqueda de Novedad– (Sher, Bartholow y Wood, 2000). Por ejemplo, en lo que se refiere al modelo de Costa y McCrae, los estudios muestran consistentemente que los adultos y los adolescentes, que presentan abuso o dependencia de sustancias, tienen un patrón caracterizado por altas puntuaciones en Neuroticismo y bajas en Amabilidad y Responsabilidad (Anderson, Tapert, Moadab, Crowley y Brown, 2007; Ball, Poling, Tennen, Kranzler y Rousanville, 1997).

Dos metanálisis muestran que la baja responsabilidad y, secundariamente, la baja amabilidad estarían relacionadas tanto con el consumo patológico como con el no patológico de alcohol, mientras que el elevado neuroticismo sería más relevante en el abuso y dependencia al alcohol (Malouff, Rooke, Schutte y Thorsteinsson, 2007; Ruiz, Pincus y Schinka, 2008). Los estudios en adolescentes encuentran resultados en la línea de estos dos metanálisis, aunque la elevada extraversión jugaría un papel significativo aunque secundario (Merenäkk *et al.*, 2003; era Moya, 2006 Alvarez, Barrantes, Navarro, Subira y Obiols, 2007; Villa *et al.*, 2006).

Otros autores han centrado su atención en los psicoestimulantes. Al objeto de determinar si hay diferencias entre menores de edad consumidores y no consumidores de psicoestimulantes (cocaína y éxtasis) en función de las características de personalidad evaluadas con el Inventario Clínico para Adolescentes de Millon, MACI, entre adolescentes de 14 y 17 años. Sus resultados confirman la existencia de importantes diferencias en las características de personalidad de ambos. Los jóvenes que habían consumido psicoestimulantes se caracterizaban por tener los prototipos de personalidad Rebelde, Rudo, Oposicionista y Tendencia límite, independientemente de si el consumo se había realizado alguna vez en la vida o durante el último año (Becoña *et al.*, 2011)

Estos prototipos, Rebelde, Rudo, Oposicionista y Tendencia límite (este último únicamente en consumidores de cocaína), según el planteamiento de Millon, mostrarían la apariencia, el temperamento y el comportamiento del trastorno de la personalidad antisocial, el sádico, el negativista y el límite, respectivamente. Por lo tanto, al igual que los estudios publicados con anterioridad (Chabrol *et al.*, 2005; Cohen *et al.*, 2007; Keyes, Hasin y Martins, 2008; Taylor, 2005; Watzke *et al.*, 2008), aquellos adolescentes con prototipos de personalidad de características similares a los trastornos de personalidad del grupo B tendrían una mayor probabilidad de haber consumido sustancias psicoestimulantes.

Otros rasgos de personalidad también se han identificado como factores de riesgo para los problemas de uso de sustancias en la edad adulta. Según las investigaciones de Windle *et al.* (2005), los chicos adolescentes con bajos niveles de orientación a la tarea corren un mayor riesgo de consumir alcohol en exceso. Al igual que los bajos niveles de planificación y afrontamiento y la desinhibición neuroconductual pueden ser predictivos del uso de sustancias (Clark *et al.*, 2005).

De modo similar a lo hallado con otros factores de riesgo, también se ha observado que la exposición a factores de riesgo relativos a la personalidad interactúa con otros factores de riesgo ambientales (exposición ambiental al tabaco), familiares (trastornos por abuso de drogas, propensión al abuso y maltrato), de los pares (afiliación con pares que muestran conductas desviadas) o cognitivos para determinar el riesgo y la severidad de los síntomas del trastorno por uso de drogas (Curran, White y Hansell, 2000; Katz, Fromme y D'Amico, 2000; Kleinjan *et al.*, 2012). Si bien se ha sugerido que algunos rasgos de personalidad asociados al abuso de drogas (tales como los relacionados con el control, evitación del daño, emocionalidad negativa, alienación, etc.) pudieran ser un reflejo de rasgos de personalidad y en cambio, otros factores de riesgo familiares podrían ser en cierta medida heredables. La evidencia no parece ser concluyente en un sentido u otro, acerca de si esa vulnerabilidad es hereditaria o no (Gillet, Polard, Mauduit y Allain, 2001).

Entre los rasgos de personalidad que se han estudiado en relación con los factores de riesgo de consumo de drogas, destacan la impulsividad, la búsqueda de sensaciones y la personalidad antisocial, rasgos cuyos hallazgos principales en su relación con el consumo de drogas resumimos a continuación. Estos rasgos o atributos de la personalidad, y también otros factores de riesgo mencionados anteriormente como la agresividad, alienación y rebeldía, muestran como característica común la tendencia a la desinhibición comportamental que puede verse asimismo sustancialmente facilitado por y asociado al uso y abuso del alcohol y otras sustancias (Cooper, Albino, Orcutt y Wood, 2003; Gillet *et al.*, 2001; Kirisci *et al.*, 2005).

a) Impulsividad

Una característica de personalidad clásicamente asociada a las investigaciones en adicciones es la impulsividad. El término impulsividad corresponde a un amplio constructor psicológico más que a un rasgo de personalidad estrictamente definido, refiriéndose a las conductas que se realizan con escasa o inadecuada previsión (Evenden, 1999) o, en otros términos, sin reflexión previa (Dawe y Loxton, 2004).

Entre las teorías de la impulsividad que más auge han adquirido en los últimos años, destacan especialmente las propuestas por Barratt y Patton (1983), Eysenck, Allsopp, Easting y Pearson (1985) y Dickman (1990). Hemos excluido aquí otras teorías, algunas más recientes, como la de Whitesyde y Lynam (2001) o la clásica de Zuckerman (1984), dado que ambas incluyen el rasgo de búsqueda de sensaciones que, siguiendo a múltiples autores veremos posteriormente y de forma diferenciada de la impulsividad. Los citados Barratt y Patton definieron un modelo de impulsividad que permitiera diferenciar ésta del concepto de ansiedad, obteniendo tres factores: la impulsividad motora o tendencia a actuar sin un proceso previo de reflexión, la cognitiva, entendida como la falta de atención y la no planificación o falta de previsión futura. Dickman considera la impulsividad no siempre en negativo y distingue dos tipos: la disfuncional o la tendencia a actuar de forma precipitada en situaciones que conllevan dificultades y la funcional, tendencia a actuar de forma precipitada en situaciones que conllevan un beneficio. Partiendo del modelo de personalidad propuesto conjuntamente con Hans Jürgen Eysenck, Sybil Eysenck diseñó el cuestionario I-7 dirigido a evaluar la impulsividad y generando una nueva teoría respecto a la naturaleza de ésta. Bajo esta nueva aproximación, la impulsividad se divide en tres dimensiones: la impulsividad propiamente dicha, la aventura u osadía y la empatía (Eysenck *et al.*, 1985; Eysenck, 1993).

En varios estudios experimentales, transversales y longitudinales y en diferentes tipos de muestras (clínicas, comunitarias, etc.) se ha encontrado que la impulsividad como vulnerabilidad comportamental asociada a un estilo disfuncional en el manejo de las emociones negativas y las conductas impulsadas emocionalmente constituye un importante factor de riesgo para el uso y abuso de drogas (Abrahamson *et al.*, 2002; Crawford, Chou, Dwyer, Li y Pentz, 2003; Cooper *et al.*, 2003; Curcio y George, 2011; Dawe y Loxton, 2004; De Wit, 2009; Flory, Milich, Lynam, Leukefeld y Clayton, 2003; Muñoz-Rivas *et al.*, 2000; Kogan *et al.*, 2005; Kopstein, Celentano, Crum y Martin, 2001; Rubio *et al.*, 2004; Verdejo-García, Clark y Lawrence, 2008). Además, parece que el consumo de un mayor número de sustancias está asociado con un aumento de la impulsividad y con una menor percepción de riesgo (Clark, Ersche, Robbins y Sahakian, 2006; Hayaki, Anderson, Herman, Lessor y Stein, 2005; Ryb, Dischinger, Kufera y Read, 2006).

Resultados similares se han obtenido en otros estudios más recientes y hoy el rasgo de impulsividad parece ser un predictor fiable y robusto del riesgo de uso y abuso de diferentes sustancias (Adams, Charnigo, Kaiser, Lynam y Milich, 2012; Pérez, 2010; Prince van Leeuwen *et al.*, 2011). Diferentes rasgos relacionados con la impulsividad pueden predisponer a las personas a beber por diferentes razones (por ejemplo, para aumentar el placer o para hacer frente a la angustia). Algunos autores han comprobado como la impulsividad aumenta tanto el consumo de alcohol como el riesgo de su abuso (Gullo, Dawe, Jackson, Kambouropoulos y Steiger, 2010; Littlefield, Sher y Steinley, 2010) si bien otros autores matizan que sólo aumentaría el riesgo de abuso y dependencia en la edad adulta cuando además de desinhibición conductual está presente una pobre gestión familiar durante la adolescencia (Hill *et al.*, 2010).

Prince Van Leeuwen y sus colaboradores han realizado un estudio longitudinal en el que concluyen que un alto nivel activación conductual puede ser importante para el consumo experimental de sustancias y en cambio un bajo nivel de activación conductual correlacionaría con una mayor progresión del uso regular de cannabis (Prince van Leeuwen *et al.*, 2011). En nuestro país, el estudio realizado por Pérez (2010) sobre una muestra de 750, se centra en la relación entre la impulsividad y el consumo de cánnabis, encontrando que el inicio en el consumo de cánnabis se asocia a mayor impulsividad, si bien parece que la impulsividad no influiría significativamente en el progreso hacia un trastorno adictivo, sí lo haría una vez instaurado este, siendo más intenso cuanto más impulsivo sea el adolescente.

El sustrato neurobiológico de la impulsividad, así como su influencia en el consumo de drogas lo aportan los modelos basados en la descompensación entre el sistema motivacional y el sistema ejecutivo, como los propuestos por Goldstein y Volkow (2002) o Bechara (2005). El modelo I-IRISA (Impaired Response Inhibition and Saliency Attribution) fue propuesto por los primeros autores, considerando que la adicción es resultado de la alteración de dos sistemas complementarios: el encargado de evaluar la relevancia motivacional de los reforzadores y el sistema de inhibición, al que se le atribuye la función de cancelar conductas inadecuadas. Obviamente, la disfunción en uno o ambos sistemas de control favorecería el consumo problemático de sustancias. Bechara (2005) distingue dos sistemas de cuyo balance dependerá la conducta final del sujeto: el sistema impulsivo y el sistema reflexivo. El primero correspondería a la generación de una respuesta afectivo-emocional desencadenada por un estímulo externo, estando mediada por la amígdala y otras estructuras mesolímbicas. Por su parte, el sistema reflexivo tiene como sustrato morfológico la corteza prefrontal y actúa como interfase respecto a las áreas motoras del cerebro, filtrando la respuesta inicialmente generada en el sistema impulsivo. La alteración de este sistema de control produce, en consecuencia, una predisposición a realizar actos impulsivos. Las sustancias de

abuso generan estímulos afectivo-emocionales que, en sujetos con disfunción frontal, no serán debidamente procesados por el sistema reflexivo. Es este desajuste ente sistema impulsivo y sistema reflexivo el que favorecería la conducta de consumo, justificada por las siguientes dos hipótesis (que además pueden interactuar entre sí): de una parte, la neurotoxicidad propia de la sustancia puede justificar la afectación prefrontal que conduce al déficit inhibitorio (afectación reflexiva); de otra, la afectación a nivel impulsivo o reflexivo podría estar presente previamente, como marcador de vulnerabilidad de la adicción. Los resultados obtenidos en múltiples estudios de neuroimagen (Adinoff, Best, Cervin, Chandler, et al., 2003; Dalley et al., 2007; Goldstein y Volkow, 2002; Liu, Cadet, London y Matochik, 1998; London, Bonson, Ernst, Grant y Weinstein, 2000) parecen apuntar también en esta dirección, constatando la influencia de la corteza prefrontal en la adicción a sustancias y en la impulsividad.

b) Búsqueda de sensaciones

Desde una perspectiva teórica amplia, el estudio de la búsqueda de sensaciones como rasgo de personalidad que constituye un factor de riesgo en conductas de riesgo, conductas-problema e incluso en diversos trastornos de la conducta, se fundamenta en un modelo teórico de la personalidad basado biológicamente y propuesto por H.J. Eysenck. Posteriormente dio lugar a desarrollos teóricos más específicos sobre la impulsividad realizados por otros autores como J.A. Gray y M. Zuckerman. Marvin Zuckerman define la búsqueda de sensaciones como la necesidad que tiene el individuo de tener experiencias y sensaciones nuevas, complejas y variadas, junto al deseo de asumir riesgos físicos y sociales para satisfacerlas (Zuckerman, 1994).

El modelo más clásico, propuesto por este mismo autor (1988) está compuesto por cuatro dimensiones: a) búsqueda de emociones, que supone una tendencia a implicarse en deportes y pasatiempos físicamente peligrosos; b) búsqueda de excitación, que hace referencia a cambios en el estilo de vida y estimulación de la mente; c) desinhibición, relacionada con conductas de extraversión social; y d) susceptibilidad hacia el aburrimiento, que es la incapacidad para tolerar experiencias repetitivas y la monotonía. La excitación y búsqueda de aventuras implica una propensión a implicarse en deportes o pasatiempos físicamente peligrosos como el paracaidismo, la escalada, conducción de riesgo, el juego o la preferencia por películas pornográficas y de terror (Stephenson, Chaleta, Hoyle, Ramírez y Velez, 2007); la búsqueda de experiencias implica cambios en el estilo de vida y estimulación de la mente y se asocia con una amplia gama de actividades de riesgo como las relaciones sexuales sin protección (Donohew y Bardo, 2000; Xiaoming *et al.*, 2000), el uso de alcohol (Stein, Newcomb y Bentler, 1994), de tabaco (Helme, Baier, Donohew y Zittleman, 2007; Stephenson y Helme, 2006), de cánnabis (Pérez, 2010), inhalantes (Nonnemaker, Crankshaw, Hussin, Farrelly y

Shive, 2011) o el consumo de otro tipo de sustancias (Martin, Brenzel, Brogli, Himelreich, *et al.*, 2004; Newcomb y Félix-Ortiz, 1992); la desinhibición se manifiesta por conductas de extraversión social; y la susceptibilidad al aburrimiento, se caracteriza por una incapacidad para tolerar la monotonía y las experiencias repetitivas.

La investigación reciente ha reconstruido el concepto de impulsividad mediante la identificación de cinco características diferentes que influyen en la participación en las conductas impulsivas: urgencia positiva (tendencia a actuar precipitadamente en respuesta a un estado de ánimo positivo), urgencia negativa (tendencia a actuar precipitadamente en respuesta a un estado de ánimo negativo, búsqueda de sensaciones, falta de planificación y falta de perseverancia. Spillane, Kahler y Smith (2010) aplican estos avances en el estudio del consumo de tabaco. Tal y como se preveía, una elevada búsqueda de sensaciones se asocia con una mayor probabilidad de ser fumador, al igual que una mayor urgencia positiva se asocia con niveles significativamente más altos de dependencia de la nicotina; pero no con los otros rasgos, debido a que estos se relacionan entre sí sólo de forma moderada.

Las bases neurobiológicas de la búsqueda de sensaciones han sido recientemente contrastadas por estudios de imagen funcional. Mediante la utilización de Resonancia Magnética Funcional, Joseph *et al.* (2009) han observado interesantes diferencias entre sujetos con alta y baja búsqueda de sensaciones, cuando se les expone a estímulos similares. Así, en los jóvenes con elevada búsqueda de sensaciones se incrementaría el funcionamiento de algunas estructuras cerebrales asociadas a la activación conductual y al refuerzo (ínsula derecha y córtex orbitofrontal pósteromedial) mientras que en los adolescentes con baja búsqueda de sensaciones, la activación sería más intensa en otras áreas relacionadas con la regulación emocional, como el córtex orbitofrontal antero-medial o el cíngulo anterior.

Actualmente, existe clara evidencia de que la búsqueda de sensaciones es un robusto predictor positivo del uso de sustancias psicoactivas entre los adolescentes (Adams *et al.*, 2012; Fergusson, Boden y Horwood, 2008; Mason y Spoth, 2011; Sargent, Hanewinkel, Stoolmiller y Tanski, 2010; Shin, Hong y Jeon, 2012).

c) Personalidad Antisocial

El estudio de la personalidad antisocial ha cobrado una gran relevancia en los últimos años en relación con las personas adictas a sustancias psicoactivas (Catalano y Hawkins, 1996). Esta característica de la personalidad está presente en un porcentaje importante de adictos que están en tratamiento (Becoña y Vázquez, 2001). Dado que la misma tiene una evolución que empieza en la edad temprana, es previsible que haya una importante relación entre ella, evaluada o detectada en edades tempranas, y el posterior consumo de drogas en la vida adulta o un inicio más temprano en el consumo de drogas en la niñez o en la adolescencia.

Dado que el diagnóstico de personalidad antisocial no se puede realizar hasta después de los 18 años, en los años previos se han evaluado la agresividad, las rabietas y peleas, el comportamiento antisocial o el trastorno disocial. Como ya se ha comentado, los estudios encuentran que la agresividad temprana es uno de los mejores predictores de la posterior conducta antisocial y de una personalidad antisocial (Muñoz-Rivas *et al.*, 2000; Rhodes *et al.*, 2003). Especialmente si la conducta agresiva persiste hasta la adolescencia, la probabilidad de un trastorno de personalidad antisocial se incrementa en la vida adulta.

Hoy sabemos que muchos de los factores de riesgo para el desarrollo de la personalidad antisocial constituyen también factores de riesgo individuales, familiares y ambientales para el desarrollo del uso y abuso de drogas (Chambetlain y Smith, 2003). Estudios longitudinales encuentran que la presencia de estos trastornos son más frecuentes en familias que presentan además otros factores de riesgo, tales como déficit en el control y seguimiento de las conductas de los hijos e implicación con los mismos, mayores niveles de conflicto familiar, así como la asociación con pares que llevan a cabo conductas desviadas (Ary, Duncan, Duncan y Hops, 1999) y que la conducta antisocial temprana predice el uso y abuso de alcohol y otras drogas posteriormente, incluso controlando otros factores de riesgo (Adalbjarnardottir y Rafnsson, 2002).

5.4.6 Factores de protección individuales

A diferencia de los factores de riesgo, los factores de protección individual han sido objeto de un menor nivel de estudio. Pollard, Arthur, Catalano y Hawkins (1997) proponían religiosidad, creencia en el orden moral y habilidades sociales. Kumpfer *et al.* (1998) un temperamento o disposición positiva, un amplio repertorio de habilidades de afrontamiento sociales, creencia en la propia autoeficacia y la habilidad para adaptarse a las circunstancias cambiantes y una orientación social positiva.

Actualmente, la literatura sugiere que la religiosidad es un robusto factor protector contra el consumo y el abuso de drogas (Chavez, Oetting y Swaim, 1994; Donath *et al.*, 2012; Jackson *et al.*, 2005; Mason y Spoth, 2011; Windle *et al.*, 2005), menos claro es cómo la religiosidad influye en el uso de sustancias (Cox, Blow, Danelia y Larzerele, 2012). Parece que, concretamente, la asistencia a la iglesia y la afiliación religiosa podrían tener su efecto protector porque con ellas se obtiene apoyo social y se encuentra significado para el desarrollo de la identidad, facilitando así el apego social y la menor necesidad de otro tipo de grupos, especialmente de aquellos que consumen drogas (Félix-Ortiz y Newcomb, 1999; Kliwer y Murrelle, 2007). Sin embargo un reciente estudio que ha indagado sobre la disminución del riesgo de trastornos por uso de sustancias y su relación con la religiosidad, encuentra que esta relación no está mediada por el apoyo social (Edlund *et al.*,

2010). El compromiso y la participación religiosa puede moderar el riesgo asociado con otros factores, por ejemplo, hay pruebas de que el factor religioso puede moderar el creciente riesgo de consumo de sustancias asociado a salir de casa de los padres para ir a la universidad (White *et al.*, 2006), incluso después de controlar el nivel de consumo de alcohol adolescente (White, Catalano, Fleming, Kim y McMorris, 2008).

Un factor que también se ha identificado como protector frente al consumo de drogas y otras conductas problemáticas ha sido la creencia en el orden social (López y Rodríguez-Arias, 2012). Locke y Newcomb (2004) encontraron que la conformidad social al final de la adolescencia predijo niveles más bajos de participación en el consumo de alcohol a la edad de 25-27 años. Además, la creencia en el orden moral en la preadolescencia y la adolescencia predecían un riesgo menor de abuso y dependencia a la edad de 21 años (Guo *et al.*, 2002).

Diversos estudios también han identificado las habilidades sociales como factor de protección frente al consumo de diversas sustancias (López y Rodríguez-Arias, 2010; López y Rodríguez-Arias, 2012; Pérez *et al.*, 2010). La empatía, como componente específico de la habilidad social, también se ha postulado como un factor de protección. La empatía se define como una respuesta afectiva para la aprehensión y comprensión del estado emocional del otro (Eisenberg *et al.*, 1996) o la capacidad para "ponerse en lugar" del otro. Gladstein (1984) añade otra faceta, la de sentir necesidad de ayudar al que lo necesita.

Numerosos estudios han demostrado empíricamente la relación positiva que existe entre la empatía y la conducta prosocial (Bandura, Barbaranelli, Caprara y Pastorelli, 1996; Fuentes *et al.*, 1993; Hoffman, 1990). Así pues, la empatía favorecería los actos altruistas y limitaría la conducta antisocial (Hoffman, 1990; Sobral, Romero, Luengo y Marzoa, 2000). En relación a esto, Mestre, Frías y Samper (2002) encuentran en su estudio que la empatía aparece como el principal motivador de la conducta prosocial, tanto en sus componentes cognitivos como emocionales. Por tanto, si se promueve la empatía, ésta facilitará la conducta afectiva hacia los demás, el respeto hacia la propiedad ajena y la mediación para evitar las agresiones y la violencia, conformándose como un factor de protección de la conducta antisocial.

También se ha estudiado, como un posible factor de protección, la autoestima; que sería la valoración positiva o negativa del auto-concepto y que estaría relacionada con el bienestar afectivo (Luengo, Gómez-Fraguela, Otero, Romero y Tavares-Filho, 1999). El auto-concepto se desarrolla cognitivamente a partir de las interacciones con el medio social respecto a lo que se es, lo que se tiene y lo que se es capaz de hacer. Los jóvenes que tienen una pobre valoración de sí mismos y de sus capacidades, dependen más del reconocimiento de los demás y, para conseguirlo,

tienden a seguir las demandas de otras personas, lo que es un claro factor de riesgo en relación al consumo de drogas, ya que reduce la capacidad de resistencia a la presión de los iguales o a la de la publicidad. Por el contrario, los jóvenes con elevada autoestima tienden a considerar que son merecedores del respeto y la consideración de los demás, independientemente de que su conducta se ajuste o no a los deseos de otros. Además, tienden a considerarse más autoeficaces, entendiendo que la posibilidad de negarse a la presión hacia el consumo de drogas es realmente una alternativa de conducta que está bajo su control, independientemente de las circunstancias en que se produzca esta (Megías y Méndez, 2006).

Algunos han teorizado que la autoestima dispone de mecanismos de compensación (Kaplan, 1996; Steffenhagen, 1980), siendo algunas conductas desviadas una forma de restaurar la autoestima deteriorada. En contraposición, otros consideran que la sobrevaloración de sí mismos también puede provocar el mismo efecto, fundamentalmente en la infancia media (Edens, 1999, cit. en Del Barrio, 2004), ya que produce percepciones narcisistas que dificultan una buena integración en el grupo.

En los últimos años se han obtenido más pruebas empíricas sobre la naturaleza multidimensional de la autoestima y la relación de este factor con las conductas problema, entre las que se incluye el consumo de drogas. Diversas investigaciones (Brendgen, Vitaro, Turgeon, Poulin y Wanner, 2004; Cava *et al.*, 2008; Wild, Flisher, Bhana y Lombard, 2004) relacionan el consumo de drogas negativamente con varias dimensiones del autoconcepto (las dimensiones académica, familiar y física) y, a la vez, positivamente con otras (la dimensión social). En este mismo sentido, Cava *et al.* (2008) encuentran que la relación entre autoestima social y consumo de alcohol es diferente en la adolescencia temprana –de 12 a 14 años– que en la adolescencia media –de 15 a 17 años–: en la adolescencia temprana ambas variables no muestran relación significativa, mientras que en la adolescencia media la autoestima social actúa como predictor del consumo de alcohol. Pasado el principio de la adolescencia, explican estos autores, los individuos con más facilidad para relacionarse y hacer amigos son, precisamente, los que presentan una mayor probabilidad de consumo, relación ésta que todavía no se ha materializado en la primera adolescencia, donde el deseo de autonomía convive con una mayor supervisión familiar. Resultados que recientemente se ha visto replicados y matizados en un estudio realizado en nuestro país, en el que se analiza la relación entre el autoconcepto evaluado con una medida multidimensional, el cuestionario Autoconcepto Forma 5 (AF5) y el consumo de sustancias en los adolescentes. A partir de las respuestas de 632 adolescentes, entre 12 y 17 años, los resultados mostraron relaciones negativas entre el autoconcepto familiar, académico y físico, y el consumo de sustancias. Si bien se encontraron aparentes relaciones positivas con

la dimensión social del autoconcepto, estas relaciones desaparecieron al controlar el efecto estadístico del sexo y la edad de los adolescentes (Fuentes et al., 2011). A la luz de estos resultados, los autores plantean que las conclusiones que se derivan de investigaciones anteriores podrían estar basadas en relaciones espúreas que estén reflejando el efecto de terceras variables no controladas estadísticamente (Fuentes, García, Gracia y Lila, 2011).

De un modo u otro, hay que hacer mención, de nuevo, a que todo aquello que reduce la probabilidad de una conducta de riesgo no debe ser considerado inmediatamente como factor de protección.

En cuanto a la autoestima académica, se ha podido observar que una elevada autoestima académica tiende a reducir la probabilidad de consumo de sustancias en la adolescencia, es decir, actúa como factor protector (Jiménez, Musitu y Murgui, 2008; Musitu y Herrero, 2003; Villarreal et al., 2010) lo contrario, la propia calificación académica por debajo de la media o el sentimiento de ser injustamente tratado en la escuela, se han identificado como un factor de riesgo para el consumo de sustancias (Dunn y White, 2011; Muenster, Letzel, Ochsmann, Toschke, et al., 2011). Esta dimensión de la autoestima está íntimamente ligada a la capacidad del adolescente para asumir y respetar las normas de convivencia (O'Moore y Kirkman, 2001), de tal manera que aquellos adolescentes que valoran de forma negativa su propia capacidad académica y perciben insatisfacción con la escuela y tienen mayor tendencia al consumo de alcohol y otras drogas.

Otro posible factor de protección es la inteligencia. Distintos estudios han encontrado esta relación, aunque no siempre aparece. Así, en su estudio, Fergusson y Lynskey (1996) encuentran que son factores protectores del consumo de drogas la alta inteligencia, la baja conducta de búsqueda de novedades y la evitación de amistades con iguales delincuentes. Jessor (1991) también considera que uno de los principales factores de protección es la inteligencia. Por el contrario, puntuaciones menores en inteligencia parecen asociarse a mayores probabilidades de un uso más regular y abusivo de alcohol independientemente de la edad (Davies et al., 2005; Finn y Hall, 2004; Upmark, Lundberg, Sadigh, Allebeck y Bigert, 1999; Welte y Wieczorek, 1998). Sin embargo, o bien por las dificultades de su evaluación, o por la relación con otros factores de riesgo más relevantes, no se le da a esta variable mucha relevancia.

Las alternativas de ocio también se han considerado como un factor de protección, en tanto que permiten al adolescente satisfacer sus necesidades de integración, experimentación y autonomía, sin tener que implicarse en conductas de riesgo para la salud (Muñoz-Rivas y Graña, 2005).

Haciendo una breve recopilación de estos factores, destacamos los siguientes (Kumpfer, Catalano, Clayton, Liddle, et al., 1998; Muñoz-Rivas, Cruzado y Graña, 2000):

- Religiosidad: entendida ésta como asistencia a la iglesia y afiliación religiosa.
- Creencia en el orden social.
- Desarrollo de habilidades sociales.
- Creencia en la propia autoeficacia.
- Habilidades para adaptarse a las circunstancias cambiantes.
- Orientación social positiva.
- Poseer aspiraciones de futuro.
- Buen rendimiento académico e inteligencia.
- Resiliencia.

El concepto de "resiliencia" ha sido considerado por varios autores como un macrofactor de protección central, a partir del que estarían presentes otros factores de protección. Según Kumpfer, Catalano, Clayton, Liddle, et al. (1998), la habilidad para afrontar exitosamente el estrés y eventos adversos procede de la interacción de varios elementos en la vida del niño como el temperamento biológico, la inteligencia, el locus de control interno, la familia y el ambiente de la comunidad en que vive, el tipo de crianza, el apoyo social y el número e intensidad de circunstancias estresantes. El concepto de resiliencia por tanto es un concepto multifactorial donde efectivamente tendrán que converger varios factores de protección que harán posible que niños bajo condiciones de riesgo para el consumo de drogas no abusen de ellas. Se ha llegado a considerar que la resiliencia puede equivaler a la invulnerabilidad e incluso a la resistencia al estrés (Garmezy, 1985), así como a la resistencia a la adversidad (Rutter, 1990).

La resiliencia es el factor de protección más estudiado, ya que, como hemos visto, se centra en aquellas personas que estando en situaciones de alto riesgo no desarrollan conductas problema, en el caso que nos ocupa, no desarrollan conductas de consumo de drogas. Inicialmente, el afrontamiento y el consumo de drogas se han relacionado a través del modelo de Wills y Shiffman (1985). Los autores postulan dicha asociación por tres motivos. El primero hace referencia a que las distintas sustancias adictivas pueden ser usadas como activadoras de un mecanismo de afrontamiento por dos razones: pueden reducir los efectos negativos de lo aversivo o pueden incrementar los positivos de lo gratificante. La segunda forma de relación la establecen sobre el hecho de que determinadas estrategias de afrontamiento amortiguan el estrés. Y el tercero, se refiere a la existencia de procedimientos de afrontamiento vinculados con la tentación de consumo que

ocurren en situaciones concretas (Wills y Hirky, 1996; Wills y Shiffman, 1985). Con este modelo de afrontamiento se asume que las personas pueden aumentar el riesgo de consumo en función de variables temperamentales, sociales y de estrés. Estas variables pueden por tanto incrementar la vulnerabilidad ante el consumo como consecuencia de la elevación del estrés subjetivo, reduciendo el reforzamiento de ambientes sociales y haciendo que el uso de drogas se perciba como un medio de afrontamiento más atractivo (Wills y Hirky, 1996).

En varios estudios ha podido relacionarse el estrés con la vulnerabilidad para el consumo de drogas. Se ha visto que el estrés en áreas específicas de funcionamiento asociado con la escuela (por ejemplo la competencia) y el estatus personal (por ejemplo, síntomas depresivos) contribuye a incrementar el consumo de alcohol (Pentz, 1985; Wills y Shiffman, 1985). Según este modelo, los distintos estilos de afrontamiento pueden disminuir o aumentar el riesgo de consumo ante la presencia de factores de riesgo. Existen, así, muchas investigaciones que corroboran que el afrontamiento adaptativo que se centra en el problema puede considerarse como un factor de protección ante el consumo de drogas en situaciones de alto estrés (Breslin, Baum, Burrell, O'Keeffe, y Ratliff-Crain, 1995; Wagner, Myers y McIninch, 1999; Wills, 1986; Wills, McNamara y Vaccaro, 1995; Wills y Cleary, 1996; Wills, Cleary, Sandy, Shinar y Yeager, 2001).

Sin embargo, no hay actualmente acuerdo sobre el concepto de resiliencia, de modo que cada autor usa una definición distinta del mismo, analizando así aspectos diferentes de este concepto. Becoña (2002) señala la definición de Garmezy como la más aceptada. Según ésta, la resiliencia es "la capacidad para recuperarse y mantener una conducta adaptativa que puede seguir a una retirada o incapacidad inicial después de iniciarse un evento estresante". Esta definición de resiliencia no es equiparable a la de protección, dado que la protección estaría presente en una persona en distintos momentos de su vida mientras que la resiliencia surgiría en determinados momentos en los que se tiene que afrontar la dificultad (Beauvais y Oetting, 1999; citado en Becoña, 2002). Parafraseando a estos autores: "los factores de protección te salvan del desastre, la resiliencia te permite recuperarte". Por otro lado, la resiliencia tiene que ver con el individuo mientras que la protección no sólo se encuentra en el individuo sino también en la dinámica familiar y en la comunidad. No obstante si no es posible equiparar ambos conceptos, sí podría decirse que la resiliencia es uno o varios factores de protección. La resiliencia puede ser un adecuado factor de protección en aquellas personas que han tenido problemas importantes en su infancia. Concretamente, respecto a la resiliencia, ya Rutter (1985) hace años, encontró que los niños resistentes tenían una mayor habilidad para solucionar problemas y una mayor creencia en su propia eficacia.

Esta falta de acuerdo entre investigadores hace que sea muy difícil evaluar la resiliencia, ya que, como hemos visto, no existe una definición plenamente

consensuada. En este contexto, Garmezy (1993) utiliza para medir la resiliencia la competencia de los niños a través del rendimiento escolar, la obediencia a la ley y las interacciones exitosas con los iguales que tienen una influencia positiva. En la revisión de Becoña (2002) se concluye, como ya se ha dicho, que el concepto de resiliencia se ha unido al de los factores de riesgo y protección suponiendo que la resiliencia sea un macrofactor que abarque todos los factores de protección. Este mismo autor sugiere profundizar en la denominada personalidad resistente descrita en Godoy-Izquierdo y Godoy (2002).

Finalmente y sin ánimo de agotar el tema que nos ocupa, se exponen a continuación otras variables implicadas en el estudio de los factores de protección, como son la edad, el sexo o el tipo de sustancia de consumo.

Sabemos que un mismo factor de protección puede tener una importancia notable a algunas edades mientras que en otras puede no ejercer su efecto protector del mismo modo; o un factor determinado protege del consumo de drogas a las mujeres pero no a los hombres; o, por último, puede no tener importancia cuando hablamos del tabaco, pero sí tenerla cuando nos referimos al alcohol o a otras sustancias psicoactivas.

El impacto de los factores de protección puede cambiar durante el curso de la vida. Por ejemplo, los factores de riesgo dentro de la familia tienen mayor impacto en un niño más joven, mientras que la relación con compañeros que abusan de las drogas puede ser un factor de riesgo más importante para un adolescente (Dishion, McCord y Poulin, 1999; Espada, Pereira y García-Fernández, 2008; Gardner y Steingerg, 2005; Gerstein y Green, 1993; Harden, Hill, Turkheimer y Emery, 2008; Talbott, et al., 2008). Algunos pueden disminuir mientras que otros pueden ser reemplazados, por eso hay jóvenes que resisten en un momento del desarrollo pero no en otras circunstancias, porque el impacto de éstos factores parece ser diferente según el proceso de desarrollo psicológico. Por ello, los factores de protección que podrían estar dependiendo en mayor medida de esta variable serían aquellos que forman parte de la esfera individual, en comparación a otros contextos como el social-relacional. Los factores que podrían pertenecer al ambiente externo a la persona, estarían de alguna manera determinados por los factores individuales, toda vez que en éstos se integrarían las características de aquel.

Las investigaciones que se han realizado, considerando parcialmente algunos factores de riesgo y protección o siguiendo el modelo multicausal de Desarrollo Social (Catalano et al., 1996; Hawkins y Weis, 1985), coinciden en señalar el papel de la edad, de modo que hay diferencias entre los adolescentes jóvenes y mayores tanto en los consumos como en los efectos de los factores de riesgo y protección (Cava, Mugui y Musitu, 2008; Hawkins, et al., 1992). Se ha descubierto que la edad en que se comienza a consumir drogas constituye un indicador importante para

predecir el consumo posterior y los problemas ligados al mismo. Esto puede ser así porque hay factores vinculados con el consumo a una edad temprana que, en sí mismos, predicen el consumo posterior (Costa y Turbin, 1995; Jessor, Van den Bos, Vanerryn, Morgan y Grube, 1991). En su estudio, Martínez-González, Robles y Trujillo, (2003) observaron que algunos factores de protección indicaban diferencias estadísticamente significativas según la edad, al comparar a las personas que tenían más de 16 años con los que tenían menos. Edad que, al coincidir con la finalización de la Educación Secundaria Obligatoria (ESO), parece indicar un punto de inflexión en relación al mayor riesgo para el consumo de drogas.

La variable sexo también parece introducir diferencias en los factores de protección (Flay *et al.*, 1994; Friedman *et al.*, 1995; Griffin, Botvin, Diaz y Scheier, 2000; King y Chassing, 2007; Steinhausen, Eschmann, Heimgartner y Metzke, 2008; Labouvie, Bates y Pandina, 1997; Martínez-González y Robles, 2001; Rokach, 2002; Schinke, Tepavac y Cole, 2002; Wallace *et al.*, 2003; Williams, Connor y Ricciardelli, 1998).

En algunos estudios pueden observarse estas diferencias, como es el caso del realizado por Oviedo (2003) en el que las mujeres obtuvieron mayores resultados en 6 de las 11 variables de protección analizadas. Estas variables que indicaban diferencias estadísticamente significativas fueron: normas de convivencia claras en la familia, miedo a las drogas, contacto entre los padres y profesores en el periodo escolar, directividad por parte de los padres, celebración en familia de las fiestas (cumpleaños, navidades, aniversarios, etc.), autosuperación y cumplimiento de leyes y normas de la comunidad. En otro trabajo con población universitaria (Vargas, 2003) encontró también diferencias estadísticamente significativas en varias variables de protección. Según este estudio hay una mayor prevalencia de variables de protección en mujeres como es el caso del miedo a las drogas, asistencia a actividades de la parroquia, valoración de la salud, valor de autosuperación, leyes y normas de la comunidad, normas en la escuela, buena formación escolar, apego, directividad de los padres en la educación y cumplir con los compromisos. En el caso de los hombres se asocian el miedo a las drogas, valoración de la salud, apego y motivación hacia el logro. Otros estudios también han encontrado diferencias en relación a la protección ante fumar tabaco y consumo de drogas en general. Las buenas relaciones familiares son un factor presente tanto en hombres como en mujeres, mientras que sentirse bien con los amigos es más relevante en el caso de los hombres (Anteghini, Blum, Fonseca y Irland, 2001). Parece, por tanto, que algunos factores de protección pueden ser específicos para alguno de los sexos, mientras que otros son compartidos por ambos.

Otros estudios también replican las diferencias de sexo con respecto al peso de determinados factores de protección (Amaro, Blake, Schwartz y Flinchbaugh, 2001). Los autores pudieron determinar cómo existen factores que afectan a ambos

sexos pero de forma diferente, entre los que se encuentran el apoyo social, el déficit en autocontrol, la depresión, el rendimiento académico, el estilo educativo autoritario de los padres y la pobreza. Los factores de protección más específicos para las mujeres tienen que ver con el hecho de que el ambiente familiar modere el impacto negativo de las dificultades escolares y sociales en niñas de 14-15 años, el apoyo de los padres y la disciplina consistente y el autocontrol. López y Rodríguez-Arias (2010), también obtienen resultados en este mismo sentido. Tras analizar una muestra de 2.440 adolescentes, descubren que los chicos tienen significativamente más factores de riesgo, tanto personales como contextuales, y menos factores de protección que las chicas. Para ellas, en cambio, los factores de protección son más personales y familiares, al igual que sus factores de riesgo.

Del mismo modo que debemos avanzar en el conocimiento de las variables de protección en función de la edad y el sexo, tendríamos que considerar el peso que tienen éstas para proteger a las personas en relación al consumo de las distintas sustancias psicoactivas (Costa, Jessor y Turbin, 1999; Curran y Chassin, 1996; Hawking *et al.*, 1992; Husson y Chasin, 1997; Martínez-González y Robles, 2001; Martínez-González *et al.*, 2003; Navarro, 2000; Scheier, Newcomb y Skger, 1994; Wit *et al.*, 1995).

Hasta la fecha, muchos estudios han profundizado en las variables de protección ante drogas legales como el alcohol y el tabaco (Husson y Chasin, 1997; Resnick *et al.*, 1997) y drogas ilegales, incluido el cannabis (Vargas, 2003). Se ha visto por ejemplo que se podía asociar el apego y la religión tanto con el alcohol como con el tabaco, y que la alta autoestima cobraba más importancia en el consumo de tabaco. En su estudio Muñoz-Rivas *et al.*, (2000) comprobaron que para el consumo de alcohol y tabaco podrían identificarse como factores de protección psicológicos el obtener mayores puntuaciones en excitación y autoconcepto positivo. Van den Bree (2005) encuentra que la religión reduce el riesgo de inicio del consumo de cánnabis en niños y el inicio y uso regular tanto para niños como para chicos jóvenes y la continuidad en el consumo de dicha sustancia en el caso de los chicos jóvenes. En el caso del consumo de drogas ilegales, se han asociado distintos factores de protección a nivel psicológico-individual, como obtener mayores puntuaciones en autoconcepto positivo e implicarse activamente en la práctica de la religión (Muñoz-Rivas *et al.*, 2000).

Los factores de protección no son igualmente válidos para todas las drogas ni para todas las poblaciones sino que existe una especificidad para cada una de ellas (Martínez-González *et al.*, 2003; Newcomb y Felix-Ortiz, 1992;). Además, para avanzar en el conocimiento del peso que pueden tener determinados factores de protección, debemos considerar también el policonsumo (Clayton y Rutter 1985; Graña y Muñoz-Rivas, 2000b) aspecto inusualmente tratado en las investigaciones sobre el riesgo y la protección.

Lo que sí parece, a la luz de las últimas investigaciones, es que tanto la información explícita como la implícita sobre el consumo de las distintas drogas y sus consecuencias funcionarían como un factor protector. Así, por ejemplo, Kaner et al. (2008) explican que los consejos breves impartidos en los servicios de urgencias sí tienen influencia para reducir en los jóvenes la motivación al consumo abusivo de alcohol, si se tiene en cuenta que entre las razones que dan los adolescentes abstemios o bebedores muy esporádicos para no consumir, destaca sobremanera sobre cualquier otra razón, el rechazo a la experiencia fisiológica negativa de una borrachera, mientras que el miedo a un accidente o a una futura adicción o enfermedad lo valoran como muy poco relevante.

Para finalizar y a pesar de la especificidad de los factores en función de las poblaciones de estudio, en la Tabla 6 se han intentado reflejar a modo de resumen los principales factores de riesgo y protección que se asocian con el consumo de drogas, señalados en los estudios llevados a cabo en los últimos años.

Tabla 6. Factores de riesgo y protección para el consumo de drogas

Dominio	FACTORES DE RIESGO		FACTORES DE PROTECCIÓN
Individual	Biológicos	Genéticos Ser varón Temprana edad Enfermedad crónica	Religiosidad Creencia en el orden social Habilidades sociales Autoeficacia Habilidades para adaptarse a las circunstancias cambiantes Orientación social positiva Aspiraciones de futuro Inteligencia Resiliencia Actitudes negativas hacia el consumo de drogas
	Psicológicos Conductuales	Trastornos de conducta y salud mental Conducta antisocial Alienación y rebeldía Agresividad Impulsividad Consumo temprano de drogas Consecuencias del abuso físico, sexual o emocional Actitudes favorables hacia el consumo de drogas Ausencia de valores ético-morales Relaciones negativas con los adultos	
Iguales	Actitudes favorables de los compañeros hacia el consumo de drogas Compañeros que consumen drogas Compañeros con conducta antisocial o delincuencia temprana Rechazo por parte de los iguales Susceptibilidad a la presión negativa de los iguales		Apego a los iguales que no consumen drogas Asociación con iguales que están implicados en actividades en la escuela, recreativas, de ayuda, religiosas... No ser fácilmente influenciable por los iguales Resistencia a la presión de los iguales

Dominio	FACTORES DE RIESGO	FACTORES DE PROTECCIÓN
Familia	Consumo de alcohol y drogas por parte de los padres Baja supervisión familiar Baja disciplina familiar Conflicto familiar Historia familiar de conducta antisocial Actitudes parentales favorables hacia el consumo de drogas Bajas expectativas para los niños Abuso físico	Apego familiar Oportunidades para la implicación de la familia Creencias saludables Claros estándares de conducta Altas expectativas para los hijos Sentido positivo de confianza en sí mismo Dinámica familiar positiva
Escuela	Bajo rendimiento académico Bajo apego a la escuela El tamaño de la escuela Conducta antisocial en la escuela	Escuelas de calidad Oportunidades para la implicación prosocial Refuerzos y reconocimiento por la implicación prosocial Creencias saludables Claros estándares de conducta El cuidado y apoyo de los profesores y del personal del centro Clima institucional positivo
Comunidad	Deprivación económica y social Desorganización comunitaria Cambios y movilidad de lugar Creencias, normas y leyes favorables hacia el consumo de drogas Disponibilidad y accesibilidad a las drogas La percepción social de riesgo de cada sustancia Mensajes pro-uso de drogas en los medios de comunicación	Sistema de apoyo externo positivo Oportunidades para participar como miembro activo de la comunidad Descenso de la accesibilidad a las sustancias Normas culturales que proporcionan altas expectativas para los jóvenes Redes sociales y sistemas de apoyo dentro de la comunidad

Adaptado de Center for Substance Abuse Prevention (2001) y Becoña (2007).

5.5 CONCLUSIONES SOBRE LA LITERATURA ACERCA DE LOS FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN EN EL USO DE DROGAS

Como en cualquier otro campo de intervención en materia de promoción de la salud y prevención de trastornos y problemas asociados a la conducta humana, en el de la prevención de las drogodependencias es imprescindible conocer cuáles son los determinantes probables (factores de riesgo y protección) relacionados con el consumo de drogas. Como se ha expuesto hasta aquí, durante las últimas dos décadas se ha avanzado de modo importante en el conocimiento de los mismos y un buen número de estudios nos han permitido conocer los que son más relevantes y los que tienen mayor poder predictivo en el uso y abuso de drogas. En el estudio de los factores de riesgo y protección, y observando cómo estos factores han sido agrupados en la literatura científica, es claro que los mismos están estrechamente

relacionados con el proceso de socialización durante la infancia tardía, adolescencia y edad adulta temprana. Siguiendo este proceso de desarrollo del ser humano, podemos explicar el posterior consumo o no de drogas.

De modo especial, el medio familiar ocupa un lugar destacado desde el principio de este proceso de socialización. En el seno de la familia la persona comienza a socializarse, a través del aprendizaje y formación de creencias, actitudes, normas sociales interiorizadas, valores, intenciones, etc., que van a determinar en último término que ponga en práctica unas u otras conductas. El aprendizaje, la observación, y el consecuente reforzamiento vicario por observación y aprendizaje de las consecuencias de las acciones de las conductas propias y de los otros, etc., van poco a poco moldeando el modo de ser del niño y posteriormente del adolescente. Las investigaciones recientes nos indican que el medio familiar tiene más importancia de lo que se pensaba hace años, en relación con los iguales, en la adolescencia (Arteaga et al., 2010; Fallu et al., 2010), pudiendo afirmarse por ello, tanto en éste como en otros aspectos, que los padres y el entorno familiar juegan un papel importante para el uso o no de drogas por parte de sus hijos.

Además de la familia, tras los primeros años en la vida de los hijos, van a ser la escuela y los compañeros y amigos los entornos en los que continúe desarrollándose dicho proceso de socialización. Es en el periodo adolescente donde la influencia de estos entornos escolar y de los iguales alcanza su mayor capacidad de influencia. En esta fase del periodo vital, y bajo estas múltiples influencias ambientales, la influencia de los factores de riesgo y protección determinarán en buena medida el resultado de que la persona pruebe o no pruebe las drogas y las continúe o no consumiendo posteriormente tras haberlas probado. En esta fase del desarrollo personal del adolescente, éste se va a encontrar expuesto a la influencia de una serie de factores de riesgo y protección, unos de su ambiente y medio social, otros de su familia, otros de sus compañeros y amigos y de su sistema escolar y, finalmente, otros que le van a ser propios por características personales. A su vez, existe una mutua y compleja interrelación entre unos y otros, que se modula a través de la historia y el aprendizaje personal.

Además conocemos que el consumo de drogas no suele producirse aisladamente en la infancia tardía y adolescencia. Muy frecuentemente, el uso y abuso de drogas en estas fases de la vida del individuo va asociado (unido de modo concurrente, como antecedente o como consecuencia posterior) a otras conductas problema, las conductas desviadas, antisociales o consideradas problemáticas socialmente. La detección de los adolescentes vulnerables a este tipo de problemas es de gran relevancia tanto para ellos como para el resto de la sociedad, por lo cual el estudio y monitorización de los factores de riesgo y protección en el consumo de drogas resulta también útil para la prevención de estas otras conductas de riesgo, problema o desviadas socialmente, como ya se ha indicado repetidamente. Esto

también nos conduce a tener en cuenta que la mejora en el bienestar social (ej., reducción de la tasa de paro, aumento de las oportunidades para el desarrollo personal, buenas escuelas para todos, etc.), biológico (facilidad de acceso a la sanidad, posibilidad de hacer chequeos periódicos, etc.) y psicológico (crianza adecuada con una buena interacción con la familia y un buen nivel de afectividad; potenciación del desarrollo de las capacidades; preservar la salud mental, etc.) de las personas, puede ser una de las mejores formas de hacer prevención para el consumo de drogas y de estas otras conductas.

Por todo ello, como principal conclusión de lo expuesto hasta aquí, podemos afirmar que cuanto más y mejor conozcamos los factores de riesgo y protección, no sólo conoceremos mejor las causas por las que las personas consumen drogas, sino que podremos desarrollar cada vez programas preventivos más adecuados y eficaces.

6 ANTECEDENTES DEL ESTUDIO DE LAS VARIABLES RELACIONADAS CON EL CONSUMO DE DROGAS EN EL SISTEMA DE PROTECCIÓN DE MENORES

6.1 INTRODUCCIÓN

En España, las condiciones sociales deficitarias que afectan a la vida y la salud de miles de menores son notables. Un buen número de niños viven en la pobreza. Más de un 20% de casos de menores sufre algún tipo de abuso o abandono al año, y el 14% de ellos padecen problemas de violencia doméstica. Estas condiciones sociales exponen a los menores a experiencias notablemente aversivas, ofreciendo apoyos mínimos al desarrollo conductual y emocional sano, y haciendo probable la emergencia de problemas nuevos en los que se incluyen los relacionados con el consumo de drogas.

Si tomamos sólo a modo de ejemplo la tasa de problemas psiquiátricos y conductuales (depresión, ansiedad, abuso de drogas) vemos que es tres veces mayor en niños/adolescentes sin hogar que en sus iguales con hogar, y la presencia de disfunciones académicas (fracaso y abandono escolar) es notablemente más elevada en los menores expuestos a estas condiciones (Brooks-Gunn, Aber y Duncan, 1995). El abandono y el descuido de los padres es uno de los factores que sitúan a los menores en riesgo de emitir conductas desadaptativas. Otros ejemplos son el abuso físico, sexual y emocional, el desamparo, determinados cambios en la composición y estructura familiar, como el divorcio o la separación de los padres, la ausencia de supervisión en la familia, y otros por el estilo. Estas son algunas de las condiciones específicas, que como veremos más adelante, presenta el colectivo de menores pertenecientes a los Centros de la Red de Protección de la Comunidad de Madrid y en el que se centra el estudio desarrollado en la presente tesis doctoral.

La existencia de una serie de características específicas como un mayor número de problemas conductuales, de ajuste y de disfunciones clínicas, presentes en los menores acogidos en los centros de protección nos hacen hipotetizar que los colocan en un mayor riesgo que a sus pares normalizados y no institucionalizados para el uso, abuso y dependencia de drogas, y los convierten en blanco prioritario de los objetivos del estudio en el ámbito de los factores de riesgo y de protección en la prevención de las drogodependencias.

6.2 EL SISTEMA PÚBLICO DE PROTECCIÓN DE MENORES

El acogimiento residencial como medida protectora cuenta con una larga trayectoria que tiene su origen en las grandes instituciones de carácter benéfico que durante siglos han acogido a pobres, enfermos, niños huérfanos y abandonados.

A diferencia de otros sistemas públicos que conforman lo que hoy denominamos el Estado de Bienestar, tales como la Sanidad o la Educación, que cuentan con larga historia y un conocimiento directo por parte de todos los ciudadanos como usuarios, los servicios sociales nacen como un sistema de bienestar a partir de los años ochenta y su estructura y función es muy desconocida para gran parte de la población. Incluso son a veces poco conocidos para los profesionales de otros sistemas, por lo que será conveniente describir, aunque sea de modo muy sucinto, su estructura y prestaciones, con atención especial a los servicios destinados a menores, colectivo en el que se centra la presente investigación.

El sistema público de servicios sociales se desarrolla sobre la base de una distinción estructural que diferencia entre:

- Servicios sociales comunitarios: cuya función es la de atender cualquier demanda de los ciudadanos, así como realizar un trabajo comunitario de estudio permanente de necesidades en cada entorno y promover programas preventivos y proactivos.
- Servicios sociales especializados: destinados a grupos que comparten necesidades muy específicas y que requieren prestaciones y recursos ajustados a esas particularidades. Donde se incluyen los menores de edad en desprotección (acogimiento en residencias o en familias). Normalmente estos servicios son gestionados desde las comunidades autónomas, como sucede en el caso de la Comunidad Autónoma de Madrid.

Debido al cambio de perfil de los menores atendidos por los sistemas de protección en estos últimos años, cobra especial relevancia conocer la evolución histórica que han sufrido estos recursos. Hasta el desarrollo del actual sistema de servicios sociales, los menores formaban una de las poblaciones de mayor atención social, ya que es obvio que se trata de uno de los colectivos de mayor dependencia y necesidad de atención. Ya desde hace muchos siglos la atención a los niños abandonados generó la necesidad de construir grandes instituciones para su recogida y cuidado con nombres muy diversos (casas de expósitos, de misericordia, casas cuna, inclusas, hogares infantiles, etc.). A lo largo del siglo XX estas instituciones continuaron conservando una función muy importante, si bien a medida que avanza el siglo no se trata tanto del abandono infantil como del apoyo a familias donde existen situaciones socioeconómicas difíciles. La Obra de

Protección de Menores, las instituciones de Auxilio Social, las Diputaciones y sus casas para huérfanos y niños "carenciales", desarrollaron una extensa red de instituciones de acogida de menores que perduró hasta bien entrados los años ochenta. Las instituciones para niños en España en 1989 albergaban a casi 20.000 menores como medida de protección, disponiendo para ello de más de mil instituciones repartidas por toda la geografía (Ministerio de Justicia, 1984; Defensor del Pueblo, 1991).

Los servicios sociales de familia e infancia se originan, con respecto a los menores de edad, con el cometido de la salvaguarda de sus derechos y de manera especial velar porque reciban la adecuada educación y protección por parte de sus padres o responsables legales. La Ley Orgánica 1/1996 de Protección Jurídica del Menor, establece la distinción entre dos tipos de situaciones de desprotección social para los menores: situaciones de desamparo (donde los padres no ejercen sus deberes de asistencia, guarda y educación, o lo hacen inadecuadamente y se debe asumir la tutela del menor por parte de la Administración competente) y la situación de riesgo social (donde el inadecuado ejercicio de los deberes parentales produce un perjuicio para el menor que no es lo suficientemente grave como para apartarlo de la compañía de su familia, pero requerirá la intervención de los servicios sociales para eliminar esos factores de riesgo). Frente a cada una de estas situaciones, que dan lugar a un distinto grado de intervención de la entidad pública, procede también la adopción de diferentes medidas. La Ley Orgánica 1/96, de Protección Jurídica del Menor, establece estas medidas de protección que ha de aplicar la entidad pública competente a fin de proteger al menor, no sólo cuando éste se encuentre en situación de desamparo, sino incluso antes, llevando a cabo una política de prevención, investigando los hechos para poder corregirlos (Art. 16 de la Ley Orgánica 1/1996 de Protección Jurídica del Menor) y, si es necesario, asumiendo la entidad pública las funciones tutelares del menor.

Hasta este momento la protección de los menores se dirigía a ofrecerles una institución como forma de vida alternativa a la familia (que se mostraba incapaz o inadecuada), al menos en tanto no se modificaran las circunstancias perniciosas del hogar (lo cual no solía ocurrir con facilidad y daba lugar a una institucionalización que duraba en muchos casos hasta la mayoría de edad). El modelo institucional estuvo vigente como única alternativa para la atención de menores que carecieran de un contexto adecuado (por carencias económicas o situaciones de maltrato muy severas). Las características de este modelo (Del Valle y Fuertes, 2000) se podrían sintetizar en el hecho de ser centros cerrados, autosuficientes (incluyendo en su interior escuelas, médico, cines, canchas deportivas, etc.), basados en necesidades muy elementales, con un cuidado no profesional, y con razones de ingreso enormemente variadas y no necesariamente vinculadas a lo que hoy entendemos por desamparo.

La aparición del sistema de servicios sociales provocó la supresión de las grandes instituciones y una revolución total de la forma de atención a los menores en desprotección. Desde los cambios legales que definen las situaciones de desamparo y riesgo, al protagonismo del trabajo técnico y la responsabilidad de las administraciones autonómicas y locales, se va construyendo un sistema que incorpora la noción de "familia e infancia" como objetivo de atención. Esta conexión entre las prácticas educativas de los padres y la desprotección de los menores se vuelve más relevante si se tiene en cuenta que los casos que se encuentran abiertos en España suponen intervenciones que se deben en mayor grado a problemas de negligencia (casi el 80%).

Durante los últimos quince años, el perfil de la población atendida en centros y hogares de protección y las necesidades de intervención desde este contexto han variado considerablemente, ocasionando una gran crisis del modelo familiar.

Las características que presentan hoy en día un buen número de casos acogidos en hogares son: adolescentes sin previsión de retorno al hogar familiar, presencia de problemas emocionales, de conducta y salud mental, adolescentes que presentan conductas violentas hacia su familia, menores infractores con medida protectora, menores extranjeros no acompañados (MENAs) y acompañados (negligencia y modelos educativos inadecuados). Al adoptarse medidas de tipo familiar de forma prioritaria para todos los menores, especialmente para los más pequeños, ha ocasionado que la población atendida en acogimiento residencial sea cada vez de mayor edad (aproximadamente un 70% son mayores de 13 años) (Bravo y Del Valle, 2001), convirtiéndose en un entorno de intervención dirigido fundamentalmente a adolescentes y a niños que presentan características que dificultan su acogida en un entorno familiar (Dale, Anastasio, Baker y Purcell, 2007).

La atención educativa, basada en la creación de un contexto de convivencia y educativo normalizado, alejado del concepto de "institución de menores", es pertinente para algunos niños que requieren una acogida temporal sin presentar necesidades especiales de intervención. Pero lo cierto es que en muchos de los casos que se atienden en la actualidad en acogimiento residencial, ese modelo de intervención resulta limitado. Precisamente el optar por los hogares de acogida puede deberse a la necesidad de implementar intervenciones más especializadas y de corte terapéutico, que difícilmente podrían desarrollarse dentro del ámbito familiar (salvando la excepción de los acogimientos familiares profesionalizados o terapéuticos, apenas implantados en nuestro país).

Son varios los factores que han propiciado el desarrollo de este nuevo modelo de intervención:

- La aparición de nuevas problemáticas, como la llegada de menores extranjeros no acompañados o el caso de los menores denunciados por sus padres por haberse convertido éstos en víctimas de su comportamiento violento, ha supuesto un reto al actual planteamiento de trabajo en los hogares y centros de protección.
- La necesidad de un enfoque más terapéutico para dar respuesta a las necesidades de jóvenes con problemas de salud mental. Si bien el principio de normalización supuso un gran avance a la hora de evitar la estigmatización y el trato segregado de estos menores, el modelo de atención familiar en los centros de acogida no ha demostrado tener los suficientes recursos para abordar problemáticas que requieren un contexto de trabajo más terapéutico.
- La evolución del sistema de protección y la asunción de un principio como el "permanency planning", (proceso sistemático de puesta en marcha de un conjunto de actividades dirigidas a objetivos diseñados para ayudar a los niños viven en familias permanentes, con el objetivo de proporcionar al niño la continuidad de las relaciones con los padres o cuidadores, dándoles la oportunidad de establecer relaciones familiares de por vida) ha supuesto que se adopten medidas de tipo familiar de forma prioritaria para todos los menores, pero muy especialmente para los más pequeños.
- El propio proceso de intervención en el sistema de protección ha ocasionado la demanda de una mayor especialidad en la intervención desde los hogares.

Así la presente tesis, se enmarca en un contexto en el que el papel que desempeña el acogimiento residencial en el actual sistema de protección es vital, huyendo de su consideración como alternativa a adoptar únicamente cuando las demás no son posibles. Existen hoy día perfiles de adolescentes para los que no se dispone de ninguna otra alternativa y en estos casos el acogimiento residencial está suponiendo un apoyo muy efectivo (Del Valle, 2009).

Para finalizar, se expone brevemente el funcionamiento de los diferentes niveles de intervención de los servicios sociales en el ámbito de la protección infantil.

Una vez que se detecta un posible caso (desde servicios sociales o desde otros sistemas como el educativo o el sanitario) de desprotección, corresponde a los servicios sociales municipales o comunitarios la comprobación de si se dan las circunstancias necesarias para iniciar una intervención y, en el caso de que la respuesta sea positiva, la evaluación del caso de desprotección. Una vez evaluada la gravedad de la desprotección y las consecuencias para el menor se realiza una primera intervención con el grupo familiar sin separar al niño de su hogar. Los servicios sociales especializados actúan cuando el caso de desprotección exige

asumir la tutela o guarda de los menores (la guarda es una medida solicitada por los padres para evitar el desamparo). Una vez asumida la guarda o tutela, la entidad pública competente deberá poner en marcha una medida de cobertura educativa que fundamentalmente será el acogimiento con otra familia (parientes o no) o el acogimiento en un hogar o residencia de protección.

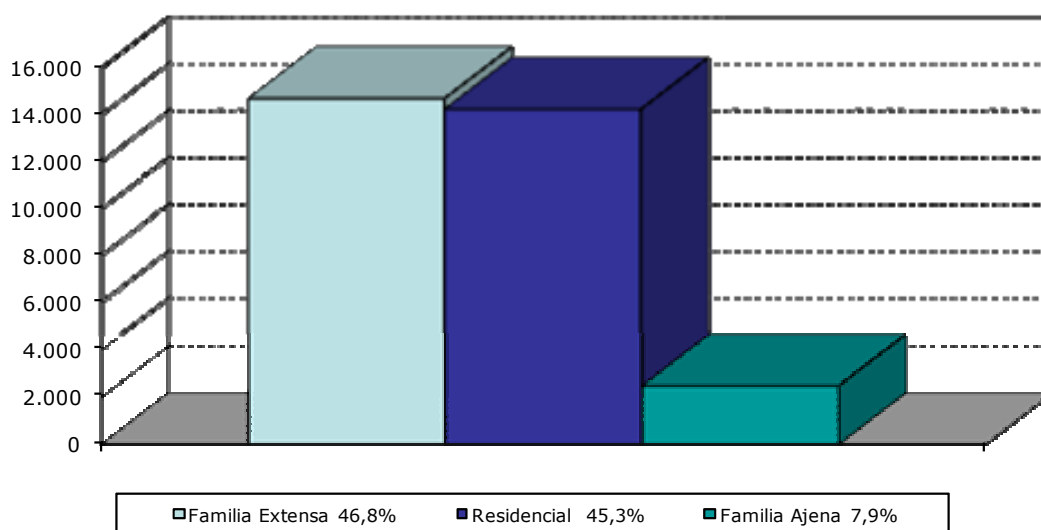


Gráfico 6. Situación del acogimiento familiar y residencial en España (Fernández del Valle y Bravo, 2004)

6.3 PERFIL GENERAL DE LOS MENORES ACOGIDOS EN RESIDENCIAS DE PROTECCIÓN

Las estadísticas sobre los casos de protección infantil en nuestro país suponen una asignatura pendiente que nos tiene en un estado de desconocimiento de la realidad que resulta poco comprensible. Disponemos de datos sobre el total de casos de protección, mediante las estadísticas ministeriales, pero los indicadores son bastante discutibles y poco informativos respecto a los perfiles de los casos, sus características y los procedimientos de las intervenciones.

Lo que sabemos de los menores proviene de algunas investigaciones cuyos ámbitos son muy limitados. Por ejemplo, en Fernández del Valle, Álvarez-Baz y Fernández (1999), se analiza una muestra de 288 casos que estuvieron acogidos en residencias de menores del Principado de Asturias. Entre los aspectos más frecuentes que están presentes en las situaciones que desencadenaron la intervención protectora de los menores se encuentran la conducta violenta en el entorno familiar, las dificultades económicas, el desempleo y los aspectos sociales.

No obstante en más de la mitad de los casos existe la presencia de drogodependencia en los padres (en su mayoría alcohol), la prostitución afecta a casi la tercera parte de los casos, un 12% de los padres presenta actividades delictivas. Por otra parte, se debe indicar que la situación de pareja de los padres era de matrimonio solamente en un 17% de los casos, con casi un 40% de separaciones y un buen número de madres solteras y situaciones de viudedad. La tipología de la desprotección se trataba en su mayoría de negligencia, en un 61% de los casos, seguida de maltrato físico, en un 40%.

Otro grupo amplio de familias fue analizado por Fernández del Valle, Álvarez-Baz y Bravo (2002), aunque en este caso se trataba de menores en protección con medida de acogimiento en familia extensa (la inmensa mayoría acogidos por sus abuelos). La muestra se componía de 568 casos de menores. Aquí la presencia de drogodependencias en los padres alcanzaba hasta el 49% de los padres y el 60% de las madres, pero en este caso prácticamente en todos los casos con problemas de consumo de heroína. Más del 40% de los padres y madres presentaban problemas de delincuencia y muchos de ellos habían estado o estaban en prisión. En las madres la prostitución ascendía al 30%, aunque el perfil estaba asociado al consumo de heroína en muchos casos, algo muy diferente de las familias del estudio anterior. En cuanto a los datos acerca del contacto e implicación de las familias de estos menores, tampoco contamos con muchos estudios que nos den cuenta de la situación actual, una referencia es la de Bravo y Fernández del Valle (2001) en la que se recogen los siguientes resultados obtenidos de una muestra de 673 niños y adolescentes acogidos en un total de 42 residencias y hogares de protección de diferentes Comunidades Autónomas: no sólo no existe una escasa implicación de las familias mientras el niño permanece en la residencia, sino que apenas se desarrollan programas de intervención en el núcleo familiar a pesar de lo cual los niños mantienen una estrecha vinculación con su familia.

Como veremos a continuación, las características personales de los menores protegidos han ido variando en los últimos años. En la década de los ochenta la mayor parte, presentaban problemas socio familiares relacionados con las situaciones de pobreza y marginación. Sin embargo, los datos de estos últimos años apuntan a un incremento notable de la población adolescente (que ya son más de la mitad), con el paralelo aumento de problemas de conducta (Fernández del Valle y Fuertes, 2000).

En otro trabajo se analizó el tipo de problemas que presentaba una muestra de menores acogidos en residencias (Fernández del Valle y Bravo, 2003) mediante cuestionario a los educadores.

Destaca claramente la presencia de trastornos asociados con ansiedad, que afectan a cerca del 40% de los menores, aunque también los trastornos depresivos aparecen en un 30%. Si se observan los problemas de conducta relacionados con el riesgo de actividad delictiva o abuso de sustancias, se aprecia que la conducta violenta (la presencia de episodios de este tipo en la convivencia de los hogares y residencias) afecta a un 33% de chicos y a un 26% de chicas; las conductas de fuga se dan en un 20% de chicas y un 14% de chicos; ligeramente menor se presenta la conducta de hurtos y en grado aún menor aparecen los porcentajes de los que ya tienen calificación de delito en sus actos (8% de varones y cerca del 5% de chicas); el consumo de drogas afecta igualmente a más del 10% y la presencia de más de un 10% de casos presentan diagnóstico de esquizofrenia.

En un estudio más reciente (Llanos, Bravo y Del Valle, 2006), basado en la aplicación del Child Behavior Checklist, CBCL (Achenbach, 1991) en una muestra de 330 menores acogidos en hogares y centros de protección, los autores obtuvieron conclusiones similares a las de 2002, con una clara acentuación de los problemas de conflicto que dificultaban cada vez más la convivencia y que generaban malestar y sentimientos de inseguridad en los centros.

En el mencionado estudio (Fernández del Valle, *et al.*, 2002) se recogieron datos de la incidencia de menores con problemas de conducta. Para ello, se seleccionaron algunos de los problemas más usuales, construyendo un cuestionario específico para los educadores que detectara cuántos casos y de qué tipo existían en los hogares con cada una de estas problemáticas. Al final se recogieron datos referentes a más de 150 menores. Los problemas de ansiedad (cerca del 40%), depresión (sobre una media del 30%) y aislamiento (sobre el 25%) eran los más frecuentes dentro del grupo de alteraciones psicológicas, que presentaba una tercera parte de la muestra (lo que seguramente tenía que ver con un criterio no patológico sino de observación de conductas relacionadas con esos patrones). Seguido de la autoagresión y otros como la hiperactividad (con una frecuencia mayor en los hombres). También son frecuentes la dislexia o las fugas (en este caso, más prevalente en el caso de las mujeres). A excepción de los tics y la conducta delictiva, el resto tiene una presencia más o menos importante, incluyendo un buen número de casos de esquizofrenia (más de un 10%). La conducta violenta está presente en un 30% de los casos, aproximadamente.

Finalmente, en un estudio de perfiles y procesos sobre el acogimiento familiar en España, Fernández del Valle, Bravo, López y Montserrat (2008) observan que los niños son acogidos con una edad media de siete años. Estos niños presentan discapacidades o problemas de salud graves en algo menos de un 10% de los casos e importantes problemas de conducta en un 8% de los casos.

6.4 LA RED DE CENTROS DE PROTECCIÓN DE MENORES DEL INSTITUTO MADRILEÑO DEL MENOR Y LA FAMILIA DE LA COMUNIDAD DE MADRID

Nuestro ordenamiento jurídico establece una serie de figuras generales dirigidas a la protección de los menores, que regulan el conjunto de derechos y deberes de los padres y los hijos, entre las que destacan: la patria potestad, la tutela y la guarda. El incumplimiento por parte de los padres o tutores de alguna de estas obligaciones y deberes, bien por ausencia de éstos, bien por incapacidad, o por inadecuado desempeño, dará lugar a la adopción de distintas medidas para la protección de estos menores por la entidad pública competente. El Instituto Madrileño del Menor y la Familia (IMMF) es la entidad encargada en la Comunidad de Madrid de la protección jurídica y social de los menores en situación de alto riesgo social o de desamparo (funciones que vienen reguladas por la Ley 2/96 de junio, de creación de este organismo autónomo). El tipo de medidas a adoptar por el IMMF en el ámbito de la protección a los menores pueden ser clasificadas en tres categorías diferentes, en función de la gravedad del riesgo o desamparo detectado:

- a) **Diligencias informativas.** Este tipo de medidas están relacionadas habitualmente con la detección de situaciones de riesgo social, que requieren de una investigación y estudio de la situación familiar para descartar la existencia de situaciones de desprotección y la apertura de un expediente de tutela o guarda.
- b) **Guardas.** En general se corresponden con solicitudes de internamiento y/o acogimiento voluntario y temporal, realizadas por los propios padres, ante situaciones transitorias, que impiden la atención del menor (enfermedad, ingreso en prisión, ingreso en centro terapéutico, etc.).
- c) **Tutelas.** Supone la asunción por parte de la entidad pública de la tutela del menor y la consiguiente suspensión de la patria potestad o tutela ordinaria. Estas medidas se corresponden con situaciones donde se produce el desamparo del menor, al no tener éste cubiertas de manera adecuada sus necesidades físicas, psicológicas, afectivas, etc.

Las residencias, pisos, hogares y, en general, los centros residenciales del IMMF ofrecen una forma de convivencia alternativa para los menores guardados y tutelados por la Comunidad de Madrid, cuando han fracasado o resultan inviables los apoyos o actuaciones para mantener al niño o adolescente en el medio familiar de origen. Así, desde estos centros, integrados con el resto de recursos sociales de atención a la infancia, se proporciona a los menores un marco adecuado para su desarrollo y socialización.

En esta Red de Centros, que coordina el Área de Coordinación de Centros de Protección del IMMF, coexisten centros de muy diferente tipología tanto por la gestión, que puede ser pública o concertada, como por el tamaño del recurso, la edad de la población atendida o por las necesidades que presenta la población, comunes en muchos casos a la mayoría de los menores que requieren un recurso residencial o específicas y que requieren un grado variable de especialización en la atención prestada:

- Acogimiento Residencial de Urgencia: proporciona a los niños/as y adolescentes con necesidades de protección una acogida residencial de urgencia en las situaciones en las que así se precisa. El programa de intervención que se aplica en éstas responde a la necesidad de disponer de un recurso residencial para la atención continuada e ininterrumpida de las situaciones de urgencia relacionadas con el maltrato o la desprotección infantil. Además de las funciones de apoyo emocional y material a los niños/as, cumple las de evaluación diagnóstica y propuesta de derivación. La asignación del recurso más idóneo para cada menor se realiza en función de criterios técnicos establecidos y de la disponibilidad de plazas en cada momento. En la Comunidad de Madrid existen dos Centros de Acogida de Urgencia (Isabel Clara Eugenia -0 a 14 años- y Hortaleza -15 a 18 años-), ambos en Madrid capital y situados en el distrito de Hortaleza. Cuentan con un total de 67 plazas.
- Residencia de Primera Infancia: son recursos residenciales para niños/as de entre 0 y 6 años. Hay cinco centros de esta tipología en la Comunidad de Madrid con un total de 154 plazas (Rosa, Valle, Henares, La Casa Nueva y Casa de los Niños). Hay que señalar entre los Centros de Primera Infancia la especificidad de Casa de los Niños, que aunque encuadrada en las Residencias de Primera Infancia, atiende a niños/as con edades comprendidas entre los 0-3 años y que además puedan presentar necesidades sanitarias especiales, que requieran atención permanente, y que se benefician de una atención educativa y una vida cotidiana normalizada.
- Residencias Infantiles: son recursos de acogimiento residencial para niños/as y adolescentes entre 3 y 18 años de una determinada zona (distrito, municipio o mancomunidad) que funcionan como recurso integrado en el entorno y que pretenden no separar a los niños de su contexto natural de convivencia. La intervención se realiza desde una metodología de trabajo interdisciplinar e interinstitucional en coordinación con el resto de instituciones de ámbito comunitario, en particular con los servicios sociales municipales. Estas residencias son: Alcalá de Henares, Alcorcón, Arce Rojo, Arganda, Chamberí, El Encinar, Getafe, Isabel Clara Eugenia, Isabel de Castilla, Las Acacias, Las Azaleas, Las Rosas, Leganés, Móstoles, Ntra. Sra. De Lourdes, Palomeras, Parla

y Vallehermoso. Tienen una capacidad total de 563 plazas. En 2010, se ampliaron 14 plazas en instalaciones anexas a la Residencia Infantil Las Acacias, para adolescentes de 13 a 18 años.

- Hogares: los Hogares, ubicados tanto en pisos como en inmuebles más grandes o residencias y con gestión privada, atienden a niños, niñas y adolescentes que a pesar de tener un pronóstico de difícil retorno a su medio familiar, pueden seguir manteniendo una buena vinculación con el mismo. Los Hogares con los que se cuenta son: Aldeas Infantiles SOS, Buen Pastor, Calasanz, CEMU, Dominicás, El Olivo, Encuentro y Acogida, Fernández de los Ríos, Fundación Alicia Koplowitz, Fundación Anar, Luis Amigó, Mensajeros de la Paz, Nazaret, Nuevo Futuro, Rafaela Ybarra, Torremocha y Villa Paz. El total de plazas que ofertan es de 470.
- Recursos de Adolescentes: acogen adolescentes a partir de 15 años (aunque hay algunos recursos específicos que acoge a menores desde los 12 años), en tanto adquieren la formación personal necesaria para lograr su autonomía e incorporación social. En estos recursos, acompañados de programas especiales de apoyo a la tarea de los equipos, predomina el trabajo dirigido a la inserción socio-laboral de los menores protegidos.
 - o Pisos de adolescentes: Estos pisos atienden a adolescentes tanto inmigrantes como de origen español y la mayoría son también de gestión privada. Estos pisos son: A.F.A.S., Álvarez de Castro, Grupo Educativo, M.P.D.L., Mejorada, Mensajeros, Paideia, Tomillo y Torremocha. Cuentan con 26 plazas.
 - o Residencias de Adolescentes: hay dos residencias, con un total de 44 plazas, Manzanares, que acoge menores de entre 12 y 18 años, y desarrolla un proyecto específico para extranjeros no acompañados, en una alta proporción de origen marroquí y Vistalegre que acoge menores de entre 14 y 16 años, ofreciendo otra respuesta educativa a aquellos adolescentes que no se adaptan al sistema de atención residencial convencional.
 - o Pisos de atención a menores extranjeros no acompañados: se trata de un acogimiento residencial en pisos (Atime, Horuelo y Mercedarios) se cuenta con 36 plazas y se ofrece una atención socioeducativa adecuada a las necesidades y demandas de la población adolescente que llega desde otros países a la Comunidad de Madrid sin acompañamiento familiar.
 - o Programa de vida independiente para adolescentes: este Proyecto ofrece a adolescentes cercanos a la mayoría de edad y que no se adaptan a la convivencia en recursos residenciales tradicionales un recurso más adecuado

a sus características, que les permita culminar con éxito su proceso de autonomía y recuperar su capacidad de convivencia y de responsabilidad sobre su proyecto personal. Las modalidades en las que se desarrolla el proyecto son: alojamiento en hostales, en pisos compartidos y en habitaciones compartidas. Y las entidades que gestionan las 89 plazas con las que se cuenta (el IMMF gestiona directamente 30 de estas plazas) son: A.F.A.S., Horuelo, IMMF, MPDL, Tomillo y Trama.

- Residencias para menores con discapacidad: acogen a los niños/as y adolescentes protegidos, hasta un total de 123 plazas, con discapacidad física, intelectual o sensorial de 0-18 años, que por necesitar una atención individualizada y especializada, requieren un recurso residencial específico. Estas residencias son: APANID, APRESI, Casa Belén, GOTZE, Martínez Bufanda, Martínez Bufanda (El Escorial), Peripatos, Sta. M^a de la Vida, Teseo y Virgen de Lourdes. Cada uno de los centros tiene un perfil de atención muy determinado según la edad, el tipo y el grado de minusvalía, si se requieren cuidados sociosanitarios o hay trastornos de salud mental o de conducta asociados.
- Residencias específicas de atención terapéutica para un máximo de 116 menores con problemas de salud mental o trastornos de conducta: estas residencias prestan atención a menores con medida de protección que padecen trastornos de salud mental o graves trastornos de conducta, para los que no es suficiente la atención ambulatoria o en Centro de Día y requieran para su atención un recurso residencial específico. Estos centros específicos son: Berzosa, DIANOVA, SIRIO I y II, C.A.P.S. Picón del Jarama, Nuño Gutierrez, Almenara, C.A.P.S. La Jarosa/Tetuán y Galapagar. También, como en los centros de Atención a Menores con Discapacidad, el perfil de los menores atendidos es específico en cada centro. A grandes rasgos podemos distinguir entre los que atienden a menores con problemas de salud mental (SIRIO, La Berzosa y Galapagar) y aquellos que atienden a menores con trastornos de conducta (los CAPS de La Jarosa/Tetuán y Picón de Jarama y DIANOVA), que además atiende a menores con problemas de consumo de drogas.

Se presentan a continuación algunos datos recogidos en la última Memoria disponible, elaborada por el Instituto Madrileño del Menor y la Familia (Memoria Estadística. Centros de Protección de Menores de Edad, 2010) al respecto del número de atendidos y de las características de los jóvenes acogidos en la Red de Centros de Protección de Menores de la Comunidad de Madrid.

En la Tabla 7, se puede observar la evolución en los porcentajes de ocupación media en la Red, habiéndose producido una reducción en el número de plazas

globales. El número de menores que han estado, de media, en acogimiento residencial ha sido de unos 1.572.

**Tabla 7. Evolución de la capacidad en número de plazas y ocupación media.
Años 2000-2010**

AÑO	Capacidad	Ocupación Media (plazas)	Ocupación Media (%)
2007	1.820	1.592	97,46
2008	1.791	1.609	89,97
2009	1.770	1.627	96,41
2010	1.729	1.572	95,46

Fuente: Memoria 2010. Instituto Madrileño del Menor y la Familia

La edad de los menores atendidos en 2010 es la recogida en la tabla 8. La distribución por edades es muy similar a la de años anteriores y como se puede observar, se mantiene cierta tendencia al aumento de la edad de los menores atendidos de modo que casi el 56% tiene por encima de 12 años.

Tabla 8. Edad de los menores atendidos

Edades	Número de menores	% Respecto del total
0-6 Años	422	18,53
7-12 Años	583	25,60
13-15 Años	524	23,01
16-18 Años	725	31,84
19 o más Años	23	1,01

Fuente: Memoria 2010. Instituto Madrileño del Menor y la Familia

La proporción por sexos es claramente mayor en el caso de los varones atendidos, si bien, se observa que continúa aumentando ligeramente el número de chicas atendidas respecto a los años precedentes.

Tabla 9. Sexo de los menores atendidos

Sexo	Número de menores	% Respecto del total
Varones	1.342	58,94
Mujeres	935	41,06
TOTAL	2.277	100

Fuente: Memoria 2010. Instituto Madrileño del Menor y la Familia

Durante 2010 se atendió a un total de 2.244 menores, de los cuales 1.423 eran españoles y 854 de origen extranjero. El número de menores españoles ha aumentado y disminuye, la proporción de menores extranjeros.

Tabla 10. Países de procedencia de los menores atendidos

Países de procedencia	Número de menores	% Respecto del total
ESPAÑA	1.423	62,49
MARRUECOS	265	11,64
ECUADOR	74	3,25
RUMANIA	50	2,19
COLOMBIA	47	2,06
NIGERIA	42	1,84
BOLIVIA	27	1,19
PERÚ	26	1,14
GUINEA ECUATORIAL	24	1,05
REPÚBLICA DOMINACANA	23	1,01
GUINEA	15	0,66
POLONIA	15	0,66
CHINA	13	0,57
BRASIL	12	0,53
ANGOLA	12	0,53
OTROS	129	5,66
SIN DETERMINAR	80	3,52
TOTAL	2.277	100

Fuente: Memoria 2010. Instituto Madrileño del Menor y la Familia

Uno de los datos más reseñables es la importante reducción respecto a años anteriores del número de menores de origen marroquí (un 4%), atribuible sobre todo a los menores no acompañados de esta nacionalidad, aunque siguen siendo Marruecos, junto con Ecuador los dos países de las procedencias más frecuentes.

En el año 2010 ha habido un total de 1.372 ingresos de menores, dato inferior al del año anterior (un 6%), lo que supone volver a cifras similares a 2008. El Centro de Acogida de Hortaleza atiende exclusivamente a adolescentes (chicos y chicas mayores de 15 años), desde el año 2004. Los motivos del ingreso de los menores atendidos en el año 2010 fueron los siguientes:

Tabla 11. Motivos de ingreso

Motivo del ingreso	Nº de casos
No se localiza a sus progenitores/conducta asocial	866
Situación irregular en España/menores no acompañados	182
Conflicto familiar	97
Malos tratos/denuncia de malos tratos	61
Los responsables del menor no se hacen cargo	46
Mendicidad/explotación económica	39
No incorporación a su centro de protección	26
Explotación sexual	14
Abandono del domicilio familiar	13
Carencia de recursos económico/personales	10
Privación de libertad del responsable	8
Otros/sin especificar	10
TOTAL	1.372

Fuente: Memoria 2010. Instituto Madrileño del Menor y la Familia

Finalmente, se recogen en la tabla 12 las medidas de protección acordadas para los menores atendidos y que se distribuyen de la siguiente forma:

Tabla 12. Medidas de protección de los menores atendidos

Medida de protección	Número de menores	% Respecto del total
Tutela	1.680	73,78
Guarda	582	25,56
Otras situaciones	15	0,66
TOTAL	2.277	100

Fuente: Memoria 2010. Instituto Madrileño del Menor y la Familia

6.5 SITUACIÓN ACTUAL Y ANTECEDENTES DEL ESTUDIO DE LOS FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN EN EL CONSUMO DE DROGAS EN MENORES PROTEGIDOS

A nivel internacional, hay evidencia de que la inclusión de los adolescentes en los Servicios de Bienestar Social (SBS) afecta a los menores en el consumo de drogas. Para los niños que vivían en hogares fue cinco veces más probable el abuso de sustancias que entre sus compañeros sin antecedentes de extracción del ámbito familiar (Pilowsky y Wu, 2006). La evidencia sugiere que, los niños de padres que

abusan de sustancias es más probable que se coloquen en hogares de acogida y, una vez allí, permanezcan más tiempo (Barth, Gibbons y Guo, 2006; Connell, Bergeron, Katz, Saunders y Tebes, 2007; Vanderploeg *et al.*, 2007). Además la experiencia en cuidado de crianza o de otro tipo fuera de casa se ha asociado con el abuso de sustancias en la edad adulta (Grella y Greenwell, 2006; Gutierrez, Russo y Urbanski, 1994; Zlotnick, Tam y Robertson, 2004).

Las estimaciones de consumo entre la población de menores del SBS, varían dependiendo de cómo se mida el uso, así como de la edad de la muestra. El informe de la National Survey of Child and Adolescent Well-Being (NSCAW) reveló tasas de consumo de alcohol de un 38% entre los niños de 11-15 años, al menos una vez en la vida, un 17% de consumo de cannabis, un 10% de consumo de crack y un 6% de consumo de cocaína o heroína (Departamento de Salud y Servicios Humanos, Administración para Niños, Jóvenes y Familias, 2005), otras NSCAW, informan de un 20% de jóvenes con bajos niveles de consumo de sustancias, un 3% con niveles moderados de consumo y un 6% con altos niveles de uso (Wall y Kohl, 2007). Otros estudios regionales han informado de tasas mayores de trastorno por uso de sustancias entre los jóvenes del SBS que entre la población general (Aarons, Brown, Hough, Garland y Wood, 2001, Aarons *et al.*, 2008; Courtney, Terao y Bost, 2004; Pilowsky y Wu, 2006; Vaughn, Ollie, McMillen, Scott y Munson). Vaughn *et al.* (2007) encontraron que el 35% de los encuestados de 17 años de edad en una muestra extraída del sistema de bienestar de Missouri cumplieron con los criterios para un trastorno por uso de sustancias en su vida. Por tanto, mientras que las estimaciones no son exactas y podrían beneficiarse de una mayor fiabilidad, existe una carga evidente de enfermedad y de disparidad de salud para los adolescentes que participan en el SBS.

Un reciente estudio de factores de riesgo y protección para el uso de drogas entre los jóvenes del SBS de los EE.UU. que utilizó también datos de la Encuesta Nacional de Bienestar de Niños y Adolescentes (NSCAW) recopilando datos durante tres años, encuentra que cerca de la mitad (47,7%) de la muestra de jóvenes de 11 años o más habían participado en el uso de sustancias de comercio legal (alcohol y tabaco). Tasas comparables a los promedios nacionales (51%), pero se estimó que el abuso de estas drogas era mucho más alto que el del promedio nacional. Un menor porcentaje (17,4%) habían consumido drogas de comercio ilegal. Mientras que la comparación directa es difícil, estos resultados sugieren que el problema de abuso de sustancias es más pronunciado en esta población (Traube, James, Zhang y Landsverk, 2012).

Algunos estudios han identificado factores de riesgo para el consumo de drogas, demográficos, psicosociales y contextuales entre los menores del SBS, como el sexo, la edad, la historia de abuso de drogas y los problemas de salud mental

(Aarons *et al.*, 2008; Vaughn *et al.*, 2007), bajos niveles de supervisión de los cuidadores (Wall y Kohl, 2007) y redes de pares desviados (Thompson y Auslander, 2007). En un estudio de jóvenes de 13-18 años en California *et al.* (2008) encontraron que el sexo masculino, la historia de abuso, la presencia de trastornos internalizantes o externalizantes, los compañeros o hermanos consumidores de sustancias y la entrada en el sistema de bienestar siendo mayor se relacionó con un mayor riesgo de consumo de drogas y con la presencia de trastornos por uso de sustancias. Wall y Kohl (2007) ya habían encontrado similares resultados, el trastorno de conducta, la historia de abuso físico y un menor seguimiento del cuidador se asociaron con mayores probabilidades de consumo de sustancias. Dos estudios de los jóvenes mayores (a partir de 15 años) en hogares de guarda en los estados del medio oeste de EE.UU. proporcionan información adicional sobre los factores de riesgo para el uso específico de sustancias en la población más mayor. Vaughn *et al.* (2007) encuentran que la raza blanca, la historia de negligencia física, antecedentes de trastorno de conducta o de estrés postraumático y ser más independiente en la vida se asociaron con mayores probabilidades de utilizar sustancias. Tener amigos que utilicen sustancias y faltar a la escuela se asocia con un aumento de las probabilidades del consumo de drogas (Thompson y Auslander, 2007).

El maltrato es un conocido factor de riesgo en estos adolescentes, pero el tipo de maltrato más influyente varía en los diversos estudios. Wall y Kohl (2007) encontraron que la negligencia se asociaba con menores probabilidades de uso de sustancias que ser físicamente abusado, lo que se opone a lo advertido por Taussig (2002), quien observó como la negligencia, más que el abuso físico, se asociaba con el uso de sustancias. Y Moran, Hall y Vuchinich (2004) encontraron que tanto el abuso físico como sexual aumentó las probabilidades del consumo de alcohol y de otras drogas.

Un reciente estudio identifica como un importante factor de protección en esta población, el hecho de que los menores permanezcan en el propio hogar de origen, reduciendo así la probabilidad de involucrarse en el consumo de drogas ilegales (Traube *et al.*, 2012). En este mismo estudio, se identificaron varios factores de riesgo psicosocial. En el análisis bivariante, los problemas de rango clínico aumentaron las probabilidades de consumo de alcohol y tabaco, al igual que la delincuencia, la asociación con compañeros desviados, los altos niveles de comportamiento punitivo del cuidador y la depresión del niño. El uso de otras sustancias se asoció con delincuencia y con depresión infantil. En el análisis multivariado los resultados apoyan la relación entre delincuencia juvenil y consumo de sustancias. Estudios previos con muestras de niños maltratados y no maltratados reportan asociaciones similares. El uso de sustancias y los problemas de salud mental concurrentes, la violencia, la conducta de robo y los

comportamientos molestos, han sido ampliamente recogidos en la literatura (Teplin, Abram, Dulcan, McClelland y Mericle, 2002; Wade y Pevalin, 2005). En otro estudio reciente, que trataba de estudiar los factores de riesgo y de protección para el uso de drogas y la depresión en una muestra de adolescentes del SBS, se encontraron como factores de protección que cuanto mayor era la calidad percibida de la relación cuidador-menor, más disminuía el riesgo de sufrir problemas de salud mental (por ejemplo, depresión o abuso de sustancias). Además, la participación en actividades extracurriculares parecía proteger también a los menores contra la depresión o el abuso de sustancias (Guibord, Bell, Romano y Rouillard, 2011).

Otros estudios también han identificado como factores de protección, el monitoreo de los padres, la conexión con uno de los padres o con un adulto, la participación escolar y las expectativas futuras (Cleveland, Feinberg, Bontempo y Greenberg, 2008; Hawkins et al., 2008). Un estudio longitudinal trató de identificar, también en esta población, los factores de riesgo y de protección frente al consumo de cannabis. La probabilidad de un menor de ser un consumidor habitual de cannabis, aumentó con el uso experimental de la sustancia, por el contrario se asoció negativamente con la supervisión parental, la cercanía percibida de los padres o el compromiso con el entorno escolar (Cheng y Lo, 2011). Y en el mismo estudio de Traube et al. (2012), uno de los hallazgos más notables fue el limitado papel de los factores de protección en el uso y abuso de drogas. La conexión con el cuidador fue el único factor que afectó el consumo de sustancias sociales (tabaco y alcohol) a nivel multivariado.

Como se ha podido constatar, es escasa la atención empírica que se ha dedicado a la población de menores protegidos. La literatura sobre las características de estos menores y su correlación con el consumo de sustancias es todavía reducida. En España, por orden cronológico de realización, en los últimos años, se cuenta con algunos estudios previos que, con sus conclusiones, han ido elaborando una visión más clara de la realidad de los Centros pertenecientes, tanto a la Agencia para la Reeducción y Reinserción del Menor Infractor (ARRMI) – antes Reforma- como a Protección y que anteriormente constituían una única red.

Uno de los primeros en plantear dentro de uno de sus objetivos el análisis del consumo de drogas aunque, en este caso, exclusivamente en los entonces Centros de Reforma fue el realizado por el Servicio Interdisciplinar de Atención a las Drogodependencias (SIAD) en distintas Comunidades Autónomas advirtiendo que la edad de inicio en el consumo de estos menores era significativamente inferior en comparación con muestras de adolescentes en población general (SIAD, 2003).

Desde otro enfoque más dirigido a los factores asociados al uso/abuso de sustancias psicoactivas por parte de los menores acogidos en los Centros de

Protección, los estudios realizados por Fernández del Valle sitúan a los factores personales y familiares previos a la acogida y que suelen ser la causa de la misma (Ej., consumo de drogas por parte de los padres, dificultades económicas y conductas violentas en la familia), como importantes determinantes de su implicación en conductas violentas y en el consumo de drogas (Fernández del Valle, 2004).

Jiménez y Acero (2003) para la Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid, realizaron un estudio acerca del uso de drogas en los Centros de Protección en Mayo de 2003. Utilizaron cuestionarios que auto-cumplimentaron 218 profesionales de 35 centros (incluyendo recursos propios y concertados) seleccionados por el IMMF y que en total atendían a 791 menores. Se exponen a continuación los principales datos obtenidos por estos autores (siempre desde la información facilitada por los profesionales de los Centros de Protección, puesto que no se evaluó directamente a los menores):

- La población estudiada presenta tasas más bajas de consumo tanto para consumos alguna vez como para consumos habituales que el conjunto de la población del mismo grupo de edad para todas las sustancias, excepto en el caso del consumo de inhalantes en el que se obtiene un porcentaje superior en 6 puntos respecto a la población general.
- El cánnabis es la sustancia de mayor consumo, el 17,3% de la población estudiada lo ha consumido alguna vez, seguida del alcohol, consumido por el 11,25% de los menores y de los inhalantes, en un 8,59% de los casos.
- La mayoría consume en lugares de ocio y en la calle con amigos, pero una cuarta parte de los consumidores de cánnabis y algo menos de un tercio de los de inhalantes lo hacen en el centro de protección.
- El perfil predominante del menor consumidor es el de un varón, de entre 16 y 17 años, en situación de tutela, que se distribuye a partes iguales entre nacionalidad española y marroquí, cuya principal ocupación es el estudio, que mantiene contacto familiar y que tiene incidencias legales en un 50% de los casos.
- Se describieron comportamientos problemáticos asociados al uso de tres o más sustancias y a la combinación de cánnabis, alcohol e inhalantes.

Finalmente, el estudio más reciente es el realizado por Gamonal, Moreno y Suárez (2005) financiado por el Ministerio de Sanidad y Consumo a través del Plan Nacional sobre Drogas, dirigido en una de sus fases al análisis de la situación de los Centros Residenciales de Protección y Reforma de las Comunidades Autónomas de

Madrid, Navarra, País Vasco y Cataluña respecto a la prevención de drogodependencias. Atendiendo específicamente a los resultados encontrados por estos autores del análisis del consumo de drogas y los factores de riesgo asociados a éste en los Centros de Protección (de nuevo desde la visión de los profesionales de los Centros, puesto que una vez más no se evaluó directamente la opinión de los jóvenes), cabe mencionar algunos interesantes y, que sin lugar a dudas, avalan la necesidad de realizar otros estudios específicos en esta población de alto riesgo.

Estos son:

- a) El porcentaje de consumidores de drogas en los Centros es muy superior a la población general de la misma edad, con uso claramente diferencial entre hombres y mujeres.
- b) Existe una baja percepción de riesgo de estos menores sobre el consumo de drogas (Ej., el 68% de la muestra afirma no ver riesgo alguno en consumir una cerveza diaria y la mitad no considera peligroso emborracharse los fines de semana)
- c) Alta accesibilidad a la droga
- d) Alto consumo entre los iguales dentro de los Centros
- e) Confirmación de la existencia de un claro perfil de riesgo en estos menores que reúnen un alto número de factores de riesgo personales (Ej., baja autoestima, impulsividad, fracaso escolar, bajo autocontrol emocional) y sociales (Ej., barrios conflictivos, familiares consumidores, clima familiar inestable), una baja presencia de factores de protección y un alto número de conductas de riesgo (Ej., implicación en conductas delictivas, conflictos en la escuela).

Como conclusión podemos señalar:

La implementación y el análisis de las aproximaciones dirigidas a los factores de riesgo y de protección que se esfuerzan por reducir o mitigar los efectos conocidos de los antecedentes del abuso de drogas por parte de los adolescentes pueden incrementar nuestro conocimiento sobre cuáles de ellos están relacionados causalmente con el abuso de drogas y qué estrategias de intervención se dirigen realmente a estos factores concretos y específicos para cada población de riesgo.

Más concretamente, la evidencia ofrecida por los estudios sobre la etiología del abuso de drogas adolescente sugiere que un modelo de intervención viable debe incluir una atención simultánea a un número de factores de riesgo presentes en

diferentes dominios sociales y ajustarse a las distintas etapas del desarrollo en el que cada uno tiende a estabilizarse como predictor del abuso de drogas posterior.

En este sentido, los programas de prevención universal no desempeñan un papel relevante en la prevención del consumo de drogas entre los jóvenes pertenecientes a grupos vulnerables que corren un riesgo mayor de tener problemas relacionados con las drogas. Son dos las razones fundamentales de ello. En primer lugar, es posible que estos jóvenes no estén acudiendo a un centro escolar, bien porque hayan sido expulsados o bien porque hayan dejado de acudir a él. En segundo lugar, los jóvenes escolares que corren un mayor riesgo tienden a no prestar atención a los programas generales de prevención porque no responden a sus necesidades concretas. Por lo tanto, es preciso ofrecerles programas cuidadosamente diseñados para ellos, siguiendo las directrices de la investigación en este campo, la cual señala que los esfuerzos deben dirigirse a las poblaciones de más alto riesgo para el abuso de drogas ya que se encuentran expuestas a un largo número de factores de riesgo durante el desarrollo.

Las encuestas oficiales sobre el consumo de drogas entre los escolares tienden a subestimar el consumo de drogas entre los grupos vulnerables que corren el riesgo de tener problemas relacionados con su consumo. Son muy pocos los países que han realizado encuestas sobre la población joven más vulnerable pero en aquellos en los que sí se han hecho se ha observado un modelo de consumo mucho más alto. Es probable que los que presentan más riesgo de desarrollar problemas o dependencias son los que la consumen de forma intensiva, pero es en este ámbito donde las fuentes de información son más escasas, aunque se sabe que los consumidores recientes (en los últimos 30 días) son generalmente jóvenes de sexo masculino que viven en zonas urbanas. El «consumo en los últimos 30 días» constituye un indicador del consumo actual e incluye a los que consumen de forma intensiva. Es urgente investigar y realizar el seguimiento del consumo de drogas y de los factores de vulnerabilidad entre aquellos jóvenes que pueden correr un riesgo significativamente mayor de tener problemas crónicos con las drogas.

La resolución del Consejo de la Unión Europea (2003) llama a los Estados miembros a poner en marcha enfoques innovadores para, por una parte, controlar y, por otra, actuar precozmente con los grupos vulnerables. Sin embargo, son muy pocos los países que dirigen de forma específica sus estrategias de prevención a los grupos vulnerables y marginales y apenas se reconoce la importancia de los factores de riesgo individuales y colectivos en el desarrollo de problemas relacionados con las drogas. Muchos Estados incluyen servicios para estos grupos en el marco de programas sociales más generales, pero normalmente no están específicamente dirigidos a las cuestiones relacionadas con las drogas.

El binomio menores y drogas representa un ámbito de interés principal y de atención especial dentro del conjunto de prioridades de acción en la prevención de las drogodependencias. La Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016 elaborada por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, en el área correspondiente a la reducción de la demanda, establece como uno de los colectivos prioritarios de intervención *“aquellos colectivos con especiales dificultades económicas, sociales, familiares o personales, entre los que hay que mencionar a los hijos de los propios consumidores de drogas y a los menores internados en centros de protección o reforma”*.

En este mismo orden de cosas, la entrada en vigor de la Ley 5/2002 de 27 de junio sobre Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos de la Comunidad Autónoma de Madrid, contempla que se han de *“Promover de forma prioritaria acciones preventivas dirigidas a la población infantil, adolescente y de especial riesgo en la Comunidad de Madrid”*, lo que viene a concretarse en el Plan Estratégico de la Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid, en el que se recogen dentro de la Línea Estratégica Preventiva, las actuaciones dirigidas a jóvenes en situación de riesgo. Así como *“el impulso de investigaciones y estudios que incrementen el conocimiento sobre los factores de riesgo y protección con relación a las drogas en población infantil y juvenil”*, dentro de la Línea Estratégica de Investigación y Evaluación.

Teniendo en cuenta estas directrices, la presente tesis doctoral se dirige a describir y a analizar el consumo de drogas en la población objeto de estudio y a detectar la presencia e influencia de determinadas variables de riesgo asociadas con el mismo en dicha población, además de identificar aquellas que deban ser potenciadas y reforzadas al evidenciarse que protegen a aquellos individuos que, bajo las mismas circunstancias de riesgo, logran afrontar con éxito esta situación.

PARTE SEGUNDA: INVESTIGACIÓN EMPÍRICA

1 PLANTEAMIENTO GENERAL

1.1 INTRODUCCIÓN

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

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

En la dirección señalada, los datos aportados por investigaciones recientes han observado en este sector poblacional, la extensión del consumo de las drogas legales (alcohol y tabaco) y el alarmante aumento de la prevalencia del consumo de algunas ilegales, como el cánnabis, así como el mantenimiento en el consumo del resto de drogas de comercio ilegal, como la cocaína, etc. Teniendo en cuenta este tipo de observaciones, el primero de los estudios realizados dentro de la presente investigación se centrará en el análisis detallado, no sólo las prevalencias de consumo para cada tipo de sustancia, sino también los patrones de continuidad en el mismo en cada uno de los casos en la muestra de adolescentes de la Red de Centros de Protección del Instituto Madrileño del Menor y la Familia de la Comunidad de Madrid.

Según los datos aportados con respecto al uso real de drogas tanto de comercio legal como ilegal en la muestra de referencia, el posterior estudio se dedicará específicamente al análisis del poder predictivo de los factores de riesgo para el consumo de drogas, que han sido presentados en la primera parte de conceptualización, al ser los que más peso parecen tener en el inicio del uso y abuso de las mismas. En este sentido, se estudiará la posible relevancia de variables demográficas como la edad de inicio y el sexo de los sujetos, variables de carácter psicológico como la personalidad antisocial o la búsqueda de emociones y variables de socialización en las que se incluyen las referidas a los amigos y a la escuela.

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

1.2 OBJETIVOS GENERALES

El presente estudio se dirigió a determinar el valor predictivo de algunos de los factores de riesgo que mantienen una alta asociación con el inicio y mantenimiento del consumo de drogas en los jóvenes de la Red de Centros de Protección del Instituto Madrileño del Menor y la Familia.

La propuesta de una serie de objetivos generales de investigación se deriva del análisis de la parte conceptual y supone el punto de partida del desarrollo de cada uno de los estudios específicos que conforman la parte empírica de la presente tesis doctoral. Más concretamente, la investigación realizada tuvo como objetivos generales:

- En su primer estudio, conocer la situación real del consumo de sustancias en una muestra representativa de jóvenes pertenecientes a los centros señalados y con edades comprendidas entre los 12 y los 17 años.
- En su segundo estudio, y en primer lugar, establecer y analizar las agrupaciones observadas con respecto a las drogas más consumidas, con el fin último de comprobar la existencia real de asociaciones entre sustancias adictivas, cuya presencia se supone es el resultado del fenómeno de escalada en el consumo y del establecimiento de pautas más cercanas al policonsumo que al uso/abuso de una única sustancia considerada de forma aislada. En segundo lugar, comprobar, desde el marco del análisis de los factores de riesgo y de protección, el valor predictivo para el consumo o la abstinencia de un serie de variables tanto psicológicas como de socialización (individuales, interpersonales, relacionadas con el centro de protección, escolares y social-comunitarias) señaladas en la fundamentación teórica como determinantes en el inicio del uso/abuso de sustancias para cada uno de los grupos existentes detectados en el estudio anterior.

- Finalmente, proponer distintos perfiles de riesgo/protección para cada uno de los grupos señalados, atendiendo a aquellos factores más relevantes que hayan obtenido un mayor peso predictivo a la hora de determinar el consumo o la abstinencia de las sustancias analizadas. Este último apartado supone la configuración de patrones característicos de cada uno de los grupos de consumidores, extraídos de los análisis anteriores, y que pueden ser utilizados para el diseño y planificación de planes e intervenciones preventivas al suponer un conocimiento específico y exclusivo de aquellas variables directamente relacionadas con esta población de jóvenes pertenecientes a la Red de Protección del Instituto Madrileño del Menor y la Familia.

1.3 MÉTODO

1.3.1 Planificación del estudio

En función de los objetivos propuestos, se llevó a cabo un plan de trabajo a lo largo del período de realización del estudio que puede especificarse en las siguientes fases:

FASE I. PREPARACIÓN DEL ESTUDIO

En esta fase, en primer lugar, se presentó el estudio y sus características a los responsables del Instituto Madrileño del Menor y la Familia (IMMF) con el fin de acordar los principios básicos de la aplicación y la adecuación de la misma a la realidad y dinámica de los Centros de Protección objeto de estudio. Como consecuencia de los encuentros realizados, se informó a los coordinadores y directores de los Centros de Protección de la realización del estudio y se dio comienzo a la fase de aplicación.

En segundo lugar, se procedió a la elaboración del instrumento de evaluación, atendiendo a los objetivos propuestos se creó un instrumento adaptado a la edad y al tipo de población de que se trataba (el formato y contenido definitivo del mismo aparece detallado en el punto 1.3.2. del presente capítulo).

Asimismo, se llevaron a cabo una serie de sesiones de formación con todos los miembros del equipo de investigación que colaboraron en las tareas de campo (véase punto 1.3.4 del presente capítulo).

FASE II. APLICACIÓN DEL ESTUDIO EN LOS CENTROS DE PROTECCIÓN

Se llevó a cabo la aplicación del instrumento de evaluación en los Centros de Protección de la Comunidad de Madrid (véase, apartado 1.3.5, Procedimiento general de aplicación).

FASE III. PROCESAMIENTO DE LOS DATOS

Se codificaron la totalidad de cuestionarios aplicados y se procedió al procesamiento y análisis de los datos obtenidos, cuyos resultados se reflejan en la presente tesis doctoral.

1.3.2 Elaboración del instrumento de evaluación

Una vez concretados los objetivos de investigación, la idea básica fue desarrollar un formato de evaluación que incluyera cuestiones referidas a:

- El consumo de sustancias psicoactivas (alcohol, en sus diversas formas, tabaco, cánnabis, cocaína, anfetaminas, alucinógenos, inhalantes, drogas de síntesis y heroína).
- El análisis de la presencia de determinados factores de riesgo y de protección tanto psicológicos, familiares y escolares como otros referidos a la emisión de conductas violentas, la relación del joven con su grupo de iguales, la percepción de riesgo, el acceso a drogas y el tipo de vinculación del joven con el Centro de Protección.

Así pues, en primer lugar, se realizó una revisión de las encuestas o cuestionarios más relevantes empleados en nuestro país para el análisis de los factores ligados al uso/abuso de drogas. En segundo lugar se revisaron varias escalas que según la literatura científica permitían analizar los factores de riesgo y de protección más importantes descritos en la literatura científica, con el objetivo de adecuar el instrumento de evaluación y facilitar el posible contraste de resultados que se obtuviesen. Además, era necesario considerar tanto el tipo de población de referencia (ej: edad, procedencia) como la amplitud del instrumento (debía incluir un número importante de variables), por lo que se buscó una forma de presentarlo clara y a la vez amena, intentando intercalar distintos formatos de presentación.

La primera parte, consta de un total de 29 ítems. Dentro de este formato se incluyó la evaluación de las siguientes variables:

1) Variables relacionadas con el consumo de drogas. Se registra la prevalencia y la frecuencia del consumo de distintas drogas a través de diversos parámetros temporales (uso de cada una de ellas alguna vez en la vida, en los últimos seis meses y en los últimos 30 días). El sujeto debe contestar afirmativa o negativamente y, en el caso de utilizar las diferentes sustancias o presentar intoxicación etílica, indicar la frecuencia de la misma. Además, debe anotar la edad en la que comenzó el consumo, en el caso de haber probado cualquiera de las sustancias indicadas. Se completa esta información con la evaluación del grado de

dificultad percibido para la obtención de drogas, así como el riesgo percibido asociado a su consumo.

2) Variables psicológicas y de socialización. En este caso, la mayor parte de los ítems tienen un formato de pregunta de 3 a 5 posibilidades de respuesta o más alternativas en los que el sujeto debe marcar aquella que se adecue más a su caso. Existen algunos casos, en los que las posibilidades de respuesta han sido presentadas en tablas para poder recoger una mayor información y simplificar la contestación a los mismos. A través de esta segunda parte se exploran distintas áreas: la socio-comunitaria, en la que se analizan aspectos como la disponibilidad de drogas en el propio entorno, el apego al centro de protección o al barrio o la percepción de los adultos del entorno cercano sobre el consumo de drogas; la relacionada con el ambiente del centro de protección, como la valoración del centro de protección en distintas áreas, la vinculación instrumental y emocional y el grado de satisfacción con el centro, la relación con los compañeros del centro de protección o la presencia de violencia o de normas de conducta en el centro; la familiar, en la que se consideran aspectos como la presencia de enfermedades mentales en los padres, la frecuencia de contactos con la familia o la calidad de la relación paterno-filial; la interpersonal, en la que se consideran aquellos factores relacionados con la influencia del grupo de iguales como el nivel de satisfacción de la relación grupal, la frecuencia de contacto con el grupo, el tipo de actividades de ocio realizadas en grupo, la violencia grupal, la asociación con compañeros que consumen o la presión de estos hacia el consumo de drogas; los relacionados con el ambiente escolar como la valoración tanto del centro escolar como de los profesores y compañeros, la frecuencia con la que se producen faltas sin motivo justificado a clase o la propia percepción como estudiante; la percepción de riesgo, en la que se considera el riesgo asociado al consumo de alcohol, tabaco y otras drogas (cocaína, inhalantes, alucinógenos); y la individual, en la que se consideran aspectos como la existencia de valores morales o religiosos o la ocupación del tiempo libre y aspectos psicológicos como autoconcepto/autoestima, depresión, ansiedad o características de personalidad (impulsividad, empatía, búsqueda de emociones, conducta antisocial, agresividad, ira, ruptura de normas sociales o vandalismo).

Para esta última parte que recoge variables de carácter psicológico que tienen en la literatura un peso específico en el inicio del consumo de drogas se analizaron previamente varias escalas como el Cuestionario de Evaluación del Autoconcepto (AC), el Inventario de Depresión Infantil (CDI), el Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo para niños (STAI-C), la Escala de impulsividad, afán de aventura y empatía (IVE-J), la Escala de conducta antisocial (ASB), la Escala de Búsqueda de sensaciones para niños y adolescentes (EBS-J), el Cuestionario de Agresión (AQ) y el Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo (STAXI-2).

Estas escalas y sus características más relevantes son las siguientes:

Cuestionario de Evaluación del Autoconcepto (AC) (Martorell, Aloy, Gómez y Silva, 1993). Consta de 38 ítems con cuatro alternativas de respuesta comprendidas entre las categorías "nunca" y "siempre" (de 1 a 4 puntos). El Cuestionario ofrece tres puntuaciones que corresponden a tres subescalas y una puntuación total que es la suma de las obtenidas en las anteriores. Las tres subescalas son:

- Autoconcepto negativo: está formada por un total de 18 ítems y su contenido refleja lo que se ha denominado hipersensibilidad negativa o autodespreciación.
- Autoconcepto positivo: consta de 15 ítems en los que se consideran aspectos relacionados con la importancia que uno se da a sí mismo en relación con los demás.
- Autoconcepto-autoestima: consta de 8 ítems cuyo contenido hace referencia a la percepción que el individuo tiene sobre su propia forma de hacer, es decir, "lo que él piensa que los demás piensan de él".

Inventario de Depresión Infantil (CDI) (Del Barrio y Carrasco, 2004). Versión adaptada del Children's Depression Inventory (CDI) creado por Kovacs y Beck en 1977. Consta de 27 ítems y tiene como objetivo medir la sintomatología depresiva en niños y adolescentes a partir de los 7 años. Para cada uno de los ítems existen tres alternativas de respuesta que corresponden a tres frases que muestran, en distintas intensidades o frecuencias, la presencia de sintomatología depresiva en el niño o el adolescente. El contenido de estos ítems cubre la mayor parte de los criterios utilizados para el diagnóstico de la depresión infantil. El resultado de la prueba permite obtener datos acerca del nivel de la depresión total y de dos escalas adicionales: Disforia y Autoestima negativa. El sujeto debe responder marcando con un aspa sobre la respuesta que mejor se adecue a su caso.

La calificación de cada ítem se hace con una escala de 0 a 2 puntos, la puntuación de 0 corresponde a la intensidad o frecuencia de aparición más baja del síntoma, el 1 corresponde a la intensidad o frecuencia media y el 2 a la mayor frecuencia e intensidad. La puntuación directa de la escala de Disforia, se obtiene sumando las puntuaciones de los ítems 2, 3, 6, 11, 13, 14, 15, 19, 23, 24 y 26; y la puntuación directa de la escala de Autoestima, sumando las puntuaciones de los ítems restantes 1, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 12, 16, 17, 18, 20, 21, 22, 25 y 27. La suma de ambas escalas nos proporcionará la puntuación directa de depresión. Estas puntuaciones directas serán transformadas en sus correspondientes percentiles.

Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo para niños (STAI-C) (Seisdedos, 1989). Versión adaptada del State-Trait Anxiety Inventory for Children (STAI-C) de

Spielberger (1973). El cuestionario se compone de dos escalas independientes, una evalúa la Ansiedad Estado (A-E) y la otra evalúa la Ansiedad Rasgo (A-R). La primera contiene 20 ítems, en una escala de 3 puntos (nada, algo, mucho) que pretenden evaluar el nivel de ansiedad del niño o adolescente en un momento determinado, y la segunda, pretende identificar a través de otros 20 ítems, también en una escala de 3 puntos (casi nunca, a veces, a menudo) como el sujeto se siente en general.

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

- Escala de "Impulsividad": evalúa el constructo impulsividad en sentido estricto, uno de los cuatro componentes de la Extraversión que hace referencia a la actuación en el momento sin que medie la conciencia del posible riesgo que pueda representar la ejecución.
- Escala de "Afán de Aventura": surge de un segundo factor de Extraversión, la conducta arriesgada, y de la Escala de Búsqueda de Sensaciones de Zuckerman (Eysenck y Zuckerman, 1978). Esta escala participa de algunas de las características de la impulsividad pero también añade otros aspectos diferenciales como la toma de conciencia y el estar preparado para el cambio.
- Escala "Empatía". Proviene de la Escala de Empatía de Mehrabian y Epstein (1972), destinada a evaluar los componentes afectivos del constructo.

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

Escala de Búsqueda de Sensaciones para niños y adolescentes (EBS-J) (Pérez, Ortet, Plá y Simó, 1987). Esta escala consta de un total de 50 ítems para la medida del rasgo de personalidad denominado "búsqueda de sensaciones" en niños y adolescentes de 11 a 15 años. Consta de cinco subescalas con 10 ítems cada una que definen distintos parámetros del rasgo general estudiado.

Cuestionario de Agresión (AQ) (Andreu, Graña y Peña, 2002). Versión española adaptada de la escala "Aggression Questionnaire" desarrollada por Buss y Perry en 1992. Es un cuestionario de autoinforme que consta de 29 ítems que hacen referencia a conductas y sentimientos agresivos, codificados en una escala tipo Likert de cinco puntos (comprendido entre 1: completamente falso para mí y 5: completamente verdadero para mí). El cuestionario consta de cuatro subescalas: "agresividad física", compuesta por nueve ítems; "agresividad verbal", compuesta por cinco ítems; "ira", compuesta por siete ítems y, finalmente, "hostilidad", compuesta por ocho ítems.

Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo de Spielberger (STAXI-2) (Adaptación española de Tobal, Casado, Cano y Spielberger, 2001). Versión adaptada del State-Trait Anger Expression Inventory-2, STAXI-2 (Spielberger, 1999). El inventario constaba originalmente de un total de 44 ítems (STAXI-1) distribuidos en tres partes que corresponden a las medidas de estado, rasgo y expresión de ira:

- Estado: consta de 10 ítems en una escala de 4 puntos (comprendido entre 1: No en absoluto y 4 Mucho)
- Rasgo: la segunda parte da lugar a la escala de "Rasgo" y las subescalas de "Temperamento" y "Reacción de ira". Consta de 10 ítems, en una escala de 4 puntos (entre 1: Casi nunca y 4: Casi siempre)
- Expresión: A partir de los ítems de esta escala se obtienen cuatro escalas: "Ira interna", "Ira externa", "Control de ira" y "Expresión de Ira". Consta de 24 ítems en una escala de 4 puntos (entre 1: Casi nunca y 4: Casi siempre).

Esta versión se revisó y amplió de 44 a 57 ítems. La versión española cuenta con 49 ítems, manteniendo la misma estructura que el STAXI-2, consta de seis escalas, cinco subescalas y un Índice de Expresión de la Ira que ofrece una media general de la expresión y control de la ira.

Se ha realizado un cuestionario específico para analizar los factores de riesgo y de protección más importantes según la literatura científica revisada. Para ello, como ya se ha comentado, se analizaron previamente las escalas que se han referido anteriormente y que en anteriores estudios se había comprobado su consistencia interna, primero en ambos sexos, alcanzando índices de fiabilidad adecuados y

posteriormente calculándose la estabilidad temporal de cada escala considerando un intervalo de 4 meses y obteniendo también índices adecuados en todos los casos. Finalmente, se redactaron un total de 63 ítems específicos para la presente investigación en relación a los mencionados aspectos psicológicos y que se medían en una escala de 5 puntos (nunca o casi nunca, algunas veces, bastantes veces, muchas veces, siempre), obteniéndose los siguientes datos de fiabilidad (véase Tabla 13)

Tabla 13.- Datos de Fiabilidad

Análisis de Fiabilidad	Alfa de Cronbach	N elementos
Autoconcepto/Autoestima	0,54	6
Depresión	0,74	7
Ansiedad	0,59	6
Impulsividad	0,67	6
Empatía	0,45	6
Afán de aventura	0,75	6
Conducta antisocial y búsqueda de sensaciones	0,71	11
Agresión	0,85	9
Ira	0,86	5

Considerando los aspectos anteriores, se elaboró un primer borrador en el que se propusieron un grupo elevado de ítems que medían las variables de estudio. Este borrador, se sometió al juicio tanto de expertos en metodología de investigación sobre conductas adictivas en jóvenes como de los técnicos responsables de los Centros de Protección en el IMMF para que valoraran su estructura y adecuación.

Como consecuencia de ello, se realizaron diversos cambios referidos tanto a la estructura como a la terminología utilizada en los ítems con el fin de asegurar su comprensión por parte de los adolescentes.

Finalmente, se redactó el instrumento definitivo de formato autoaplicado que incluyó un total de 29 preguntas de tres a cinco posibilidades de respuesta y 63 ítems con formato de respuesta de varias opciones (véase, Anexo I).

1.3.3 Variables del estudio

Se evaluaron 9 grandes áreas relacionadas con un total de 50 variables, a su vez, relacionadas con diversos factores de riesgo y de protección (Tabla 14).

Tabla 14. Áreas y variables de estudio

Áreas de estudio	Variables
Datos Identificativos	Sexo, edad, país de nacimiento, centro de referencia
Consumo de Drogas (alcohol en sus diversas formas, tabaco, cannabis, anfetaminas, cocaína, alucinógenos, inhalantes, drogas de síntesis, heroína)	Consumo alguna vez en la vida Consumo en los últimos seis meses Consumo en el último mes Frecuencia de consumo en el último mes Edad de inicio en el consumo Frecuencia de borracheras Grado de dificultad para la obtención de drogas
Percepción de riesgo	Percepción del riesgo asociado al consumo de alcohol, tabaco y otras drogas (cocaína, inhalantes, alucinógenos, drogas de síntesis, heroína)
Factores Individuales	Autoconcepto-autoestima Depresión /Ansiedad Características de la personalidad (empatía, impulsividad, afán de aventura, conducta antisocial, ruptura normas sociales, agresión, vandalismo, ira) Valores morales/religiosos Ocupación del tiempo libre
Factores Familiares	Presencia de enfermedad mental en los padres Frecuencia de contacto con la familia Calidad de la relación que el adolescente mantiene con su familia
Factores relacionados con el grupo de iguales	Nivel de satisfacción con la relación mantenida con el grupo Frecuencia con la que tiene contacto con el grupo Tipo de actividades de ocio realizadas con el grupo de iguales Consumo de drogas en el grupo de iguales Presión grupal hacia el consumo Violencia grupal
Factores escolares	Autopercepción como estudiante Valoración del centro escolar Frecuencia con la que el adolescente falta sin motivo justificado al centro escolar Relación con profesores Relación con compañeros
Factores sociales-comunitarios	Disponibilidad de la droga en el centro/barrio Percepción acerca de la opinión de los adultos del centro/barrio sobre el consumo de drogas Apego al centro/barrio
Factores relacionados con el Centro de Protección	Grado de satisfacción con el centro Vinculación instrumental y emocional Valoración del centro de protección por áreas Relación con los compañeros del centro Presencia de normas de conducta en el centro Presencia de violencia en el centro

1.3.4 Formación del equipo de campo

Se procedió a seleccionar a las personas que colaborarían dentro del equipo de investigación en la aplicación del instrumento de evaluación en los Centros de Protección. Todos los psicólogos que inicialmente mostraron interés en el estudio, fueron entrevistados de forma individual con el fin de escoger los más adecuados en función de los siguientes criterios:

- Su interés inicial en la problemática juvenil con respecto al uso de sustancias adictivas.
- La participación anterior en el desarrollo de estudios similares.
- La práctica en el trato con adolescentes o el interés en centrarse en esta área de trabajo.
- La experiencia previa con jóvenes pertenecientes a Centros de Protección.

Finalizado este proceso de selección se contó con un total de 10 psicólogos colaboradores que pasaron a ser entrenados para lograr una capacitación homogénea de todas y cada una de las personas integrantes del equipo de campo.

Para su formación, se dedicaron un total de cuatro sesiones en las que, en primer lugar, se les ofrecieron todos los datos referentes a la fundamentación teórica y a los objetivos generales de investigación con el fin de que conocieran los principios básicos sobre los que se asentaba el estudio y el marco en el que se había creado el instrumento de evaluación que iban a manejar.

En segundo lugar, se les explicó pormenorizadamente cada una de las partes del instrumento para conseguir que dominaran el cuestionario empleado tanto en su forma como en su contenido para poder hacer frente a las dudas o comentarios que los jóvenes pudieran plantearles.

En tercer lugar, se unificaron las normas que debían seguir a la hora de la aplicación del instrumento en los Centros de Protección. En este sentido, tenían la instrucción de resolver exclusivamente aquellos problemas relacionados con la no comprensión del formato de la encuesta, pero nunca ofrecer información adicional referente a cualquiera de los ítems. Además, recibieron la indicación de señalar todo aquel cuestionario del que dudaran no hubiera sido cumplimentado correctamente.

1.3.5 Procedimiento general de aplicación del estudio en los Centros de la Red de Protección

En todos los casos, el procedimiento general para la aplicación del estudio en los Centros siempre fue el mismo.

En principio, los miembros del equipo de investigación (por parejas) nos pusimos en contacto con los directores o coordinadores de los Centros para presentarnos y poder organizar la aplicación, una vez que los menores eran informados de la realización del estudio y de la aceptación de su participación voluntaria en el mismo.

Seguidamente, una vez planificada la fecha y hora, nos trasladábamos a los centros y reuníamos a los adolescentes que voluntariamente querían participar en pequeños grupos para la aplicación. Puesto que muchos de ellos trabajaban o tenían otro tipo de actividades fuera o dentro de los centros, en algunos casos, se requirieron varias visitas a los Centros para completar el estudio de todos los casos de jóvenes de las edades de análisis.

Puesto que desde el IMMF eran conocedores de la presencia en los centros de jóvenes inmigrantes (especialmente de origen magrebí) que, en algunos casos, no manejaban el castellano con la fluidez necesaria para la cumplimentación del instrumento de evaluación, se nos facilitó en todo momento la vía oportuna para asesorarnos y ayudarnos con profesionales expertos pertenecientes a los propios Centros o disponibles dentro de la Red.

1.3.6 Población de referencia

La población a la que se dirigió el estudio estaba conformada inicialmente por todos los jóvenes de entre 12 y 17 años acogidos en la Red de Centros de Protección de la Comunidad de Madrid tanto de gestión pública como privada.

Puesto que dentro de la Red se dispone de muy diferentes recursos en función de aspectos como la edad de la población atendida, sus necesidades específicas, el grado de especialización que requieren o el programa asistencial concreto al que los jóvenes son asignados, se procedió a analizarlos junto con los técnicos responsables de los mismos en el IMMF para listar todos aquellos que cumplieran los requisitos mínimos de inclusión en el estudio. Estos fueron dos: contar con una representación de jóvenes de entre 12 y 17 años y tener unas mínimas destrezas y habilidades intelectuales y físicas para la realización de la prueba.

Así, se descartaron inicialmente varios de los recursos disponibles por no cumplir con los criterios de inclusión y exclusión. Estos fueron: a) aquellos que acogían menores con edades inferiores a las que se iban a considerar; b) aquellos centros

específicos para menores con discapacidad y con problemas de Salud Mental en los que su discapacidad o psicopatología impedía el adecuado rendimiento en la prueba y, c) aquellas residencias de tratamiento terapéutico para menores con problemas de conducta y consumo de sustancias tóxicas puesto que, en estos casos, los chicos ya participaban en un programa establecido de intervención.

Finalmente, quedaron incluidos en la población inicial de estudio todos los jóvenes de entre 12 y 17 años que estuvieran acogidos en las fechas de realización del estudio en las siguientes tipologías de recursos:

- a) centros de acogimiento residencial de urgencia
- b) residencias territoriales (4-18 años)
- c) recursos de acogimiento residencial prolongado (7-18 años)
- d) recursos de adolescentes en los que se engloban pisos, residencias, pisos de atención a menores extranjeros no acompañados y pisos dentro de los programas de vida independiente.

1.3.7 Población definitiva de estudio

1.3.7.1 Centros participantes

Se mantuvo contacto con 52 centros para la realización del estudio. En siete de ellos no fue posible la administración del instrumento de evaluación por diferentes motivos (ej., contar en ese momento con jóvenes que no cumplían los criterios de inclusión, reorganización interna del centro o la negativa por parte de los menores a participar en el estudio), por lo que la población final de estudio fue extraída de un total de 45 centros de la Red de Protección, tanto de gestión pública como privada.

En la Tabla 15 aparecen recogidos tanto el tipo como el número de centros que finalmente participaron en el estudio.

Tabla 15. Tipología de los centros participantes en el estudio

Tipología	Características	Nº de Centros
Centros de Acogimiento Residencial de Urgencia	Recurso residencial para la atención continuada e ininterrumpida de las situaciones de urgencia relacionadas con el maltrato infantil	2
Residencias Territoriales	Recurso de acogimiento residencial para niños y adolescentes de 4-18 años	17
Recursos de Acogimiento Residencial Prolongado	Hogares para niños de 7-18 años con pronóstico de difícil retorno a su medio familiar pero que pueden mantener una buena vinculación con el mismo	14
Recursos de Adolescentes		
Pisos de adolescentes	Acogida de adolescentes entre los 15-18 años mientras adquieren la formación personal necesaria para lograr su autonomía e incorporación social	8
Residencias de adolescentes	Recursos de acogimiento de chicos entre 12-18 años con dificultades de reincorporación familiar y/o de adaptación al sistema de atención residencial convencional	1
Pisos de Atención a menores extranjeros no acompañados	Acogimiento residencial en pisos con atención psicoeducativa específica para menores sin acompañamiento familiar	3

1.3.7.2 Características de la población

La población final de estudio estuvo compuesta por 340 adolescentes de ambos sexos (59,1% hombres y 40,9% mujeres) con edades comprendidas entre los 12 y los 17 años (edad media de 14,89 y desv. típ. de 1,48), pertenecientes a diversos Centros de la Red de Protección de menores de la Comunidad de Madrid. En la Figura 1, se presenta la distribución de los menores participantes en función de su sexo.

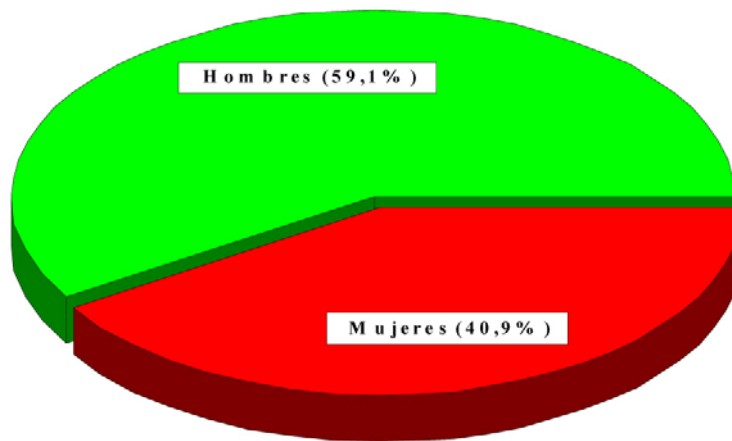


Fig. 1. Porcentaje de sujetos por sexo (n=340)

Por grupos de edad, el mayor porcentaje de la muestra estuvo conformado por menores de 14-15 y 16-17 años, siendo más reducido el grupo de menor edad (12-13 años). En la Figura 2, se presenta la distribución de los sujetos en función de la edad.

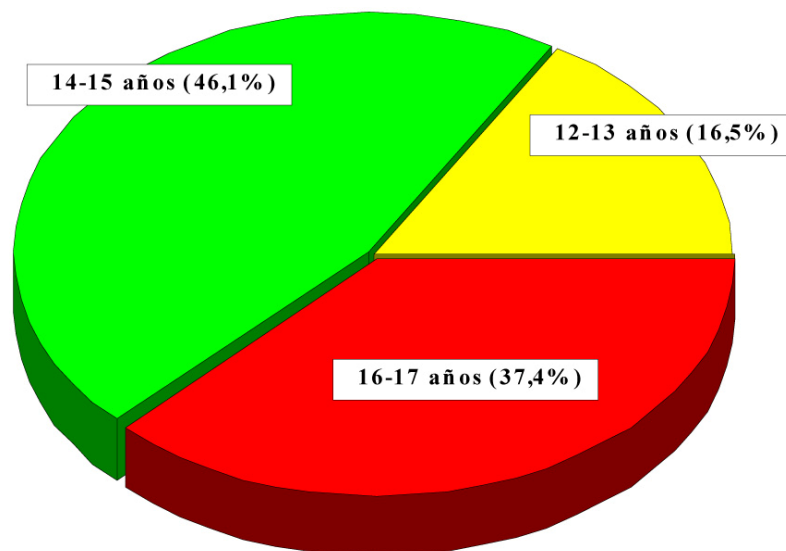


Fig. 2. Porcentaje de sujetos por grupos de edad (n=340)

En función de la tipología del recurso de protección en la que los menores estaban acogidos (véase, Gráfico 7), el mayor número de participantes en el estudio pertenecían a Residencias Territoriales y Recursos de Acogimiento Residencial Prolongado (46,1% y 29,7%, respectivamente).

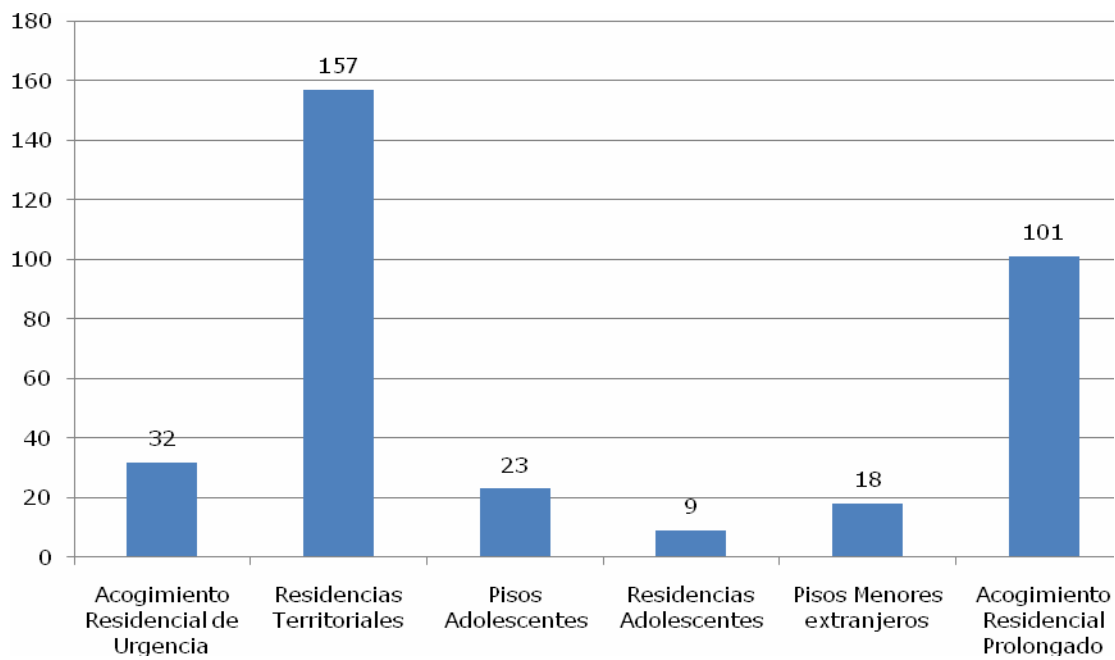


Gráfico 7. Número de menores en función de la tipología de los recursos

Con respecto a la nacionalidad, el 45,5% de la muestra de estudio era de nacionalidad española y el 55,5% procedían de otros países.

En la Figura 3, se presenta la distribución de los participantes en función del país de origen, destacando un elevado porcentaje de menores de nacionalidad marroquí, muy por encima del de jóvenes de otros países sudamericanos o europeos.

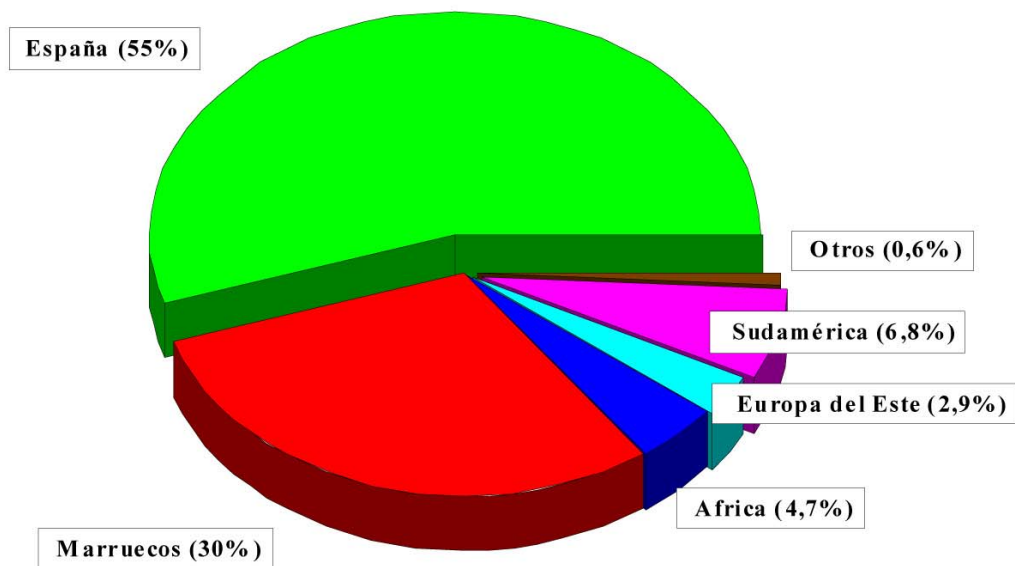


Fig 3. Porcentaje de participantes por origen (n=340)

El 87,1% de los menores encuestados afirmó conocer el motivo por el que se encontraba en situación de acogida mientras que el 12,9%, no lo conocía o no contestaba.

La mayor parte de los que contestan afirmativamente reconocían que el principal motivo era: la existencia de problemas familiares (el 41,5% de la muestra) y, la necesidad de legalizar su situación (“conseguir papeles”) y poder vivir y trabajar en nuestro país (17,5% de la muestra).

La relación de los motivos alegados por los menores aparece reflejada de forma detallada en la Tabla 16.

Tabla 16. Motivos alegados por los menores para su acogimiento en el centro de Protección

Motivo	Número de menores
1. Problemas Familiares	123
2. Consumo de drogas en los padres	5
3. Problemas psicológicos en los padres	8
4. Sin familia/casa	46
5. Problemas de conducta en el menor (ej., faltar al colegio, conductas antisociales)	15
6. Maltrato físico/sexual por parte de los padres al menor	18
7. Problemas legales (ej., pequeños robos)	5
8. Legalizar situación	51
9. Ingreso en prisión de alguno de los padres	3

Finalmente, en cuanto al grado de satisfacción del menor con respecto al centro de protección, alrededor del 74% de la muestra afirmaba sentirse bien o muy bien y tan solo el 5% decía encontrarse mal o muy mal en el recurso de acogida (Figura 4).

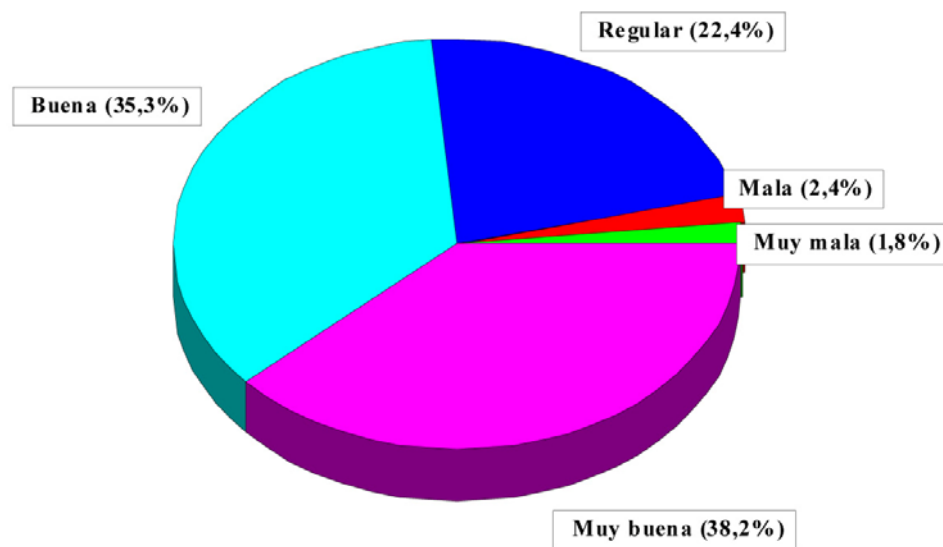


Fig. 4. Grado de satisfacción del menor con el Centro de Protección (n=340)

2 PRIMER ESTUDIO: ANÁLISIS DEL CONSUMO DE DROGAS EN LOS CENTROS DE LA RED DE PROTECCIÓN DE LA COMUNIDAD DE MADRID

El primero de los trabajos empíricos de la presente tesis doctoral supone la presentación de los datos epidemiológicos sobre el consumo de drogas legales e ilegales obtenidos en la población de menores de 12 a 17 años acogidos en la Red de Centros de Protección.

La propuesta inicial era evidenciar la magnitud del uso/abuso de sustancias psicoactivas entre las que se han incluido el alcohol en sus diversas formas (cerveza, vino y combinados), el tabaco, el cánnabis, la cocaína, las anfetaminas, los alucinógenos (tripis/setas/LSD), los inhalantes (pegamento/disolventes/colas), las drogas de síntesis y la heroína, considerando distintos parámetros de análisis. En primer lugar, se recogen las prevalencias de consumo para cada una de las drogas en función de distintos parámetros temporales como son el consumo alguna vez en la vida, el realizado en los últimos seis meses y el llevado a cabo en los últimos 30 días y en segundo lugar, con respecto al grupo de menores que mantienen consumo más habitual (aquellos que afirman haber consumido la sustancia de referencia en el último mes), se presentan las diferencias encontradas en función de variables demográficas como la edad y el sexo de los sujetos, la edad de comienzo en el consumo, la distribución temporal del uso de cada una de las sustancias y, especialmente, el patrón de continuidad en el consumo.

En los siguientes apartados se presentan detalladamente tanto los objetivos específicos perseguidos como los aspectos referentes a la metodología y diseño utilizados que soportan los resultados de este primer estudio.

2.1 OBJETIVOS

Es este uno de los estudios básicos realizados en la presente investigación dirigido fundamentalmente a analizar el consumo de drogas legales e ilegales en la muestra de estudio. Se detallan a continuación los tres objetivos fundamentales que persigue:

1. Analizar la prevalencia del consumo (consumo alguna vez, consumo en los últimos seis meses y consumo en los últimos 30 días) de diferentes sustancias psicoactivas (tabaco, alcohol en sus diversas formas: cerveza, vino y combinados, cánnabis, cocaína, anfetaminas, alucinógenos, inhalantes, drogas de síntesis y heroína) en población adolescente de 12 a 17 años perteneciente a la red de Centros de Protección de la Comunidad de Madrid. Asimismo, se pretende estudiar la distribución temporal del uso frecuente para cada una de

las drogas con el fin de describir el patrón de consumo detallado presentando una aproximación en función de su frecuencia semanal.

2. Para todos los tipos de drogas estimadas, y dentro del grupo de jóvenes de mayor riesgo (aquellos que presentan consumo de cualquiera de las sustancias analizadas en los últimos 30 días), comprobar si existen diferencias en la edad de inicio en el consumo en función de variables demográficas, como la edad y el sexo.
3. Estimar el patrón de continuidad en el consumo (porcentaje de sujetos que pasaron de un consumo puntual a lo largo de la vida a un consumo en los últimos seis meses) para todas las sustancias comprobando si existen diferencias en función del sexo y la edad de los adolescentes.

2.2 HIPÓTESIS

En relación con los objetivos propuestos y tomando en consideración los datos empíricos aportados en la primera parte de la presente tesis doctoral se proponen las siguientes hipótesis de trabajo:

HIPOTESIS 1: Se presentarán diferencias significativas en las prevalencias de consumo obtenidas tanto en función del tipo de sustancia consumida como en función del parámetro de estimación de la misma (consumo alguna vez, consumo en los últimos seis meses y consumo en el último mes).

HIPÓTESIS 2: En el grupo de adolescentes con consumo en los últimos 30 días de sustancias de comercio legal, se presentarán diferencias significativas en el uso del alcohol y del tabaco en función de variables demográficas y del tipo de sustancia de consumo.

HIPÓTESIS 3: En el grupo de adolescentes con consumo en los últimos 30 días de sustancias de comercio ilegal, se presentarán diferencias significativas en función de variables demográficas y del tipo de sustancia de consumo.

HIPÓTESIS 4: Se presentarán diferencias significativas en el patrón de continuidad en el consumo de cualquiera de las sustancias analizadas en función de la edad, el sexo y el tipo de sustancia de consumo.

2.3 MÉTODO

2.3.1 Población

La población de estudio estuvo compuesta por 340 adolescentes de ambos sexos (59,1% hombres y 40,9% mujeres) con edades comprendidas entre los 12 y los 17 años (edad media de 14,89 y desv. típ. de 1,48), pertenecientes a diversos centros de la Red de Protección de Menores de la Comunidad de Madrid. El total de los participantes fue extraído de un total de 45 centros tanto de gestión pública como privada.

Estos 45 centros fueron los resultantes de la eliminación por diversos motivos de siete de los 52 centros con los que se mantuvo contacto y que reunían a la totalidad de la población adolescente de 12 a 17 años perteneciente a dicha Red de Protección de la Comunidad de Madrid objeto del presente estudio.

Todos los sujetos participaron de forma voluntaria en el desarrollo de la prueba y eran conocedores de que ésta formaba parte de una investigación realizada desde la Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid.

Para resolver cualquier duda al respecto del proceso de selección de los centros incluidos en la investigación o de la población objeto de estudio, consultar el punto 3.1.7., denominado Población de referencia, en el que se exponen con todo detalle los datos referentes a las caracterización de la muestra utilizada.

2.3.2 Diseño

El diseño utilizado fue transversal, ya que nos permite hacer comparaciones a través del rango de edad desde los 12 a los 17 años en cada una de las observaciones en los centros de protección y prospectivo ya que en el momento de realizar el estudio parte de los componentes de la muestra seleccionada eran ya consumidores habituales de sustancias.

Las variables consideradas para la comprobación de cada una de las hipótesis de trabajo planteadas fueron:

- H1: se tomó como variable independiente el consumo de drogas con tres niveles (consumo alguna vez, consumo en los últimos seis meses y consumo en los últimos 30 días) siendo las variables dependientes, las sustancias adictivas de comercio legal e ilegal.
- H2: se tomaron como variables independientes el sexo y la edad de los encuestados con tres rangos diferentes (12/13, 14/15 y 16/17 años), la clasificación de los bebedores en función tanto de la frecuencia de consumo (no consumo, consumo alguna vez, consumo en los últimos seis meses y consumo

en los últimos treinta días) como del tipo de bebida y la frecuencia de consumo en el último mes con cinco niveles y, como variables dependientes, los diferentes tipos de bebidas alcohólicas, la edad de cada uno de los grupos de consumidores y la edad de inicio en el consumo.

- H3: se tomaron como variables independientes el sexo y la edad de los sujetos con tres niveles (12/13, 14/15 y 16/17 años), la clasificación de consumidores habituales en función del consumo en el último mes (con cinco niveles) y, como variables dependientes, el tabaco y cada una de las sustancias de comercio ilegal consideradas y la edad de inicio en el consumo para cada una de ellas.
- H4: se tomaron como variables independientes el sexo y la edad de los sujetos y, como variable dependiente, la continuidad en el consumo de cada una de las sustancias consideradas.

2.3.3 Instrumentos y Variables de estudio

Para el presente estudio se utilizó la primera parte con formato de encuesta del instrumento de evaluación comentado detalladamente en el punto 1.3.2., denominado, *Elaboración del Instrumento de Evaluación* de la presente tesis doctoral, que se puede consultar en Anexo I. Las instrucciones para su cumplimentación y las condiciones bajo las cuales debía realizarse la evaluación son las mismas que se expusieron para el instrumento de evaluación en su totalidad.

Concretamente, para la consecución de los objetivos propuestos, se tuvieron en consideración las variables relacionadas con el consumo de drogas: frecuencia de consumo (Tabla 17) y edad de inicio en el consumo (Tabla 18).

Tabla 17. Variables relacionadas con la frecuencia de consumo

Drogas legales

- Consumo de tabaco alguna vez en la vida.
- Consumo de tabaco en los últimos seis meses.
- Frecuencia de uso de tabaco en los últimos treinta días.
- Consumo de cerveza alguna vez en la vida.
- Consumo de cerveza en los últimos seis meses.
- Frecuencia de uso de cerveza en los últimos treinta días.
- Consumo de vino alguna vez en la vida.
- Consumo de vino en los últimos seis meses.
- Frecuencia de uso de vino en los últimos treinta días.
- Consumo de combinados alguna vez en la vida.
- Consumo de combinados en los últimos seis meses.
- Frecuencia de uso de combinados en los últimos treinta días.

Drogas ilegales

- Consumo de cannabis alguna vez en la vida.
 - Consumo de cannabis en los últimos seis meses.
 - Frecuencia de uso de cannabis en los últimos treinta días.
 - Consumo de cocaína alguna vez en la vida.
 - Consumo de cocaína en los últimos seis meses.
 - Frecuencia de uso de cocaína en los últimos treinta días.
 - Consumo de anfetaminas alguna vez en la vida.
 - Consumo de anfetaminas en los últimos seis meses.
 - Frecuencia de uso de anfetaminas en los últimos treinta días.
 - Consumo de tripis/setas alguna vez en la vida.
 - Consumo de tripis/setas en los últimos seis meses.
 - Frecuencia de uso de tripis/setas en los últimos treinta días.
 - Consumo de pegamento/disolventes alguna vez en la vida.
 - Consumo de pegamento/disolventes en los últimos seis meses.
 - Frecuencia de uso de pegamento/disolventes en los últimos treinta días.
 - Consumo de drogas de diseño alguna vez en la vida.
 - Consumo de drogas de diseño en los últimos seis meses.
 - Frecuencia de uso de drogas de diseño en los últimos treinta días.
 - Consumo de heroína alguna vez en la vida.
 - Consumo de heroína en los últimos seis meses.
 - Frecuencia de uso de heroína los últimos treinta días.
-

Tabla 18. Variables relacionadas con la edad de inicio en el consumo

Drogas legales

- Edad en que consumió tabaco por primera vez.
- Edad en que consumió cerveza por primera vez.
- Edad en que consumió vino por primera vez.
- Edad en que consumió combinados por primera vez.

Drogas ilegales

- Edad en que consumió cannabis por primera vez.
 - Edad en que consumió cocaína por primera vez.
 - Edad en que consumió anfetaminas por primera vez.
 - Edad en que consumió tripis/setas por primera vez.
 - Edad en que consumió pegamento/disolventes por primera vez.
 - Edad en que consumió drogas de diseño por primera vez.
 - Edad en que consumió heroína por primera vez.
-

2.3.4 Análisis de datos

Una vez recogidos todos los cuestionarios, el primer paso fue proceder a la eliminación de todos aquellos que no habían sido correctamente cumplimentados, bien por no haber contestado a todos los ítems necesarios para el presente estudio

o bien por contar con la indicación expresa de cualquiera de los miembros del equipo de investigación que dudara sobre la veracidad de los datos aportados. Con posterioridad se pasó a codificar todas las variables con sus alternativas de respuesta introduciendo los resultados en una base de datos creada para este fin. Finalmente, se utilizó el paquete estadístico SPSS 12 (2003).

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

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

En segundo lugar, para contestar al segundo objetivo:

- Se calculó la prueba *Ji Cuadrado* de Pearson para cada par de variables consideradas, con el fin de estimar la relación existente entre el porcentaje de consumidores de cada una de las sustancias estimadas y el sexo y la edad de los mismos.
- Se realizaron diversas pruebas *t de Student* para muestras independientes con el fin de comprobar la existencia de diferencias de medias en relación con el sexo de los sujetos tanto en la cantidad de sustancia consumida a diario o en fin de semana como en la edad de inicio en el uso de las mismas.
- Se realizaron sucesivos análisis de varianza de un factor para comprobar la existencia de diferencias en el consumo de cada una de las sustancias y la edad de inicio en el uso de las mismas en relación con la edad de los sujetos (considerando cada uno de los rangos establecidos: 12/13, 14/15 y 16/17 años). Posteriormente, para comprobar la dirección de tales diferencias, se eligió el método de comparaciones múltiples de Scheffé puesto que no requiere la igualdad de los tamaños muestrales de cada par de grupos de edad analizados.
- De la misma forma, se realizó un análisis de varianza de un factor y el posterior método de comparaciones múltiples de Scheffé, para comprobar las diferencias existentes en la edad de los sujetos y en la edad de inicio en el consumo de alcohol, en función de la frecuencia de uso del mismo.

En tercer lugar, para analizar el patrón de continuidad en el consumo de cada una de las sustancias (último de los objetivos propuestos) se aplicó:

- Para la estimación del porcentaje de sujetos que continuaron consumiendo o consumen en la actualidad, el cociente entre el número de sujetos que han consumido en los últimos seis meses y los que consumieron la sustancia de referencia alguna vez en la vida.

Posteriormente, con el fin de comprobar si existían diferencias en las proporciones de consumidores en función del sexo y la edad de los sujetos, se aplicó el estadístico de contraste (Z) para dos proporciones con observaciones independientes para cada una de las variables señaladas y para cada una de las sustancias de consumo.

2.3.5 Resultados

A continuación, se presentan los resultados obtenidos después de realizar los análisis estadísticos comentados.

Con el objetivo de facilitar su presentación y la posible comparación de los mismos en estudios posteriores, se ofrecen en primer lugar las prevalencias de consumo para cada una de las sustancias de estudio diferenciando entre el consumo alguna vez, el consumo en los últimos seis meses y el consumo realizado en los últimos treinta días.

En segundo lugar, la totalidad de los resultados se exponen para el total de las sustancias analizadas y ofreciendo para el grupo de consumo en el último mes, las proporciones de jóvenes consumidores de cada una de las sustancias en función del sexo y de la edad, de la distribución temporal del consumo en función del tipo de sustancia y la frecuencia de consumo semanal y de la edad media de inicio en el consumo junto con el patrón de continuidad en el mismo.

Finalmente, teniendo en cuenta el número tan elevado de variables de estudio y de datos obtenidos, se presentan de forma conjunta los resultados del análisis descriptivo junto con la exposición de los concernientes a los análisis comparativos en aquellos casos en los que fue necesario realizarlos.

2.3.5.1 Prevalencias de consumo de todas las sustancias analizadas

Los datos correspondientes al análisis de los porcentajes de prevalencias de cada una de las drogas de estudio (en el caso del alcohol, se han estimado para cada una de las bebidas consideradas) que corresponden a la primera de las hipótesis planteadas (H1), se presentan de forma detallada en la Tabla 19 a la Tabla 20 (prevalencias de consumo alguna vez en la vida, consumo últimos seis meses y consumo últimos treinta días, respectivamente).

Tabla 19. Prevalencias de consumo alguna vez en la vida para las diferentes sustancias

Sustancias	Prevalencia Alguna vez	Coefficiente de variación	Intervalo de Confianza al 95%
Tabaco	62,4	0,62	(0,57; 0,68)
Cerveza	42,9	0,43	(0,38; 0,48)
Vino	37,1	0,37	(0,32; 0,42)
Combinados	35,6	0,36	(0,30; 0,41)
Cánnabis	35	0,35	(0,30; 0,40)
Cocaína	10	0,10	(0,07; 0,13)
Anfetaminas	7,4	0,07	(0,05; 0,10)
Alucinógenos (Tripsis/Setas)	7,4	0,07	(0,05; 0,10)
Inhalantes (Pegamento/Di solventes)	12,6	0,13	(0,09; 0,16)
Drogas de síntesis	6,2	0,06	(0,04; 0,09)
Heroína	1,5	0,01	(0,00; 0,03)

Tabla 20. Prevalencias de consumo últimos 6 meses para las diferentes sustancias

Sustancias	Prevalencia Últimos 6 meses	Coefficiente de variación	Intervalo de Confianza al 95%
Tabaco	55,3	0,55	(0,50; 0,61)
Cerveza	30,6	0,31	(0,26; 0,36)
Vino	21,5	0,21	(0,17; 0,26)
Combinados	28,5	0,29	(0,24; 0,33)
Cannabis	29,7	0,30	(0,25; 0,35)
Cocaína	5,9	0,06	(0,03; 0,08)
Anfetaminas	4,1	0,04	(0,02; 0,06)

Sustancias	Prevalencia Últimos 6 meses	Coefficiente de variación	Intervalo de Confianza al 95%
Alucinógenos (Trispis/Setas)	3,8	0,04	(0,02; 0,06)
Inhalantes (Pegamento/Disol ventes)	7,9	0,08	(0,05; 0,11)
Drogas de síntesis	2,1	0,02	(0,01; 0,04)
Heroína	0,0	0,0	(0,00; 0,00)

Tabla 21. Prevalencias de consumo últimos 30 días para las diferentes sustancias

Sustancias	Prevalencia Últimos 30 días	Coefficiente de variación	Intervalo de Confianza al 95%
Tabaco	56,75	0,55	(0,49; 0,60)
Cerveza	28,5	0,28	(0,23; 0,33)
Vino	20,9	0,20	(0,16; 0,25)
Combinados	28,2	0,28	(0,23; 0,32)
Cannabis	28,5	0,28	(0,23; 0,33)
Cocaína	5,6	0,05	(0,03; 0,08)
Anfetaminas	3,2	0,03	(0,01; 0,05)
Alucinógenos (Tripis/Setas)	3,2	0,03	(0,01; 0,05)
Inhalantes (Pegamento/Disol ventes)	7,9	0,07	(0,05; 0,10)
Drogas de diseño	2,1	0,02	(0,00; 0,03)
Heroína	0	0,0	(0,00; 0,00)

Como se observa, el alcohol (en sus distintas formas) junto con el tabaco y el cannabis son las sustancias que presentan un consumo más generalizado, siendo menores las proporciones de consumidores para el resto de sustancias analizadas.

La cerveza y los combinados son las bebidas que cuentan con un mayor número de consumidores tanto si se analiza el consumo alguna, como el consumo en los últimos seis meses, así como el consumo en el último mes, salvo en el caso del consumo alguna vez en la vida, en que el vino, supera ligeramente a los combinados, pero no a la cerveza.

Atendiendo a la prevalencia de consumo alguna vez, presentada en la Tabla 21, es posible observar que un elevado porcentaje de los jóvenes afirman haber probado el alcohol en cualquiera de sus formas (entre el 35% y el 42% dependiendo de la forma) o el tabaco.

Dentro de las drogas ilegales, el cánnabis es la sustancia que mayor número de jóvenes han probado (35%), a la que le sigue el consumo de inhalantes (12,6%) y el consumo de cocaína (10%) por encima del resto de sustancias analizadas en las que el porcentaje de usuarios alguna vez no supera el 7,5%.

En un análisis conjunto de las prevalencias obtenidas considerando los distintos parámetros temporales estimados es posible observar que la tendencia encontrada para el consumo alguna vez se repite en el análisis del consumo en los últimos seis meses y en el consumo en el último mes, en los que el alcohol, el tabaco y el cánnabis son las sustancias de uso más generalizado en la población de referencia con un mayor porcentaje de consumidores, frente al consumo del resto de sustancias.

Asimismo, se observa que las mayores diferencias en el porcentaje de consumidores se obtienen entre el consumo alguna vez y el consumo en los últimos seis meses puesto que entre éste último y el consumo referido a los últimos treinta días prácticamente no aparecen diferencias en los resultados, lo que nos indicaría no sólo la generalización del uso sino la continuidad en el mismo, al constatarse que ambos porcentajes apenas difieren (por ejemplo, en el caso del tabaco, el 55,3% de los entrevistados ha consumido en los últimos seis meses y el 55,7% lo sigue haciendo en el último mes).

2.3.5.2 Análisis del consumo de drogas legales

a) Alcohol

El análisis específico de las proporciones de consumidores en el último mes para cada una de las bebidas alcohólicas y su relación con el sexo y la edad de los mismos, correspondiente a la segunda de las hipótesis (H2) de investigación planteadas se presenta en la Tabla 22.

Tabla 22. Proporción de jóvenes con consumo de alcohol en los últimos 30 días según edad y sexo

	SEXO		EDAD		
	Mujeres	Hombres	12-13	14-15	16-17
Cerveza	38,8*** (n=54)	21,4*** (n=43)	8,9** (n=5)	30,6** (n=48)	34,6** (n=44)
Vino	30,2*** (n=42)	14,4*** (n=29)	5,4* (n=3)	24,8* (n=39)	22,8* (n=29)
Combinados	40,3*** (n=56)	19,9*** (n=40)	7,1*** (n=4)	26,8*** (n=42)	39,4*** (n=50)

* Diferencias significativas entre individuos de distinta edad, con $p \leq 0,01$.

** Diferencias significativas entre individuos de distinta edad, con $p \leq 0,005$.

*** Diferencias significativas entre individuos de distinto sexo y edad, con $p \leq 0,001$.

Atendiendo al análisis de las relaciones entre el sexo de los encuestados y el consumo de cada una de las bebidas estudiadas, los resultados son estadísticamente significativos y superiores en el caso de las mujeres, para la cerveza (38,8 vs. 21,4, $c^2=12,28$, $p \leq 0.001$), el vino (30,2 vs. 14,4, $c^2=12.39$, $p \leq 0.001$) y los combinados (40,3 vs. 19,9, $c^2=16,85$, $p \leq 0.001$).

La edad también tiene una relación estadísticamente significativa con la prevalencia de consumo de cualquiera de las sustancias estimadas ya que la proporción de consumidores es mayor cuanto mayor es la edad de los encuestados, siendo evidente en el caso de las tres bebidas alcohólicas analizadas: el porcentaje de consumidores de cerveza pasa de un 8,9% a los 12 años a un 34,6% a los 17 años ($c^2=13,20$, $p \leq 0.005$), el porcentaje de consumidores de vino pasa de un 5,4% a los 12 años a un 22,8% a los 17 años ($c^2=9,95$, $p \leq 0.01$) y el porcentaje de consumidores de combinados pasa de un 7,1% a los 12 años a un 39% a los 17 años ($c^2=20,24$, $p \leq 0.001$).

Los resultados obtenidos en el estudio de la distribución del consumo de alcohol según el tipo de bebida y la frecuencia de uso en los consumidores en el último mes se presentan en la Tabla 23.

Tabla 23. Distribución del consumo de alcohol según tipo de bebida y frecuencia del consumo en los últimos treinta días

	Cerveza	Vino	Combinados
Inferior a semanal	71,5% (n=243)	79,1% (n=269)	71,8% (n=244)
1 vez por semana	18,2% (n=62)	14,4% (n=49)	20,6% (n=70)
2-6 veces por semana	6,5% (n=22)	5% (n=17)	5,9% (n=20)
1 vez diaria	2,9% (n=10)	0,6% (n=2)	1,2% (n=4)
2 o más veces diarias	0,9% (n=3)	0,9% (n=3)	0,6% (n=2)

Considerando la proporción de consumidores de bebidas alcohólicas con una frecuencia semanal, ésta llega en el caso de los combinados al 20,6%, viéndose disminuida en el caso de la cerveza al 18,2% y del vino al 14,4%. No obstante, esta relación se ve invertida si analizamos el consumo de dos a seis veces a la semana puesto que, en este caso, el porcentaje de bebedores de cerveza es algo superior (6,5% frente al 5,9%, respectivamente).

Los resultados del análisis de la edad media de inicio en el consumo de cada una de las bebidas estimadas y el patrón de continuidad en el mismo según el sexo y la edad de los consumidores se presentan en las Tablas 24 a 25.

Con respecto a la cerveza (Tabla 24), no se dan diferencias significativas entre ambos sexos aunque son las mujeres las que comienzan a usar este tipo de bebida a una edad más temprana. Asimismo, el análisis de varianza realizado, muestra un efecto significativo respecto a la edad media de inicio en su consumo [$F=213.79$, $p<0.001$]. En este sentido, se establecen diferencias significativas entre los distintos rangos estimados, señalando un incremento de este indicador conforme se incrementa la edad, especialmente desde los 12/13 años a los 14/15 años.

Tabla 24. Edad media de inicio y continuidad en el consumo de cerveza según sexo y edad

	SEXO		EDAD		
	Mujer	Hombre	12-13	14-15	16-17
Edad media de inicio	12,95 (dt=1.69) n=76	13,09 (dt=1.97) n=70	11,29*** (dt=2.09) N=14	12,54*** (dt=1.57) n=71	13,97*** (dt=1.55) n=61
Continuidad consumo (consumo último 6 meses/consumo alguna vez)*100	76,32	65,71	42,86*	70,42*	78,69*

* Diferencias significativas entre individuos de distinta edad, con $p \leq 0,01$.

*** Diferencias significativas entre individuos de distinta edad, con $p \leq 0,001$.

Atendiendo a la continuidad en el consumo de alcohol y tal como se postulaba en la H4, se observa que la continuidad en el consumo de alcohol, tal como se verá también más adelante en el caso del consumo de tabaco, es mayor que para el resto de sustancias analizadas.

Centrándonos en la continuidad en el consumo de cerveza, vemos que no aparecen diferencias significativas entre varones y mujeres pero sí entre los distintos grupos de edad [$Z= 3.69$, $p < 0.05$], observándose un incremento significativo del porcentaje de jóvenes que continúan con el consumo conforme avanza la edad de los mismos, aumentando casi en un 30% a la edad de 14-15 años y manteniéndose dicha tendencia en el grupo de 16-17 años.

En relación con el consumo de vino por parte de los menores encuestados (Tabla 25), no se dan diferencias estadísticamente significativas en función del sexo, aunque al igual que ocurre con la cerveza, el análisis de varianza realizado muestra efectos significativos de esta variable con respecto a los grupos de edad [$F=8.55$, $p < 0.001$], señalando una mayor edad media de inicio en los grupos de mayor edad.

Tabla 25. Edad media de inicio y continuidad en el consumo de vino según sexo y edad

	SEXO		EDAD		
	Mujer	Hombre	12-13	14-15	16-17
Edad media de inicio	12,43 (dt=2.28) n=67	13,03 (dt=2.37) n=59	10,59*** (dt=2.15) n=12	12,56*** (dt=1,46) n=59	13,36*** (dt=2.79) n=55

	SEXO		EDAD		
	Mujer	Hombre	12-13	14-15	16-17
Continuidad consumo (consumo últimos 6 meses /consumo alguna vez)*100	65,67	49,15	25*	66,10*	56,37*

* Diferencias significativas entre individuos de distinta edad, con $p \leq 0,01$.

*** Diferencias significativas entre individuos de distinta edad, con $p \leq 0,001$.

Con respecto al patrón de continuidad en el consumo de vino, no se establecen diferencias estadísticamente significativas entre los grupos en función del sexo. No obstante, en cuanto a los grupos de edad sí se encontraron diferencias significativas, resultando especialmente relevante el ascenso en la continuidad del consumo de esta sustancia a la edad de 14-15 años [$Z=3.62$, $p<0.05$].

Finalmente, en el caso de los combinados (Tabla 26), no aparecen diferencias significativas entre hombres y mujeres en la edad media de inicio en su consumo, señalándose así una edad de comienzo equivalente en ambos casos. Atendiendo a la edad, nuevamente el análisis de varianza señala efectos significativos de esta variable [$F=5.77$, $p<0.005$], marcándose diferencias estadísticamente significativas entre los distintos grupos de edad, especialmente a partir de la edad de 16-17 años en los que la edad media de inicio supera los trece y catorce años de edad.

En cuanto al patrón de continuidad en el consumo de combinados, no se dieron diferencias estadísticamente significativas en función del sexo de los encuestados, pero sí en relación a los grupos de edad, en los que significativamente se alcanza una continuidad en el consumo del 92,73 en el grupo de 16-17 años [$Z=7.84$, $p<0.001$].

Como se puede observar, el porcentaje de mujeres que presentando consumo en los últimos seis meses se mantiene haciéndolo en el último mes, es superior al de los hombres en el consumo de todas las bebidas analizadas, si bien estas diferencias no resultan estadísticamente significativas. En cuanto a la edad, la continuidad en el consumo mantiene una relación creciente con la edad, siendo el grupo de mayor edad el que presenta un consumo más habitual de alcohol, salvo en el caso del vino donde se observa un ascenso en la continuidad del consumo de esta sustancia a la edad de 14-15 años.

Tabla 26. Edad media de inicio y continuidad en el consumo de combinados según sexo y edad

	SEXO		EDAD		
	Mujer	Hombre	12-13	14-15	16-17
Edad media de inicio	13,54 (dt=2.23) n=67	13,43 (dt=1.87) n=54	11,89** (dt=1.69) n=9	13,19** (dt=1,30) n=57	14,05** (dt=2.54) n=55
Continuidad consumo (consumo últimos 6 meses /consumo alguna vez)*100	85,07	74,07	44,44***	73,68***	92,73***

* Diferencias significativas entre individuos de distinta edad, con $p \leq 0,005$

*** Diferencias significativas entre individuos de distinta edad, con $p \leq 0,001$

d) Tabaco

Al igual que ocurría con las diferentes bebidas alcohólicas, el tabaco es una de las sustancias más consumidas por los jóvenes y adolescentes. Asimismo, el análisis de la relación entre el sexo y la edad de los encuestados y el consumo reciente de tabaco obtiene resultados significativos en ambas variables de estudio (Tabla 27).

Tabla 27. Cantidad consumida de Tabaco según sexo y edad

	SEXO		EDAD		
	Mujeres	Hombres	12-13	14-15	16-17
Tabaco	65,5*** (n=91)	48*** (n=96)	26,8*** (n=15)	56,7*** (n=89)	65,9*** (n=83)

*** Diferencias significativas entre individuos de distinto sexo y edad, con $p \leq 0,001$.

En primer lugar, el sexo marca diferencias en la muestra siendo la proporción de mujeres fumadoras habituales significativamente superior a la de los hombres (65,5 vs. 48; $X^2=10,12$, $p \leq 0.001$).

En segundo lugar, el análisis muestra nuevamente diferencias significativas entre los distintos grupos de edad ($X^2=24,22$, $p \leq 0.001$) en los que se puede observar cómo las prevalencias experimentan un notable incremento ofreciendo un porcentaje de fumadores habituales a los 16/17 años del 65.9% mientras que a la edad de 12-13 se mantienen en un 26,8% e incrementan en un 56,7% a la edad de 14-15 años.

En la Tabla 28 se presentan los resultados del análisis de la edad media de inicio en el consumo de tabaco y el patrón de continuidad en el mismo, según el sexo y la edad de los consumidores encuestados.

Si se comparan estos resultados obtenidos para la edad de inicio en el consumo de tabaco con los obtenidos para el resto de las sustancias analizadas, se observa que la edad media de inicio en el caso del tabaco es la menor de todas las sustancias estudiadas.

Tabla 28. Edad media de inicio y continuidad en el consumo de tabaco según sexo y edad

	SEXO		EDAD		
	Mujer	Hombre	12-13	14-15	16-17
Edad media de inicio	12,20* dt=1.89 n=100	12,81* (dt=2.26) n=112	10,22 (dt=1.39) n=9	10,56 (dt=3,76) n=57	11,91 (dt=3.85) n=55
Continuidad consumo (consumo últimos 6 meses /consumo alguna vez)*100	92	85,71	60,87***	92,78***	91,30***

* Diferencias significativas entre individuos de distinto sexo, con $p \leq 0,05$.

*** Diferencias significativas entre individuos de distinta edad, con $p \leq 0,001$.

En este caso, además aparecen diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres [$t=-2.14$, $p<0.05$].

La edad de comienzo en el consumo de tabaco es menor en el caso de las mujeres (12,20 vs. 12,81), si bien el análisis de varianza no señala efectos estadísticamente significativos de esta variable, pero sí para la continuidad en el consumo ($Z=10.87$, $p<0.001$). Al respecto, se marcan también diferencias estadísticamente significativas entre los distintos grupos de edad, especialmente a la edad de 15-16 años en la que se alcanza una continuidad en el consumo del 92,78%. Dicho parámetro se sitúa nada menos que en un 60,87% a los 12-13 años de edad. Si bien se da una relación creciente en la continuidad del consumo en relación a la edad, parece que es el grupo de 14-15 años el que presenta mayores porcentajes, lo que a su vez coincide con lo observado en el caso del alcohol (cerveza y vino).

Finalmente, en cuanto a las diferencias encontradas en la continuidad en el consumo de tabaco, en función del sexo, son las mujeres las que presentan una mayor continuidad en el consumo, si bien no aparecen diferencias estadísticamente significativas.

2.3.5.3 Análisis del consumo de sustancias de comercio ilegales

Tomando como referencia el grupo de consumidores en los últimos treinta días de cualquiera de las sustancias de comercio ilegal estimadas, el estudio detallado de las proporciones de consumidores y su relación con el sexo y la edad de los mismos se presenta en la Tabla 29.

Tabla 29. Proporción de jóvenes con consumo sustancias ilegales en los últimos 30 días según edad y sexo

	SEXO		EDAD		
	Mujer	Hombre	12/13	14/15	16/17
Cannabis	32,4 (n=45)	25,9 (n=52)	8,9*** (n=5)	27,4*** (n=43)	38,6*** (n=49)
Cocaína	8,6 (n=12)	3,5 (n=7)	1,8 (n=1)	5,1 (n=8)	7,9 (n=10)
Anfetaminas	4,3 (n=6)	2,5 (n=5)	1,8 (n=1)	1,9 (n=3)	5,5 (n=7)
Alucinógenos (Tripis/Setas)	5 (n=7)	2 (n=4)	1,8 (n=1)	3,8 (n=6)	3,1 (n=4)
Inhalantes (Pegamento/ Disolventes)	5 (n=7)	10 (n=20)	0 (n=0)	7,6 (n=12)	11,8 (n=15)
Drogas de síntesis	2,2 (n=3)	2 (n=4)	0 (n=0)	0,6 (n=1)	4,7 (n=6)
Heroína	0 (n=0)	0 (n=0)	0 (n=0)	0 (n=0)	0 (n=0)

*** Diferencias significativas entre individuos de distinta edad, con $p \leq 0,001$.

De forma genérica, se observa cómo el cannabis es la sustancia más consumidas por los menores encuestados, a destacar que la segunda sustancia más consumida por las mujeres es la cocaína, mientras que para el caso de los varones son los inhalantes.

Si observamos las prevalencias de consumo en función del sexo, vemos que la proporción de mujeres es mayor que la de hombres para todas sustancias estudiadas de comercio ilegal, salvo en el caso de los inhalantes, en los que el consumo masculino supera al femenino. Si bien no se producen diferencias estadísticamente significativa.

En función de la edad se encuentran diferencias estadísticamente significativas para el consumo frecuente de cánnabis ($X^2=16,95$, $p \leq 0.001$). Su consumo se ve precisamente aumentado especialmente a partir de los 13-14 años, llegando al 38,6% en el caso de los menores de 16-17 años de edad. Se pueden observar estas mismas diferencias en función de la edad para el resto de sustancias estudiadas, si bien estas diferencias no resultan estadísticamente significativas.

Los resultados obtenidos en el estudio de la distribución del consumo según el tipo de sustancia de comercio ilegal y la frecuencia de uso en los consumidores en el último mes se presentan en la Tabla 30.

Tabla 30. Distribución del consumo de sustancias ilegales en los últimos treinta días

	Cánnabis	Cocaína	Anfetaminas	Alucg tripis/Set	Inh.Pmto /Disv	Drogas síntesis	Heroína
< 1 vez / semana	71,5% (n=243)	94,4% (n=321)	96,8% (n=329)	96,8% (n=329)	92,1% (n=313)	97,9% (n=33)	0% (n=0)
1 vez / semana	10,6% (n=36)	4,7% (n=16)	2,4% (n=8)	2,4% (n=8)	4,7% (n=16)	1,5% (n=5)	0% (n=0)
2/6 veces / semana	5,3% (n=18)	0,6% (n=2)	0% (n=0)	0,6% (n=2)	2,1% (n=7)	0,6% (n=2)	0% (n=0)
1 vez diaria	5% (n=17)	0% (n=0)	0,6% (n=2)	0% (n=0)	0,9% (n=3)	0% (n=0)	0% (n=0)
> 1 vez diaria	7,6% (n=26)	0,3% (n=1)	0,3% (n=1)	0,3% (n=1)	0,3% (n=1)	0% (n=0)	0% (n=0)

Como puede observarse, dentro del grupo de consumo más reciente (en el último mes), la sustancia más consumida en relación con el parámetro "una vez a la semana" es el cánnabis, cuyo porcentaje llega al 10,6% de los encuestados, seguido por el consumo de cocaína e inhalantes cuyo consumo se sitúa en torno al 4,7%. Respecto al consumo "una vez al día", es también el cánnabis la sustancia más consumida por un 5%, mientras que las drogas de síntesis alcanzan el 4%.

A continuación, se presentan los resultados del análisis de la edad media de inicio en el consumo de cada una de las sustancias estimadas y el patrón de continuidad en el mismo, según el sexo y la edad de los consumidores encuestados.

En el caso del consumo de **cánnabis** (Tabla 31), no aparecen diferencias significativas entre hombres y mujeres, señalándose una edad de comienzo equivalente en ambos casos.

Atendiendo a la edad, el análisis de varianza señala efectos significativos de esta variable [$F=10.96$, $p<0.001$], marcándose diferencias significativas entre los distintos grupos de edad, especialmente a la edad de 16-17 años en la que la edad media de inicio se sitúa en torno a los 14 años.

Respecto al patrón de continuidad en el consumo, no aparecen diferencias significativas ni en función de la edad ni del sexo de los encuestados. Si bien, los hombres presentan porcentajes ligeramente mayores de continuidad en el consumo

de cánnabis que las mujeres y se da una relación creciente en la continuidad del consumo en relación a la edad.

Tabla 31. Edad media de inicio y continuidad en el consumo de cánnabis según sexo y edad

	SEXO		EDAD		
	Mujer	Hombre	12-13	14-15	16-17
Edad media de inicio	13,09 (dt=1.92) n=55	13,02 (dt=2.31) n=65	11,89*** (dt=1.69) n=9	12,31*** (dt=2,39) n=54	13,93*** (dt=1.53) n=57
Continuidad consumo (consumo últimos seis meses/consumo alguna vez)*100	83,64	84,37	55,55	84,91	87,72

*** Diferencias significativas entre individuos de distinta edad, con $p \leq 0,001$.

Finalmente, si comparamos los resultados obtenidos para la edad de inicio en el consumo de cánnabis con los obtenidos para el resto de las sustancias ilegales analizadas, observamos que la edad media de inicio en el caso del cánnabis es la menor de todas las sustancias estudiadas (13 años).

Cuando se observa el consumo de **cocaína** (Tabla 32) aparecen diferencias significativas entre hombres y mujeres, señalando una edad de comienzo más tardía para el caso de los varones (13,89 vs. 15; $t=-2,75$; $p<0,05$).

Tabla 32. Edad media de inicio y continuidad en el consumo de cocaína según sexo y edad

	SEXO		EDAD		
	Mujer	Hombre	12-13	14-15	16-17
Edad media de inicio	13,89* (dt=1.19) n=19	15* (dt=1.15) n=15	12*** (dt=1.08) n=12	13,58*** (dt=1,02) n=21	14,95*** (dt=1.28) n=34
Continuidad consumo (consumo últimos 6 meses/consumo alguna vez)*100	68,42	46,66	75	47,61	58,82

* Diferencias significativas entre individuos de distinto sexo, con $p \leq 0,05$

*** Diferencias significativas entre individuos de distinta edad, con $p \leq 0,001$.

Atendiendo a la edad, el análisis de varianza señala efectos significativos de esta variable [$F=9.23$, $p<0.001$], marcándose diferencias significativas entre los

distintos grupos de edad, especialmente a la edad de 16-17 años en la que la edad media de inicio se sitúa en torno a los 15 años.

Respecto al patrón de continuidad en el consumo, no aparecen diferencias significativas ni en función de la edad ni del sexo de los encuestados, si bien se obtienen mayores porcentajes en el caso de ellas.

En relación con el consumo de **anfetaminas** (Tabla 33), no destacan diferencias significativas entre hombres y mujeres. Atendiendo a la edad, el análisis de varianza tampoco señala efectos significativos de esta variable. En relación con la continuidad de su consumo, no aparecen tampoco diferencias en función del sexo o de la edad de los adolescentes encuestados.

Tabla 33. Edad media de inicio y continuidad en el consumo de anfetaminas según sexo y edad

	SEXO		EDAD		
	Mujer	Hombre	12-13	14-15	16-17
Edad media de inicio	13,67 (dt=1.17) n=15	14,10 (dt=2.18) n=10	12 (dt=0.0) n=1	13,45 (dt=1,04) n=11	14,31 (dt=1.93) n=13
Continuidad consumo (consumo últimos 6 meses /consumo alguna vez)*100	60	50	45,45	61,54	56

En relación con el consumo de **alucinógenos**, aparecen diferencias significativas entre hombres y mujeres tanto para la edad de inicio como para la continuidad en el consumo (Tabla 34).

Las mujeres presentan una menor edad media de inicio en el consumo de esta sustancia comparada con la de los varones (12,91 vs. 14,29; $t=-2,12$; $p<0,05$).

Tabla 34. Edad media de inicio y continuidad en el consumo de alucinógenos según sexo y edad

	SEXO		EDAD		
	Mujer	Hombre	12-13	14-15	16-17
Edad media de inicio	12,91* (dt=0.94) n=11	14,29* (dt=1.98) n=14	12 (dt=0.0) n=2	13,18 (dt=1,08) n=11	14,42 (dt=2.02) n=12

	SEXO		EDAD		
	Mujer	Hombre	12-13	14-15	16-17
Continuidad consumo (Consumo últimos 6 meses /consumo alguna vez)*100	72,72*	35,71*	50	54,54	50

* Diferencias significativas entre individuos de distinto sexo, con $p \leq 0,05$.

Asimismo, son las mujeres las que mayoritariamente, en un 72,72% siguen manteniendo una continuidad en el consumo reciente de la sustancia ($Z=1,92$; $p<0,05$), teniendo en cuenta que los varones sólo continúan su consumo en un 35,71%.

En el consumo de **inhalantes** (pegamentos, colas, disolventes) no aparecen diferencias significativas entre hombres y mujeres para la edad de inicio ni para la continuidad en el consumo (Tabla 35).

Las mujeres presentan una edad media de inicio similar en el consumo de esta sustancia en comparación con los varones (14,71 vs. 13,93).

Asimismo, tanto los hombres como las mujeres siguen manteniendo una similar continuidad en el consumo reciente de la sustancia en función de los distintos grupos de edad: de un 54,54%, a los 12-13 años, a un 62,79% a los 16-17 años de edad.

Tabla 35. Edad media de inicio y continuidad en el consumo de inhalantes según sexo y edad

	SEXO		EDAD		
	Mujer	Hombre	12-13	14-15	16-17
Edad media de inicio	14,71 (dt=1.27) n=14	13,93 (dt=1.65) n=29	13,91 (dt=0.87) n=22	14,48 (dt=2,04) n=21	14,19 (dt=1.56) n=43
Continuidad consumo (Consumo últimos 6 meses /consumo alguna vez)*100	50	68,96	54,54	71,42	62,79

Finalmente, en el consumo de **drogas de síntesis** (Tabla 36), no aparecen diferencias significativas entre hombres y mujeres para la edad de inicio ni para la continuidad en el consumo. Las mujeres presentan una edad media de inicio similar en el consumo de esta sustancia comparada con la de los varones (13,69 vs. 14,20).

Tabla 36. Edad media de inicio y continuidad en el consumo de drogas de síntesis según sexo y edad

	SEXO		EDAD		
	Mujer	Hombre	12-13	14-15	16-17
Edad media de inicio	13,69 dt=0.809) n=11	14,20 (dt=1.93) n=10	12,5 (dt=0.70) n=2	13,8 (dt=0,42) n=10	14,3 (dt=2.06) n=9
Continuidad consumo (Consumo últimos 6 meses /consumo alguna vez)*100	36,36	30	50	10	55,55

En cuanto a la continuidad en el consumo, tampoco se dan diferencias estadísticamente significativas entre los diferentes grupos de edad considerados; básicamente por el escaso número de consumidores de este tipo de sustancia en los distintos grupos analizados.

2.4 RESUMEN DE RESULTADOS

Los datos más relevantes obtenidos en este estudio son:

- a. El alcohol (en sus diversas formas: cerveza, vino y combinados) y el tabaco junto con el cannabis (más de la tercera parte de los menores ha probado esta sustancia) son las sustancias que presentan un uso más generalizado en la población de referencia, obteniendo mayores prevalencias de consumo, muy por encima de las estimadas para otras drogas.
- b. De las otras drogas ilegales, es importante señalar que en la muestra de estudio las prevalencias de consumo alguna vez en la vida, consumo reciente y consumo frecuente obtenidas para el consumo de inhalantes (pegamento/disolventes/colas) son mayores que las prevalencias obtenidas en el consumo de otras como la cocaína. Las drogas de síntesis son las sustancias que menores prevalencias de consumo han obtenido y la heroína es una sustancia prácticamente desconocida por la muestra de estudio.
- c. Con respecto al consumo de alcohol:
 - El consumo de bebidas alcohólicas (cerveza, vino y combinados) es superior en las mujeres de la población estudiada que en los varones, llegando casi a duplicarlo.

-
- Se aprecia un incremento del consumo de alcohol en cualquiera de sus formas conforme aumenta la edad de los encuestados sin diferencias por sexos.
 - El análisis de los datos realizado respecto a la posible relación entre la edad y la edad de inicio en el consumo y los grupos de consumidores según la frecuencia de consumo declarado de alcohol, no muestra efectos significativos en los diferentes grupos de consumidores.
 - No existen diferencias significativas entre los grupos de consumo reciente y consumo frecuente, por tanto podríamos señalar la generalización del consumo y la continuidad en el mismo.
 - Son los combinados, con un 20,6%, los que mayor proporción de consumo obtienen en una frecuencia semanal, seguidos de la cerveza con un 18,2% y del vino con un 14,4%. Esta relación se invierte si en vez de analizar el consumo una vez por semana lo hacemos de dos a seis veces por semana, entonces es la cerveza (6,5%) la que supera a los combinados (5,9%) y al vino (5%).
 - La edad media de inicio en el consumo de cerveza se sitúa en torno a los 13 años en varones y en torno a los 12,9 en mujeres. Con respecto al vino vuelve a ser la población femenina la que comienza antes el consumo, en torno a los 12,4 años, mientras que la edad media de inicio en el caso de los varones es de 13 años. Con respecto al consumo de los combinados son los varones los que presentan una edad de inicio menor, en torno a los 13,4 años, siendo aproximadamente medio año inferior a la de las mujeres.
 - Analizando la continuidad en el consumo de las diferentes sustancias alcohólicas, nos encontramos que en la continuidad de consumo de la cerveza no existen diferencias significativas entre sexos, pero sí se observa un incremento significativo del porcentaje de menores que siguen consumiendo dicha sustancia a medida que avanza la edad, aumentando en casi el 30% a la edad de 14-15 años y manteniéndose para el rango de edad de 16-17 años.
 - Con respecto al patrón de continuidad en el consumo de vino, tampoco se establecen diferencias significativas entre mujeres y varones y, al igual que en el caso anterior, con respecto a los grupos de edad sí se encontraron diferencias significativas, especialmente en el rango de edad de 14-15 años.
 - Al igual que pasara con la cerveza y el vino, en la continuidad del consumo de combinados no encontramos diferencias significativas entre sexos pero sí en relación con los grupos de edad llegando a ser de un 92,7% el porcentaje de consumidores que habiendo consumo alguna vez, declaran mantenerse consumiendo en los últimos seis meses previos a la encuesta a la edad de 16-17 años.

d. Con respecto al consumo de tabaco:

- Existen diferencias significativas en el consumo de tabaco entre mujeres y varones, siendo ellas las que fuman mayoritariamente (un 65,5% frente a un 48%, respectivamente).
- Nuevamente encontramos diferencias significativas entre los distintos grupos de edad, siendo el porcentaje de fumadores que declararon haber fumado en el último mes del 65,9%, a la edad de 16-17 años.
- La edad media de inicio en el consumo del tabaco entre las mujeres se encuentra en torno a los 12,2 años y entre los varones a los 12,8 años.
- En la continuidad del consumo de tabaco nos encontramos diferencias significativas entre los diferentes grupos de edad, especialmente en el rango de edad de los 14-15 años ya que alcanza una continuidad de consumo del 92,78%.

e. Con respecto al consumo de drogas de comercio ilegal:

- El cannabis es la sustancia más consumida por la población objeto de estudio.
- En función de la frecuencia de uso semanal el porcentaje de jóvenes que consumen cannabis es del 10,6%, seguido por el de consumidores de inhalantes (4,7%) y por el de consumidores de cocaína (4,7%).
- De todas las analizadas, la segunda sustancia más consumida por la muestra femenina es la cocaína mientras que, para los varones, son los inhalantes las sustancias consumidas con mayor frecuencia.
- Analizando las diferencias encontradas en el consumo de sustancias ilegales observamos que éste se incrementa significativamente con la edad, duplicándose el número de consumidores de todas ellas entre los 12 y 17 años.
- La edad media de inicio en el consumo del cannabis se sitúa en torno a los 13 años en ambos sexos. Se da una relación creciente en cuanto a la edad en la continuidad del consumo, a los 12-13, un 55,55% de los que dicen haber probado el cannabis siguen consumiendo en los últimos seis meses previos a la encuesta, a los 14-15, un 84,91% y a los 16-17 llega a un 87,72 %.
- En la edad media de inicio en el consumo de cocaína sí aparecen diferencias significativas entre sexos, señalando una edad de comienzo más tardía en el caso de los varones. Con respecto a la continuidad en el consumo no aparecen diferencias significativas ni en función del sexo ni de la edad.

- En el consumo de anfetaminas no encontramos diferencias significativas entre sexos tanto para la edad de inicio (aunque también en este caso, las mujeres presentan una edad de inicio menor) como para la continuidad del mismo.
- En el consumo de alucinógenos, el porcentaje de mujeres que afirman haber hecho un consumo reciente (en los últimos seis meses) después de haberlo iniciado (el 72% de la muestra femenina) es significativamente superior al de los varones. También resulta tener relevancia estadísticamente significativa la diferencia encontrada en cuanto a la edad de inicio en el consumo entre hombres y mujeres, siendo esta menor en el caso de las mujeres.
- En el consumo de inhalantes (pegamento, disolventes, colas) no aparecen diferencias significativas entre sexos ni en la edad de inicio ni en la continuidad en el consumo.
- Finalmente en la edad media de inicio y continuidad en el consumo de drogas de síntesis según sexo y edad, no aparecen diferencias significativas. Tampoco se dan diferencias estadísticamente significativas entre los diferentes rangos de edad considerados.

2.5 DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos apuntan al uso generalizado de sustancias psicoactivas en la población de jóvenes acogidos en la Red de Centros de Protección del Instituto Madrileño del Menor y la Familia de la Comunidad de Madrid.

Más específicamente y en consonancia con los datos de otros muchos estudios, son el alcohol y el tabaco las sustancias que obtienen mayores prevalencias de consumo para las tres frecuencias estudiadas (consumo alguna vez, consumo en los últimos seis meses y consumo en el último mes), seguidas del cánnabis, que es la sustancia que obtiene mayores porcentajes de consumo entre las drogas ilegales.

Si comparamos los resultados obtenidos en nuestro estudio con los datos de la última Encuesta sobre Drogas a la Población Escolar disponible, correspondientes al año 2010/11 para la submuestra realizada en la Comunidad de Madrid, vemos como son también el alcohol, el tabaco y el cánnabis las sustancias más consumidas entre los escolares entrevistados y como para todas las frecuencias estudiadas obtenemos porcentajes más altos. Un 62,4% refieren haber consumido alguna vez tabaco frente a un 41,5% obtenido en la Encuesta Escolar de Madrid en 2010, diferencia que aumenta si observamos el consumo de tabaco en el último mes, un 55% frente a un 27,2%. Si observamos el consumo de cánnabis 35% vs. 35,3% para el consumo alguna vez donde se obtienen resultados similares y 28,5% vs. 17,5% para el consumo observado en el último mes donde si se presenta una

gran diferencia. En lo relativo al consumo de cocaína, sorprende comprobar que supone más del doble en nuestra población (10% vs. 3,2% para el consumo alguna vez).

En cuanto al consumo de **alcohol**, las bebidas preferidas por los menores madrileños de nuestra población de estudio son los combinados y la cerveza, constatándose nuevamente la tendencia señalada desde comienzos de la década de los 90 por las Encuestas Escolares realizadas de forma bianual (**PNSD, 2010**) consolidándose un patrón de consumo centrado en el uso de bebidas de mayor graduación que relega otras como el vino o la sidra que habían sido tradicionalmente las bebidas de referencia dentro del patrón de consumo mediterráneo. Este dato alcanza mayor significación si se observa, no sólo el consumo esporádico, sino también el más frecuente, donde encontramos que aproximadamente el 20% de los consumidores en el último mes han bebido cerveza y combinados con una frecuencia semanal, lo que supone una utilización habitual de sustancias de mayor graduación y que está en consonancia con lo encontrado en la Encuesta sobre Drogas a la Población Escolar de Madrid (2010).

Referido también al grupo de consumidores en el último mes, la edad media de inicio en el consumo de alcohol se sitúa en torno a los 13 años, edad ligeramente por debajo de la obtenida en la encuesta escolar, 13,8 años, para la Comunidad de Madrid en el mismo periodo (2010).

Al considerar el sexo de los encuestados, los datos obtenidos apoyan la tendencia ya observada por otras encuestas (PNSD, 2010) respecto a las diferencias de sexo en la frecuencia de consumo de alcohol, obteniéndose proporciones generalmente más altas de consumo entre las mujeres que entre los hombres para casi el total de las bebidas consideradas (para la cerveza 38,8% en el caso de las mujeres frente a 21,4% en el caso de ellos; para el vino 30,2% vs. 14,4% y para los combinados, 40,3% vs 19,9%) doblando casi a los hombres en la frecuencia de consumo de alcohol. Dato que también está en consonancia, aunque con diferencias menos notables, en la encuesta escolar realizada en Madrid en 2010.

Por sexos, en función del tipo de bebida, se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en la edad de comienzo entre hombre y mujeres confirmando la tendencia observada en los últimos años en otras encuestas similares (PNSD, 2010). Las mujeres parecen iniciarse a una edad más temprana en el consumo de cerveza y vino, siendo los hombres los que se inician antes en el consumo de combinados. Esto quizá sea reflejo de la tendencia observada en las últimas encuestas escolares realizadas en la Comunidad de Madrid (Encuesta sobre Drogas a la Población Escolar de Madrid, 2010) donde se encuentra una mayor frecuencia de consumo de alcohol en ellas y que ha ido aumentando paulatinamente en estos últimos años.

Por rangos de edad, es a partir de los 14 años donde se observa un mayor progreso hacia el consumo de cualquier tipo de bebida alcohólica, situándose la edad media de jóvenes que refieren un consumo en el último mes, en torno a los 15,5 años. En este sentido, tal y como se ha evidenciado repetidamente en la literatura se constata el efecto del aumento de la edad sobre el incremento de la frecuencia e intensidad del consumo de alcohol, disminuyendo el porcentaje de abstemios y aumentando la proporción de bebedores habituales y de mayor graduación. Este hecho vuelve a constatarse al detectar que es a la edad de 16/17 años en la que existe un mayor porcentaje de jóvenes que continúan consumiendo, siendo especialmente relevante en el caso de las bebidas de mayor graduación como los combinados (el 92,73% de los que consumieron en alguna ocasión, lo sigue haciendo durante los últimos seis meses).

Asimismo, los patrones de continuidad para el consumo de alcohol obtenidos son más elevados para las mujeres, en el caso de todas las bebidas analizadas, siendo ellas las que con mayor frecuencia continúan consumiendo una vez iniciado el consumo de alcohol.

Por su parte, el **tabaco** es la sustancia consumida por más de la mitad de los encuestados (56,75%), que afirmaron haberla consumido en el mes previo a la realización de la encuesta. Este porcentaje es sustancialmente mayor que el recogido en la Encuesta sobre Drogas (2010) a la Población Escolar de Madrid, en la que para el mismo periodo se obtiene un porcentaje del 27,2%.

La proporción de mujeres fumadoras es significativamente superior, un 65,5% para ellas y un 48% en el caso de los hombres. Si se comparan estos datos con los obtenidos en la Encuesta Escolar realizada en Madrid (Encuesta sobre Drogas a la Población Escolar de Madrid, 2010) se observa que los resultados apuntan en la misma dirección, coincidiendo con lo que desde hace algunos años es una de las conclusiones más repetidas y evidenciadas por los estudios en el área, señalando la superioridad del sexo femenino con respecto a una mayor frecuencia de consumo de tabaco. Si bien hay que subrayar que para la muestra de nuestro estudio y tal como sucedía en el caso del alcohol, se obtienen porcentajes significativamente mayores para el consumo en el último mes que los obtenidos en la Encuesta Escolar de Madrid (2010).

La edad media de inicio en el consumo se sitúa en torno a los 12,5 años, edad que resulta menor que la obtenida para la muestra de la Comunidad de Madrid, 13,5 años (Encuesta sobre Drogas a la Población Escolar de Madrid, 2010). En el mismo sentido propuesto para el alcohol, la edad vuelve a ser determinante en el caso del consumo de tabaco. Así pues, se observa que el porcentaje de fumadores aumenta considerablemente con la edad pasando del casi 30% en el rango de los 12/13 años a duplicarse en el rango de los 16-17 (65,9%).

Asimismo, también para el tabaco, los patrones de continuidad en el consumo obtenidos son muy elevados (88,8%) y coinciden con los datos obtenidos en la Encuesta sobre Drogas a la Población Escolar de Madrid de 2010, siendo mayores para las mujeres, ya que son ellas las que con mayor frecuencia continúan consumiendo una vez iniciado el consumo de tabaco. Estas diferencias no resultan ser estadísticamente significativas. Si bien, encontramos diferencias, que en este caso sí resultan estadísticamente significativas, por rangos de edad, a los 14-15 años es donde se alcanza la mayor continuidad en el consumo de tabaco (92,78%).

El **cánnabis** es la sustancia de comercio ilegal más consumida por los jóvenes, ofreciendo una prevalencia de consumo muy superior a la obtenida para el resto de las drogas de comercio ilegal estimadas (el 29,1% de los encuestados afirman haberla consumido en el mes previo a la encuesta), confirmándose así como la sustancia ilegal de mayor penetración en la población de menores. Este dato se viene reflejando de forma repetida en las encuestas realizadas durante los últimos años (PNSD, 2010), si bien en nuestro caso, obtenemos prevalencias significativamente más altas que las recogidas en la encuesta realizada en Madrid (Encuesta sobre Drogas a la Población Escolar de Madrid de 2010), donde para el mismo periodo se obtiene un 17,5 % de consumidores de cánnabis.

En función del sexo de los encuestados, vuelven a ser las chicas las que con mayor frecuencia consumen cánnabis (32,4% vs. 25,9%), no se encuentran diferencias estadísticamente significativas. A diferencia de los datos obtenidos en la Encuesta Escolar de 2010 realizada en Madrid, en la que son los hombres los que presentan mayores niveles de consumo. En cambio, en función de la edad si se encuentran diferencias estadísticamente significativas para el consumo en el último mes. El consumo de cánnabis se ve aumentado especialmente a partir de los 14/15 años llegando al 38,6% en el caso de los menores de 16/17 años que declaran consumir cánnabis durante el mes previo a la encuesta. Esta misma tendencia se observa en la Encuesta sobre Drogas a la Población Escolar de Madrid (2010).

La edad media de inicio en el consumo de cánnabis se sitúa en torno a los 13 años, edad que resulta, una vez más, menor que la obtenida para la muestra de la Comunidad de Madrid (2010), 14,7 años.

Respecto al patrón de continuidad en el consumo, y si bien, en el caso del cánnabis volvemos a obtener valores muy altos (el 84% de los que consumen alguna vez en la vida continúan haciéndolo en los últimos seis meses) que coinciden con los obtenidos en la Encuesta sobre Drogas a la Población Escolar de Madrid de 2010, no aparecen diferencias significativas, ni en función de la edad, ni del sexo de los encuestados.

La sustancia más consumida de forma semanal también resulta ser el cánnabis, un 10,6% de los encuestados declara haberla consumido al menos una vez a la

semana, seguida de la cocaína y de los inhalantes, cuyo consumo se sitúa en torno al 4,7%. Si nos fijamos en los datos obtenidos para el consumo una vez al día o más de una vez al día, resulta alarmante que el cánnabis llegue a ser consumido por el 7,6% de los menores varias veces al día.

Además de constatar, como ya se ha descrito, que las prevalencias para todas las sustancias analizadas son más altas que las encontradas en otros estudios similares, vemos como los resultados obtenidos son notablemente distintos a los de otros trabajos (Encuesta sobre Drogas a la Población Escolar de Madrid de 2010), donde la droga de comercio ilegal más consumida en alguna ocasión por los jóvenes, después del cánnabis son los alucinógenos (4,2%), seguidos de la cocaína (3,2%), los inhalantes (2,9%), el éxtasis (2,5%), las anfetaminas (1,9%) y la heroína (1,1%). En este sentido sorprende que, por ejemplo, los datos de prevalencia de consumo de inhalantes ocupen el segundo lugar después del cánnabis, y que haya consumido en algún momento de su vida un alarmante 12,6% de los menores, seguido del consumo de cocaína que también refiere haber probado alguna vez el 10% de ellos, del consumo de anfetaminas y alucinógenos (7,4%), drogas de síntesis (6,2%) y heroína, que refieren haberla probado el 1,5% de los menores encuestados.

Si nos centramos en el grupo de consumidores en el último mes, se obtienen resultados similares, un 7,9% declara consumir inhalantes, seguido de un 6% que declara consumir cocaína, un 3,2% dice consumir anfetaminas y alucinógenos y un 2,1% drogas de síntesis, la heroína no es una sustancia consumida por los menores de los centros de protección durante el último mes. Estos datos no coinciden, de nuevo, con los recogidos por otros estudios para el mismo periodo, como la Encuesta sobre Drogas a la Población Escolar de Madrid de 2010, donde se encuentran frecuencias de consumo significativamente menores que las obtenidas en nuestra investigación, así, la cocaína la consume un 1,4%, los alucinógenos son consumidos por un 1,2%, las anfetaminas, por un 0,9%, el éxtasis por el 1,1%, los inhalantes por el 1% y la heroína por el 0,6%.

En función del sexo de los encuestados, en el caso de los inhalantes, y tal como era de esperar, son los hombres los que con mayor frecuencia consumen, si bien no se encuentran diferencias significativas cuando se observa el consumo realizado en el último mes. Para esta sustancia se obtiene una media de edad de inicio en el consumo similar para hombres y mujeres (13,93 vs. 14,20) y respecto al patrón de continuidad en el consumo, como en el caso de otras sustancias analizadas, obtenemos altos porcentajes de continuidad, con diferencias entre los distintos grupos de edad, a los 14-15 años, existe un mayor porcentaje de jóvenes que continúan consumiendo (el 71,42% de los que consumieron en alguna ocasión, lo sigue haciendo durante los últimos seis meses), pero tampoco, en este caso, se

encuentran diferencias significativas entre los diferentes grupos de edad considerados.

En cuanto al consumo de **cocaína**, observamos que son las mujeres las que presentan porcentajes mayores de consumo respecto a los hombres (8,6% vs. 3,5%), si bien tampoco en este caso las diferencias resultan ser estadísticamente significativas. La media de edad de inicio en el consumo de cocaína es de 14,44 años (edad, de nuevo, menor que la encontrada en la Encuesta Escolar realizada en Madrid en 2010, 15,5 años) y significativamente menor en el caso de las mujeres (ellas empiezan con 13,89 años frente a los 15 años de edad de comienzo para ellos).

Con respecto al resto de las drogas consideradas, en nuestra muestra, son las anfetaminas, los alucinógenos y las drogas de síntesis las que alcanzan menores prevalencias de consumo y la heroína la única sustancia que en el último mes ningún joven de la muestra ha consumido.

Para estas drogas de comercio ilegal no aparecen diferencias estadísticamente significativas en los porcentajes de consumidores de cada una de las sustancias en función del sexo de los mismos. La edad de inicio para el consumo de anfetaminas es de 13,88 años; para las drogas de síntesis de 13,94 años y para los alucinógenos de 13,6 años; encontrando diferencias estadísticamente significativas por sexo sólo en este último caso (12,91 años para ellas y 14,29 años para ellos). En todos los casos analizados, la edad de inicio al consumo resulta ser más baja que la encontrada en investigaciones similares (Encuesta Escolar de la Comunidad de Madrid, 2010).

En cuanto al patrón de continuidad del resto de sustancias de comercio ilegal y su relación con el sexo de los menores, hemos encontrado diferencias exclusivamente en el caso de los alucinógenos en el que el porcentaje de las mujeres que continúan con su consumo es significativamente superior al de los varones (72,72% vs. 35,71%). Y si bien, como para el resto de sustancias de comercio ilegal analizadas, se encuentran porcentajes muy altos de continuidad en el consumo, no se dan diferencias estadísticamente significativas en función de la edad de los menores encuestados.

Finalmente, subrayar que nuevamente para el total de drogas de comercio ilegal, el consumo de las mismas, mantiene una relación directa con la edad, siendo el grupo de jóvenes de entre 16 y 17 años el de mayor riesgo puesto que, a estas edades, la proporción de consumidores se incrementa notablemente con respecto a los grupos de menor edad.

En líneas generales, los datos analizados vuelven a señalar la necesidad de detectar no sólo los porcentajes de consumidores o abstemios en la población adolescente,

sino también aquellas variables que puedan predecir tanto el consumo (factores de riesgo) como la abstinencia (factores de protección) y que puedan garantizar la eficacia de las intervenciones dentro del campo de la prevención. Éstos son los objetivos que se pretenden cubrir en los capítulos siguientes y que se verán completados con el trabajo de investigación realizado en la presente tesis doctoral.

3 SEGUNDO ESTUDIO: VALOR PREDICTIVO ASOCIADO AL CONSUMO DE DROGAS EN LA POBLACIÓN DE MENORES DE LA RED DE PROTECCIÓN DE LA COMUNIDAD DE MADRID

El consumo de drogas, en la actualidad, es entendido como un fenómeno de múltiples causas y determinantes y, desde la prevención, conseguir un modelo integrador de todos aquellos factores que de una forma u otra pueden contribuir no sólo a su mantenimiento sino a su inicio, es todavía un reto para todos los profesionales interesados en este campo.

En este sentido, son muchas las variables que se han asociado repetidamente al consumo de drogas adolescente señalando el papel que éstas podían ocupar como importantes factores de riesgo, al asumir que muchas de ellas parecen, con mayor o menor consistencia, incrementar o reducir la probabilidad de que el adolescente use o abuse de sustancias psicoactivas.

La investigación en este campo abarca diversas áreas de estudio desde un ámbito más ambiental o contextual hasta otros más cercanos al individuo y a su entorno familiar, de amigos o escolar.

A pesar de todo el trabajo ya realizado, la diversidad de los resultados obtenidos hace necesario seguir aportando datos que puedan matizar los existentes, aclarando y especificando el valor y el peso específico de cada una de estas variables, con el objetivo de alcanzar un mayor ajuste de los programas preventivos en drogodependencias especialmente dedicados al sector de población de mayor riesgo, los adolescentes, especialmente aquellos adolescentes que se encuentran en los centros de protección de la Comunidad de Madrid.

Es éste el punto de partida de este segundo trabajo cuya propuesta se centra, de forma genérica, en determinar el valor predictivo de algunos de los factores que parecen mantener una relación de causalidad con el inicio del consumo de drogas en adolescentes. En este caso, se han tomado en consideración exclusivamente variables de carácter psicosocial, por ser éstas las que han mostrado una mayor relevancia predictiva y, además, por ser posiblemente las que mejor puedan ser manejadas desde el ámbito de la prevención y de la salud.

En los siguientes apartados, se presentan de forma detallada tanto los objetivos perseguidos como aquellos datos referentes a la metodología y diseño utilizados en el presente estudio.

3.1 OBJETIVOS

El presente estudio tiene cuatro objetivos básicos:

1. Determinar la forma en la que se asocian los consumos de las diferentes sustancias consideradas (tabaco, alcohol, cánnabis, cocaína, anfetaminas, alucinógenos, inhalantes, drogas de síntesis y heroína), aislando aquellos grupos cuyo uso tiende a presentarse de un modo conjunto en la población de menores de 12 a 17 años acogidos en la Red de Protección de la Comunidad de Madrid.
2. Evaluar la asociación entre los distintos conjuntos de variables tanto individuales (psicológicas) como de socialización (escolares, sociales y relacionadas con la influencia del grupo de iguales y del centro de protección) y cada uno de los grupos de sustancias de consumo obtenidos, determinando si las primeras pueden ser consideradas como importantes correlatos de la implicación de los menores en el consumo diferencial de las mismas.
3. Determinar la capacidad predictiva de cada una de las variables consideradas, estimando el peso específico de cada una de ellas en cada uno de los grupos de sustancias de consumo, en el intento de establecer un perfil específico, un conjunto de factores especialmente asociados a cada uno de los grupos de drogas más consumidas por los adolescentes.
4. Presentar, para cada uno de los grupos de sustancias más consumidas, distintos modelos de riesgo y protección en función del valor predictivo del consumo o de la abstinencia obtenido por cada una de las variables de estudio, que sirvan como base para idear programas preventivos que se ajusten a la realidad del consumo de estos menores y a aquellos aspectos que favorecen o, por el contrario, inhiben su implicación en el mismo.

3.2 HIPÓTESIS

En primer lugar, con respecto a la forma en la que se presentan las sustancias de consumo tal y cómo son utilizadas por los jóvenes que realizan un uso en el último mes de las mismas, se propusieron las siguientes hipótesis:

HIPÓTESIS 1: Se presentará un patrón típico en el que el uso de cada una de las sustancias de análisis no aparecerá de forma aislada sino conjuntamente con otras, señalando tendencias más cercanas al policonsumo que al consumo único y exclusivo de cualquiera de las drogas de estudio.

HIPÓTESIS 2: Las sustancias de consumo aparecerán agrupadas en función de la mayor prevalencia de las mismas, obteniéndose, así, un grupo conformado por alcohol, tabaco y cánnabis y un segundo grupo formado por el resto de las sustancias y que integran la última etapa de involucración de los menores en el consumo de drogas (cocaína, drogas de síntesis, anfetaminas, alucinógenos e inhalantes).

En segundo lugar, teniendo en consideración los datos empíricos presentados en la parte de conceptualización que avalan la relación entre diversas variables de carácter psicosocial y el consumo de sustancias en menores además del valor probado en repetidas ocasiones de muchas de ellas para predecir el inicio en el consumo, se plantearon las siguientes hipótesis de trabajo:

Variables psicológicas y emocionales

HIPÓTESIS 3: El autoconcepto, la empatía, la depresión y la ansiedad son pronosticadores significativos del consumo de drogas legales e ilegales.

HIPÓTESIS 4: La impulsividad, el afán de aventuras y la búsqueda de emociones, entendidas como características de la personalidad, son pronosticadores significativos del consumo de drogas.

HIPÓTESIS 5: La conducta antisocial, la ira y la agresión en la adolescencia son pronosticadores significativos del consumo de drogas.

HIPÓTESIS 6: La religión es un pronosticador significativo del consumo de drogas legales e ilegales, en el sentido de que la práctica religiosa predice un menor uso de las mismas.

HIPÓTESIS 7: Las relaciones y el vínculo paterno filial son pronosticadores significativos del consumo de drogas.

Variables relacionadas con el Centro de Protección

HIPÓTESIS 8: La integración del adolescente en el centro de protección es un pronosticador significativo del consumo de drogas legales e ilegales.

HIPÓTESIS 9: La existencia de normas explícitas en el centro respecto a no consumo de drogas es un pronosticador significativo de este.

HIPÓTESIS 10: La calidad percibida de la relación o conexión educador-menor es un pronosticador significativo del consumo de drogas.

VARIABLES RELACIONADAS CON LA DISPONIBILIDAD DE LAS DROGAS Y PERCEPCIÓN DEL RIESGO DE CONSUMO DE LAS MISMAS

HIPÓTESIS 11: la disponibilidad y el riesgo percibido de drogas legales e ilegales son pronosticadores significativos del uso de drogas de comercio legal e ilegal.

VARIABLES RELACIONADAS CON LA INFLUENCIA DEL GRUPO DE IGUALES

HIPÓTESIS 12: el asociarse con amigos consumidores es un pronosticador significativo del consumo de drogas.

HIPÓTESIS 13: el tipo de actividades realizadas es un pronosticador significativo del consumo de drogas.

HIPÓTESIS 14: ser presionado por el grupo para consumir drogas es un pronosticador significativo, en el sentido de que predice un mayor consumo de drogas.

VARIABLES RELACIONADAS CON EL ÁMBITO ESCOLAR

HIPÓTESIS 15: El absentismo escolar es un pronosticador significativo del consumo de drogas, en el sentido de que faltar a clase sin motivo justificado predice un mayor consumo de sustancias de comercio legal e ilegal.

HIPÓTESIS 16: La valoración personal como estudiante es un pronosticador significativo del consumo de drogas, en el sentido de que una positiva consideración de sí mismo como estudiante predice un menor uso de sustancias de comercio legal e ilegal.

3.3 MÉTODO

3.3.1 Población

La población final de estudio estuvo compuesta por 340 adolescentes de ambos sexos (59,1% hombres y 40,9% mujeres) con edades comprendidas entre los 12 y los 17 años (edad media de 14,89 y desv. típ. de 1,48), pertenecientes a diversos Centros de la Red de Protección de Menores de la Comunidad de Madrid. El total de los participantes fue extraído de un total de 45 centros tanto de gestión pública como privada.

Estos 45 centros fueron los resultantes de la eliminación por diversos motivos de siete de los 52 centros con los que se mantuvo contacto y que reunían a la totalidad de la población adolescente de 12 a 17 años perteneciente a dicha Red de Protección de la Comunidad de Madrid, objeto del presente estudio.

Todos los sujetos participaron de forma voluntaria en el desarrollo de la prueba y eran conocedores de que ésta formaba parte de una investigación realizada desde la Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid.

Para resolver cualquier duda al respecto del proceso de selección de los centros incluidos en la investigación o de la población objeto de estudio, consultar el punto 3.3.1, denominado Población, en el que se exponen con todo detalle los datos referentes a las caracterización de la muestra utilizada.

3.3.2 Diseño

Este segundo estudio, de corte transversal, responde a un diseño prospectivo, ya que en el momento de realizar el estudio parte de los componentes de la muestra seleccionada eran ya consumidores habituales de sustancias.

Además, en este caso, por la naturaleza de los análisis llevados a cabo se ajustó a un diseño correlacional en el que se estimó, por una parte, las relaciones que guardaban entre sí distintas variables de consumo y, por otra, la capacidad de predicción a la hora de pronosticar el inicio en el mismo de distintas variables asociadas al consumo de drogas en los adolescentes.

3.3.3 Instrumentos

Para el presente estudio se utilizó, por un lado, la primera parte con formato de encuesta del instrumento de evaluación comentado detalladamente en el punto 1.3.2., denominado *Elaboración del Instrumento de Evaluación* de la presente tesis doctoral, y que hace referencia al análisis de distintas variables psicológicas y de socialización (relacionadas con la influencia del grupo de iguales y con el centro de protección, relativas a la disponibilidad de la droga y la percepción de riesgo y relacionadas con el ámbito escolar).

Por otra, se seleccionaron aquellos ítems más discriminativos procedentes de ocho escalas de evaluación psicológica, Cuestionario de Evaluación del Autoconcepto (AC), el Inventario de Depresión Infantil (CDI), el Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo para niños (STAI-C), la Escala de impulsividad, afán de aventura y empatía (IVE-J), la Escala de conducta antisocial (ASB), la Escala de búsqueda de sensaciones para niños y adolescentes (EBS-J), el Cuestionario de Agresión (AQ) y el Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo (STAXI-2); obteniendo un cuestionario de evaluación psicológica con un total de 62 ítems que pasó a formar parte del instrumento de evaluación y que se puede consultar en el Anexo I.

3.3.4 Variables de estudio

VARIABLES A PREDECIR

En este estudio se utilizaron dos variables o factores, fruto de la agrupación de las sustancias consideradas en función de la frecuencia de consumo de las mismas (llevado a cabo por los menores encuestados durante el mes previo a la realización de la encuesta) que sirvieron como criterios o variables dependientes.

A continuación, se presentan cada una de ellas según se obtuvieron a través del Análisis Factorial realizado como primer paso para el desarrollo del presente trabajo, y que se presenta de forma pormenorizada en el apartado de resultados:

1. Drogas ilegales e inhalantes. Es el grupo formado por aquellas sustancias que saturaron en un primer factor explicativo denominado así porque en él resultaron incluidas todas aquellas drogas de comercio ilegal consideradas en el presente estudio: la cocaína, las drogas de síntesis, las anfetaminas, los alucinógenos, además de los inhalantes.
2. Drogas legales y cánnabis. Es el grupo conformado por aquellas sustancias que saturaron en un segundo factor denominado de esta forma porque en él aparecieron incluidas la totalidad de las drogas de comercio legal (tabaco, cerveza, vino y combinados), consideradas en el estudio, además del cánnabis.

VARIABLES PREDICTORAS

En conjunto, se consideraron un amplio abanico de variables que se evaluaron a través de los ítems integrados en el formato de encuesta y a través del cuestionario de evaluación psicológica.

A continuación, se presenta el listado de todas ellas agrupadas en función de los factores globales a los que hacen referencia (Tablas 37 a 41).

Tabla 37. Variables relacionadas con el Centro de Protección

- Valoración global del centro
- Valoración del centro en el área intelectual, física, artística y afectiva
- Relación con los compañeros del centro
- Relación con los educadores/adultos del centro
- Búsqueda de apoyo escolar de los educadores/adultos del centro
- Búsqueda de apoyo afectivo de los educadores/ adultos del centro
- Cercanía en la relación con los educadores/adultos del centro
- Uso de elogios o alabanzas por parte de los educadores/adultos del centro
- Grado de sinceridad y confianza con los educadores/adultos del centro
- Existencia de normas explícitas en el centro con respecto a cumplir horarios
- Existencia de normas explícitas relativas a la colaboración del menor en tareas en el centro
- Existencia de normas explícitas en el centro con respecto al no consumo de drogas
- Existencia de normas explícitas en el centro relativas a la realización de las tareas escolares
- Integración en el centro (residencia, piso, PVI) en el barrio
- Frecuencia con la se dan actos delictivos o venta de drogas en el centro
- Frecuencia con la se dan peleas en el centro de protección
- Frecuencia con la aparecen pintadas en el centro de protección

Tabla 38. Variables Psicológicas y Emocionales

- Autoconcepto-autoestima (AC)
- Depresión (CDI)
- Ansiedad (STAI-C)
- Impulsividad (IVE-J)
- Empatía (IVE-J)
- Afán de aventura (IVE-J)
- Conducta antisocial (ASB)
- Agresión (AQ)
- Ira (STAXI-2)
- Vandalismo
- Implicación del joven en la práctica de la religión
- Frecuencia con la que el menor tiene contacto con su familia
- Valoración de la relación que el menor tienen con su familia

Tabla 39. Variables relacionadas con la disponibilidad de las drogas y percepción del riesgo

- Grado de dificultad para conseguir cerveza, vino, licores
- Grado de dificultad para conseguir tabaco
- Grado de dificultad para conseguir cannabis
- Grado de dificultad para conseguir cocaína
- Grado de dificultad para conseguir anfetaminas
- Grado de dificultad para conseguir alucinógenos
- Grado de dificultad para conseguir inhalantes
- Grado de dificultad para conseguir drogas de síntesis
- Grado de dificultad para conseguir heroína
- Riesgo percibido para la salud en las personas que consumen tabaco
- Riesgo percibido para la salud en las personas que consumen alcohol
- Riesgo percibido para la salud en las personas que consumen cánnabis
- Riesgo percibido para la salud en las personas que consumen cocaína
- Riesgo percibido para la salud en las personas que consumen inhalantes
- Riesgo percibido para la salud en las personas que consumen alucinógenos

Tabla 40. Variables relacionadas con la influencia del grupo de iguales

CONSUMO DE DROGAS EN AMIGOS

- Consumo de tabaco en los amigos
- Consumo de alcohol en los amigos
- Consumo de cannabis en los amigos
- Consumo de cocaína en los amigos
- Consumo de anfetaminas en los amigos
- Consumo de alucinógenos en los amigos
- Consumo de inhalantes en los amigos
- Consumo de drogas de síntesis en los amigos
- Presión del grupo hacia el consumo

NATURALEZA DE LA RELACIÓN

- Tipo de relación con los amigos
- Frecuencia con la que el adolescente ve a sus amigos
- Frecuencia con la que el adolescente acude a pubs, bares, discotecas con los amigos
- Frecuencia con la que el adolescente está en la calle, parques con los amigos
- Frecuencia con la que el adolescente acude al cine con los amigos
- Frecuencia con la que el adolescente practica deportes con los amigos
- Frecuencia con la que el adolescente acude a conciertos con los amigos
- Frecuencia con la que el adolescente acude a casa de algún amigo
- Frecuencia con la que el adolescente participa en una asociación con los amigos
- Frecuencia con la que el adolescente realiza excursiones con los amigos
- Frecuencia con la que el adolescente ve la televisión en su tiempo libre
- Frecuencia con la que el adolescente escucha música en su tiempo libre
- Frecuencia con la que el adolescente lee libros o novelas en su tiempo libre
- Frecuencia con la que el adolescente lee tebeos o cómics en su tiempo libre
- Frecuencia con la que el adolescente asiste a espectáculos deportivos en su tiempo libre
- Frecuencia con la que el adolescente utiliza internet en su tiempo libre
- Frecuencia con la que el adolescente dibuja, hace colecciones en su tiempo libre

Tabla 41. Variables escolares

- Consideración como estudiante
- Valoración del Centro en el área intelectual
- Valoración del Centro en el área física
- Valoración del Centro en el área artística
- Valoración del Centro en el área afectiva
- Faltar a clase sin motivo justificado
- Relación con los profesores
- Relación con los compañeros

3.4 ANÁLISIS DE DATOS

Se llevaron a cabo diversos análisis estadísticos en fases consecutivas en función de los objetivos de investigación propuestos empleando el paquete estadístico SPSS 12 (2003). A continuación, se presentan en el orden en el que fueron realizados y su correspondencia con los objetivos generales propuestos.

En primer lugar, se llevó a cabo un análisis factorial de las sustancias de consumo. El objetivo fue, además de intentar reducir el número de variables de estudio de una forma empírica, llegar a identificar un número de factores, inferior al número de variables con las que se contaba, mediante los que se pudiera describir de manera simplificada la forma real en la que se agrupan las sustancias de consumo tal y como son utilizadas por los menores con un uso reciente de las mismas (realizado en el último mes). En este caso, se utilizó el método de rotación Varimax (Kaiser, 1958) que tiende a minimizar el número de variables que tienen saturaciones altas en un factor facilitando la interpretación de los resultados y el manejo de los mismos para los análisis posteriores.

En segundo lugar, en relación al segundo de los objetivos de investigación propuestos y como paso previo al análisis de regresión, se llevó a cabo un análisis de las correlaciones para, por una parte, comprobar si existían altas interrelaciones entre las variables predictoras y el consumo de los dos tipos de drogas obtenidos en el paso anterior, con la finalidad de detectar, en el caso de que existieran, una situación de multicolinealidad que podría afectar a los resultados y a las estimaciones posteriores. Y por otra, clarificar la importancia de los distintos grupos de variables considerados (psicológicos, escolares, sociales y relacionadas con la influencia del grupo de iguales y del centro de protección) y conocer aquellas variables que, dentro de cada grupo, tuvieran una vinculación mayor con el consumo de drogas.

En tercer lugar, se realizaron diversos análisis de regresión para determinar en qué medida las variables psicosociales consideradas podían explicar la implicación de los menores en el consumo de drogas y señalar aquellas con una mayor capacidad predictiva del fenómeno. En todos los casos, se utilizó el análisis de regresión múltiple a través del método *stepwise* (por pasos) puesto que permite detectar la contribución tanto de cada uno de los conjuntos de variables como de cada una de las variables de forma específica, iniciando un proceso de selección de variables "paso a paso" en el que en cada uno de ellos se introduce una nueva variable en la ecuación de regresión, finalizando éste cuando no queda ninguna fuera de la misma que satisfaga el criterio de selección ni tampoco dentro de la ecuación que satisfaga el criterio de eliminación.

3.5 RESULTADOS

Se presentan a continuación los resultados obtenidos tras realizar los análisis estadísticos comentados con anterioridad. Con el objetivo de facilitar su presentación y posterior lectura, se han propuesto dos apartados diferenciados que responden también a la secuencia temporal en la que fueron llevados a cabo.

En primer lugar, se exponen los datos resultantes del análisis factorial realizado con el total de las sustancias de consumo consideradas en este estudio y, en segundo lugar, se presentan los resultados de los análisis de regresión aplicados para la predicción del consumo en función de distintas variables de carácter psicosocial.

3.5.1 Análisis factorial de las sustancias de consumo

Es éste el primero de los pasos llevados a cabo en el presente estudio con un doble objetivo.

En primer lugar, determinar el modo en el que se agrupan las sustancias de consumo consideradas (alcohol, tabaco, cánnabis, cocaína, anfetaminas, alucinógenos, inhalantes, drogas de síntesis y heroína) en función del consumo en el último mes de las mismas. Para ello, a pesar de que existen modelos teóricos que podrían responder a los fines perseguidos (Elliot, Huizinga y Ageton, 1985; Kandel, 1975), se optó por realizar una prueba estadística que lograra exponer de una forma empírica el patrón tipo de las agrupaciones de las distintas drogas, tal y como los adolescentes las utilizan de forma habitual, que estaría más cercano al policonsumo que al consumo exclusivo de cualquiera de las sustancias de análisis.

En segundo lugar, puesto que se partía de un considerable número de drogas estimadas, lograr, en la medida de lo posible, una reducción justificada de las mismas que se aproximara a la realidad de la muestra de estudio y supusiera una pérdida mínima de información y, finalmente, facilitara su uso para la predicción del consumo realizada con posterioridad.

Considerando los aspectos comentados, los resultados obtenidos referentes a la estructura subyacente al conjunto de drogas consideradas en función del consumo en el último mes de las mismas se presentan en la Tabla 42.

Tabla 42. Matriz factorial rotada (VARIMAX) de todas las sustancias de consumo en función del consumo en los últimos 30 días de las mismas

	FACTOR 1 (Drogas ilegales e inhalantes)	FACTOR 2 (Drogas legales y cánnabis)
Tabaco	-	0,796
Cerveza	-	0,599
Vino	-	0,459
Combinados	-	0,783
Cannabis	-	0,774
Cocaína	0,552	-
Anfetaminas	0,862	-
Alucinógenos	0,806	-
Inhalantes	0,597	-
Drogas de síntesis	0,529	-

Nota: los pesos factoriales < 0,35 se han omitido para facilitar la comprensión de la tabla

En conjunto, se extrajeron dos factores con *eigenvalues* superiores a la unidad que explicaron conjuntamente el 55,1% de la varianza total. De forma específica, el primero de ellos, es el que explica el mayor porcentaje de la variabilidad (concretamente el 41.4%).

Así pues, tal y como planteaba la primera de las hipótesis de trabajo (H1), este primer factor, denominado *Drogas Ilegales e Inhalantes* estuvo conformado por anfetaminas, alucinógenos, inhalantes, cocaína y drogas de síntesis. En este caso, los resultados reflejarían el fenómeno de escalada en el consumo señalado por otros autores (Kandel, 1975, 1980), estableciéndose como una etapa entre la iniciación y la experimentación en el uso de sustancias y otras que señalan, en la mayor parte de los casos, la consolidación y el mantenimiento de patrones de uso y abuso más problemáticos y cercanos a la adicción.

El segundo factor, denominado *Drogas legales y cánnabis*, agrupa a sustancias como el alcohol en sus diversas formas (cerveza, combinados y vino), el tabaco y el cánnabis.

Estos resultados señalan la existencia de un patrón de policonsumo conformado por todas aquellas sustancias de comercio legal entre sí y entre éstas y el cánnabis, lo que confirma la difusión generalizada de ésta última sustancia entre los consumidores de alcohol y tabaco, hecho que, como puede observarse, también se constata en el caso de las drogas ilegales e inhalantes y que vendría a confirmar lo planteado en la segunda hipótesis de trabajo (H2).

Hay que tener en cuenta que al no haber consumidores de heroína, esta sustancia no se incluyó en el análisis factorial.

3.5.2 Predicción del consumo de drogas

En este apartado se presentan los resultados obtenidos de los distintos análisis de regresión realizados para determinar el valor predictivo de diversas variables psicosociales tanto individuales como escolares o relacionadas con el grupo de amigos y el centro de protección para el consumo de drogas legales e ilegales de los adolescentes de la muestra analizada.

Análisis de regresión: predicción del consumo de drogas

A continuación, se presentan los resultados obtenidos de los diversos análisis de regresión realizados con el objetivo de detectar los mejores pronosticadores del consumo de drogas. Debido al gran número de variables con las que se contaba en cada caso, se optó por realizar para cada una de las sustancias de consumo:

En primer lugar, un análisis de regresión por pasos con todas las variables integrantes de cada uno de los subgrupos que constituían los grandes bloques de variables pronosticadoras (psicológicas, del centro de protección, educativas, relacionadas con el grupo de iguales, con la disponibilidad y percepción del riesgo y escolares).

De todos ellos, en el intento de facilitar la exposición de la gran cantidad de datos resultantes, fueron seleccionados los modelos obtenidos que resultaron ser estadísticamente significativos y que explicaban un mayor porcentaje de la varianza del criterio (para ello, se consideraron dos índices, el coeficiente de determinación (R^2) y el coeficiente ajustado de determinación (R^2 ajustado), así como los estadísticos indicativos del ajuste de las ecuaciones a los datos y la significación estadística de los mismos.

Así pues, en un primer paso, se expone un resumen de los modelos resultantes (denominados parciales) presentando para cada uno de los casos: el coeficiente de determinación (R^2) que explica la proporción de la variabilidad del criterio (consumo de drogas) explicada por las variables pronosticadoras; el coeficiente ajustado de determinación (R^2 ajustado) que corrige las sobrestimaciones del ajuste a los modelos producto de la inclusión de nuevas variables, incrementándose sólo en el caso de que éstas supongan un mejor ajuste de los datos; el coeficiente β y, finalmente, la significación obtenida por cada modelo que informa del grado en que éste se ajusta a los datos utilizados (F).

En segundo lugar, diversos análisis de regresión con todas aquellas variables incluidas en los modelos de regresión parciales.

En el análisis final se incluyeron conjuntamente, para cada tipo de droga, las variables psicológicas del centro de protección, relacionadas con el grupo de iguales, con la disponibilidad y percepción del riesgo y escolares seleccionadas.

En este caso, por tratarse de los modelos integradores de todas las variables de estudio, se exponen las distintas variables pronóstico que compusieron cada una de las ecuaciones de regresión calculadas, los coeficientes β obtenidos para cada una de ellas, los estadísticos indicativos del ajuste de las ecuaciones a los datos así como su significación estadística.

3.5.2.1 Predicción del consumo de drogas legales y cánnabis

a) Predicción del consumo en función de las variables psicológicas y emocionales

En la Tabla 43 se recogen los modelos resultantes de los análisis de regresión realizados para identificar los mejores pronosticadores de carácter psicológico del consumo de drogas legales y cánnabis.

De todas las variables psicológicas incluidas en la revisión, sólo seis de ellas resultaron ser pronosticadores significativos del consumo de alcohol, tabaco y cánnabis: la búsqueda de emociones, la práctica de la religión que se profesa, la presencia de comportamientos destructivos o vandálicos en pubs o en concentraciones deportivas, la empatía y el mantener un contacto regular con la familia llegando ambos factores a explicar el 19% de la varianza del uso de las mismas.

Tabla 43. Predicción del consumo de drogas legales y cannabis en función de variables psicológicas y emocionales

Pasos	Modelos de Regresión	β	R2	R2 Ajust	Cambio en R2	F del cambio	F
VARIABLES PSICOLÓGICAS Y EMOCIONALES							
1-6	Búsqueda de emociones	0,31	0,09	0,09	0,09	36,14***	36,14***
	Destrucción de mobiliario en pubs	0,36	0,14	0,13	0,04	17,15***	27,51***

Pasos	Modelos de Regresión	β	R2	R2 Ajust	Cambio en R2	F del cambio	F
	<i>Práctica religiosa</i>	-0,95	0,16	0,16	0,02	10,80***	22,48***
	<i>Dstrucción de mobiliario en concentraciones deportivas</i>	0,22	0,18	0,17	0,01	6,10**	18,64***
	<i>Empatía</i>	-0,1	0,19	0,18	0,01	4,80*	16,04***
	<i>Contacto con la familia</i>	-0,07	0,20	0,19	0,01	4,08*	14,17***

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

Este modelo psicológico fue el que mostró ser el mejor predictor del uso de drogas legales y cánnabis al presentar coeficientes de determinación más elevados ($R^2=0.20$ y R^2 Ajustado=0.19) que los referidos a otras variables relacionadas con el autoconcepto, ansiedad, depresión o agresión. En todo caso, si se consideran cada una de las variables psicológicas estimadas, es la búsqueda de emociones la que obtiene un mayor valor predictivo puesto que explica, por sí sola, el 9% de la variabilidad encontrada en el uso de drogas legales y cánnabis.

De igual forma, es interesante observar cómo en este caso, dentro del grupo de variables relacionadas con el comportamiento antisocial, el realizar actos destructivos en lugares públicos como son los pubs, bares o discotecas es una variable que, en segundo lugar, añade también información significativa al modelo, aunque en mucha menor proporción ($R^2=0.04$).

En conjunto, el signo positivo de los coeficientes β de las variables búsqueda de emociones y comportamientos destructivos como factores de la personalidad y comportamentales, indicaría el valor de cualquiera de estos indicadores de carácter psicológico para el pronóstico de un mayor uso de sustancias legales y cánnabis.

Por el contrario, el signo negativo de la empatía, la práctica religiosa y el contacto habitual con la familia señalaría que aquellos jóvenes con mayores puntuaciones en estos factores psicológicos/emocionales harían un menor uso del alcohol, tabaco y cánnabis.

b) Predicción Del Consumo En Función De Las Variables Relacionadas Con El Centro De Protección

De todas las variables relacionadas con el centro de protección incluidas en la revisión resultaron ser pronosticadores significativos del consumo de alcohol,

tabaco y cánnabis: la valoración positiva del centro en el área afectiva por parte del menor, la integración del centro dentro del barrio, el sentimiento de cercanía emocional del joven y el poder acudir a buscar apoyo instrumental para la solución de sus problemas a los educadores o los adultos con los que se relaciona dentro de él y la estrecha relación con sus compañeros del centro; llegando todos estos factores a explicar el 8,2% de la varianza del uso de drogas legales y cánnabis (Tabla 44).

Tabla 44. Predicción del consumo de drogas legales y cánnabis en función de variables del centro de protección

Pasos	Modelos de Regresión	β	R2	R2 Ajust	Cambio en R2	F del cambio	F
-------	----------------------	---------	----	----------	--------------	--------------	---

VARIABLES RELACIONAS CON EL CENTRO DE PROTECCION

5	<i>Valoración afectiva positiva</i>	-0,14	0,03	0,03	0,03	12,56* **	12,14* **
	<i>Estrecha relación con compañeros del centro</i>	0,15	0,05	0,04	0,01	6,23**	9,04** *
	<i>Búsqueda de apoyo instrumental en adultos</i>	-0,07	0,07	0,06	0,01	6,93** *	8,19** *
	<i>Sentimiento de integración del centro en el barrio</i>	0,09	0,08	0,07	0,01	3,88*	7,04** *
	<i>Cercanía afectiva con adultos/profesionales</i>	-0,09	0,09	0,08	0,01	4,59*	6,47** *

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

Este modelo fue el que mostró ser el mejor predictor del uso de drogas legales y cánnabis al presentar coeficientes de determinación más elevados ($R^2=0.09$ y R^2 Ajustado=0.08). En todo caso, si se consideran cada una de las variables estimadas, es la valoración positiva del centro de protección en el área afectiva la que obtiene un mayor valor predictivo puesto que explica, por sí sola, el 3% de la variabilidad encontrada en el uso de drogas legales y cánnabis.

En conjunto, el signo negativo de los coeficientes β de las variables relativas a la valoración positiva del centro en el área afectiva por parte del menor, la búsqueda

de apoyo instrumental en los profesionales o adultos con los que se relaciona en el centro y el sentirse muy cercano afectivamente a ellos, indicaría el valor de cualquiera de estos indicadores para el pronóstico de un menor uso de sustancias legales y cánnabis.

Sin embargo, el mantener una muy buena relación con los compañeros y el hecho de que el menor se sienta integrado en el barrio donde está su centro no tendría el efecto deseado, al estar más relacionadas empíricamente con un mayor consumo de estas sustancias.

c) Predicción del consumo en función de las variables relacionadas con la disponibilidad de la droga y la percepción de riesgo

De todas las variables relacionadas con la disponibilidad de las drogas y la percepción del riesgo derivado del consumo de las mismas sólo resultaron ser pronosticadores significativos: la disponibilidad para conseguir cánnabis y cerveza, así como la percepción por parte del adolescente de un escaso riesgo para la salud derivado del consumo de cánnabis, cocaína y alucinógenos llegando todos estos factores a explicar el 20% de la varianza del uso de las mismas (Tabla 45).

Este modelo fue el que mostró ser el mejor predictor del uso de drogas legales y cánnabis al presentar coeficientes de determinación más elevados ($R^2=0.22$ y R^2 Ajustado= 0.20) que los referidos a aquellas otras variables relacionadas con la disponibilidad de las sustancias o el riesgo percibido derivado de su consumo. En todo caso, si se consideran cada una de las variables estimadas, es un fácil acceso a sustancias como el cánnabis la que obtiene un mayor valor predictivo puesto que explica, por sí sola, el 14% de la variabilidad encontrada en el uso de drogas legales y cánnabis.

Tabla 45. Predicción del consumo de drogas legales y cannabis en función de la disponibilidad y percepción del consumo

Pasos	Modelos de Regresión	β	R ²	R ² Ajust	Cambio en R ²	F del cambio	F
-------	----------------------	---------	----------------	----------------------	--------------------------	--------------	---

VARIABLES RELACIONADAS CON LA DISPONIBILIDAD Y PERCEPCIÓN DE RIESGO

1-5	Disponibilidad de cánnabis	0,26	0,14	0,14	0,14	55,97***	55,97***
	Disponibilidad de cerveza	0,16	0,17	0,16	0,02	9,67*	35,54***
	Riesgo percibido uso cánnabis	-0,16	0,18	0,17	0,01	5,04*	24,31***
	Riesgo percibido uso cocaína	0,28	0,20	0,19	0,02	9,64*	21,11***
	Riesgo percibido uso alucinógenos	-0,18	0,22	0,20	0,01	5,79*	18,29***

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

En conjunto, el signo positivo de los coeficientes β en el caso del fácil acceso del joven a sustancias como la cerveza y el cánnabis, junto a una menor percepción de riesgo derivado del consumo de cocaína, indicaría el pronóstico de un mayor uso de sustancias legales y cánnabis. Sin embargo, el signo negativo de la percepción de un mayor riesgo para la salud derivado del uso/abuso de cánnabis y alucinógenos indicaría una menor tendencia en dicho consumo.

d) Predicción del consumo en función de las variables relacionadas con la influencia del grupo de iguales

De todas las variables relacionadas con la influencia del grupo de iguales en el uso/abuso de tabaco, alcohol y cánnabis, resultaron ser pronosticadores significativos: el consumo de tabaco, cánnabis y alcohol por parte de los amigos, la presión de los amigos hacia fumar o beber, ir a pubs, bares y discotecas y participar en asociaciones o grupos reglados como actividades preferentes de ocio y, finalmente, el escuchar música, dibujar o leer tebeos en el tiempo libre (Tabla 46). Estas variables llegaron a explicar el 45% de la varianza del uso de las mismas.

Tabla 46. Predicción del consumo de drogas legales y cánnabis en función de las variables relacionadas con la influencia del grupo de iguales

Pasos	Modelos de Regresión	β	R2	R2 Ajust	Cambio en R2	F del Cambio	F
-------	----------------------	---------	----	----------	--------------	--------------	---

VARIABLES RELACIONADAS CON LA INFLUENCIA DEL GRUPO DE IGUALES

1-10	<i>Consumo de tabaco en amigos</i>	0,08	0,25	0,25	0,25	113,71***	113,71***
	<i>Ir a pubs, bares o discotecas</i>	0,16	0,33	0,32	0,08	40,58***	83,82***
	<i>Presión grupal para fumar</i>	0,18	0,38	0,37	0,04	26,03***	26,03***
	<i>Escuchar música en tiempo libre</i>	-0,09	0,40	0,39	0,02	12,44***	12,44***
	<i>Dibujar en tiempo libre</i>	-0,05	0,42	0,41	0,02	11,34***	11,34***
	<i>Consumo cánnabis en amigos</i>	0,08	0,43	0,42	0,01	5,69**	5,69**
	<i>Consumo de alcohol en amigos</i>	0,15	0,45	0,43	0,01	10,26***	10,26***
	<i>Presión grupal para beber</i>	0,08	0,45	0,44	0,01	5,98**	5,98**
	<i>Pertenecer a asociaciones o grupos reglados</i>	0,04	0,46	0,45	0,01	4,32*	4,32*
	<i>Leer tebeos en tiempo libre</i>	-0,04	0,47	0,45	0,01	3,94*	3,94*

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

Este modelo fue el que mostró ser el mejor predictor del uso de drogas legales y cánnabis al presentar coeficientes de determinación más elevados ($R^2=0.47$ y R^2 Ajustado=0.45). Si se consideran cada una de las variables estimadas, son el uso

de tabaco por parte de los amigos y el salir frecuentemente a pubs, bares y discotecas para pasar el tiempo libre con el grupo de pares, las que obtienen un mayor valor predictivo puesto que explican, por sí solas, el 32% de la variabilidad encontrada en el uso de drogas legales y cánnabis.

En conjunto, a través de los signos positivos y negativos de los coeficientes, observamos que el consumo de los amigos de las mismas sustancias psicoactivas que el joven junto con la ocupación frecuente del tiempo libre en bares, pubs y/o discotecas (lugares de consumo) y la presión grupal hacia beber o fumar incrementaría el riesgo o la presencia de un mayor consumo de tabaco, alcohol y cánnabis en los menores; mientras que dedicar el tiempo de ocio a otras actividades, como leer tebeos, dibujar o escuchar música estarían más relacionadas con un menor consumo de las mismas.

e) Predicción del consumo en función de las variables escolares/talleres formativos

De todas las variables relacionadas con la influencia del entorno educativo en el consumo de tabaco, alcohol y cánnabis, resultaron ser pronosticadores significativos: faltar a clase sin motivo justificado, la valoración positiva de la educación que recibe en su centro escolar en el área artística, una alta autovaloración del menor como estudiante y la existencia de buenas relaciones con los compañeros.

Estas variables llegaron a explicar el 12% de la varianza del uso de las mismas (Tabla 47).

Este modelo fue el que mostró ser el mejor predictor del uso de drogas legales y cánnabis al presentar coeficientes de determinación más elevados ($R^2=0.13$ y R^2 Ajustado=0.12) que los referidos a aquellas otras variables relacionadas con el entorno educativo del menor. En todo caso, si se consideran cada una de las variables estimadas, la variable faltar a clase sin motivo justificado es la que obtiene un mayor valor predictivo puesto que explica, por sí sola, el 8% de la variabilidad encontrada en el uso de drogas legales (tabaco y alcohol) y cánnabis.

Tabla 47. Predicción del consumo de drogas legales y cannabis en función de las variables escolares/talleres formativos

Pasos	Modelos de Regresión	β	R2	R2 Ajust	Cambio en R2	F del Cambio	F
VARIABLES RELACIONADAS CON EL ÁMBITO EDUCATIVO							
1-4	<i>Faltar a clase</i>	0,23	0,76	0,07	0,08	26,62***	26,62***
	<i>Valoración de la enseñanza artística</i>	-0,16	0,11	0,10	0,03	10,70**	19,06***
	<i>Valoración como estudiante</i>	-0,15	0,12	0,11	0,01	4,42*	14,31***
	<i>Relación con los compañeros de clase</i>	0,12	0,13	0,12	0,01	4,10*	11,86***

$p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

En conjunto, a través de los signos positivos y negativos de los coeficientes, podemos observar que faltar a clase sin motivo justificado es un factor de riesgo asociado a un mayor consumo de estas sustancias, mientras que una valoración positiva del menor en cuanto a su rendimiento como estudiante y al área artística del centro escolar se ven asociadas a un menor consumo de las mismas.

Una vez realizados los análisis de regresión que acaban de presentarse, se pasó a aplicar este mismo estadístico para la predicción final del consumo de drogas legales y cánnabis, tomando en consideración todas aquellas variables incluidas en los modelos parciales que demostraron ser pronosticadores significativos del uso del tabaco, del alcohol y del cannabis. Así pues, la Tabla 48 presenta las distintas variables predictoras que compusieron cada una de las ecuaciones de regresión calculadas, los coeficientes β obtenidos por cada una de ellas y los estadísticos indicativos del ajuste de las ecuaciones a los datos así como su significación estadística.

Tabla 48. Predicción del consumo de drogas legales y cánnabis en función de las variables psicológicas y emocionales, las relacionadas con el centro de protección, disponibilidad y riesgo percibido, la influencia del grupo de iguales y escolares

Pasos	Modelos de Regresión	B	R ²	R ² Ajust	Cambio en R ²	F del Cambio	F
14	<i>Consumo de tabaco en amigos</i>	0,72	0,24	0,24	0,24	105,88***	105,88***
	<i>Ir a pubs, bares y discotecas</i>	0,15	0,32	0,31	0,07	35,51***	76,35***
	<i>Presión de amigos para fumar</i>	0,20	0,37	0,36	0,04	24,76***	62,91***
	<i>Búsqueda de emociones</i>	0,14	0,39	0,38	0,02	13,19***	52,27***
	<i>Escuchar música en tiempo libre</i>	-0,08	0,41	0,40	0,02	11,27**	45,42***
	<i>Dibujar en tiempo libre</i>	-0,05	0,43	0,42	0,01	11,09**	40,89***
	<i>Contacto con la familia</i>	-0,11	0,45	0,43	0,01	8,22**	37,02***
	<i>Consumo de alcohol en amigos</i>	0,13	0,46	0,44	0,01	6,75**	33,83***
	<i>Consumo de cánnabis en amigos</i>	0,07	0,47	0,45	0,01	7,04**	31,43***
	<i>Leer tebeos en tiempo libre</i>	-0,04	0,48	0,46	0,01	5,95**	29,32***
	<i>Práctica religiosa</i>	-0,06	0,49	0,47	0,01	4,66*	27,39***
	<i>Alto riesgo del consumo de cocaína</i>	0,11	0,50	0,48	0,01	6,12**	26,03***
	<i>Participar en asociaciones o grupos reglados</i>	0,05	0,50	0,48	0,01	5,16**	24,75**
	<i>Valoración como estudiante</i>	-0,08	0,51	0,49	0,01	5,15*	23,65***

$p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

De los cinco factores globales de carácter psicosocial estimados resultan ser pronosticadores significativos del uso de alcohol, tabaco y cánnabis, cuatro de ellos. Concretamente, las variables incluidas en el modelo hacen referencia a características psicológicas y emocionales del menor, a la disponibilidad de alguna de las drogas evaluadas, a la influencia del grupo de iguales y a aspectos relacionados con el ámbito educativo y, en su conjunto, llegan a explicar prácticamente el 50% de la variabilidad encontrada en el criterio ($R^2=0.49$).

Al igual que ocurría en los estudios parciales, cada una de las variables tiene un peso diferencial en el modelo final. Si se consideran el total de las variables pronóstico incluidas en él, es posible observar que las que muestran un mayor valor

explicativo para el consumo tienen que ver con que el grupo de iguales también consume las mismas sustancias, concretamente el tabaco (cambio en $R^2=0.24$; F del cambio (1,323)=105.88, $p \leq 0.001$) y que el menor acuda frecuentemente a pubs, bares y discotecas con sus amigos como actividad de ocio principal (cambio en $R^2=0.07$; F del cambio (1,322)=35.51, $p \leq 0.001$).

El análisis de los signos de los coeficientes β obtenidos por cada una de las **variables pronosticadoras** de las ecuaciones de regresión calculadas, ofrece una **información más específica sobre la forma en la que éstas predicen el consumo**. Así pues, el signo positivo de este indicador señalaría que aquellos jóvenes que se caracterizan por: (a) tener amigos consumidores de tabaco, alcohol y cánnabis; (b) ir a pubs, bares y discotecas de forma frecuente como actividad de ocio con los pares; (c) ser presionados por su grupo de iguales para fumar; d) obtener altas puntuaciones en búsqueda de emociones como característica de la personalidad; e) percibir un elevado riesgo para la salud en aquellas personas que consumen habitualmente cocaína y, f) participar en asociaciones y/o grupos reglados, tendrían mayores probabilidades de iniciarse y mantenerse en el uso de alcohol, tabaco y cánnabis.

Por el contrario, aquellos otros que: (a) escuchan música, leen tebeos y dibujan frecuentemente para ocupar su tiempo libre; (b) mantienen un contacto habitual con su familia; (c) practican la religión a la que pertenecen y, (d) se valoran a sí mismos muy positivamente como estudiantes harían un uso menor de este tipo de sustancias.

Finalmente, considerando el conjunto de los resultados obtenidos en este estudio final sobre la predicción del consumo de este tipo de sustancias, se confirmarían parte de los supuestos planteados en las hipótesis de investigación. Así pues, en primer lugar, en lo que respecta a las variables de carácter psicológico, el hecho de que la búsqueda de emociones, como característica de la personalidad sea pronosticadora significativa de un mayor uso de alcohol, tabaco o cánnabis confirmaría la Hipótesis 4, el hecho de que mantener contacto habitual con la familia y practicar la religión que se profesa sean pronosticadores significativos de un menor uso de alcohol, tabaco y cánnabis, confirmaría las Hipótesis 6 y 7. También quedaría confirmada la Hipótesis 5, puesto que la conducta antisocial, en forma de actos vandálicos o destructivos, predice un mayor uso de estas sustancias. Mientras quedaría parcialmente confirmada la Hipótesis 3, ya que si bien el autoconcepto, la depresión y la ansiedad resultan no ser pronosticadores fiables, sí lo es la empatía para una menor implicación en el consumo de estas sustancias.

En cuanto a las variables relacionadas con el centro de protección, se confirmaría la Hipótesis 10, ya que sentirse muy cercano y pedir apoyo a los profesionales del

centro nos hablaría de una relación de calidad percibida entre el menor y los educadores, lo que a su vez, sería un pronosticador negativo del consumo de drogas. La Hipótesis 8, quedaría en parte confirmada, al demostrarse que la valoración positiva del centro en lo afectivo por parte del menor, como parte de su integración en el centro, es un pronosticador significativo del consumo, mientras que, para este caso, no lo es la existencia de normas explícitas de prohibición del consumo (H9).

En tercer lugar, con respecto a las variables relacionadas con la disponibilidad de las drogas y con la percepción de riesgo, tanto el hecho de percibir un elevado riesgo para la salud en aquellas personas que consumen habitualmente cocaína sea pronosticadora significativa de un mayor uso de alcohol, tabaco o cánnabis, como que se perciba una fácil acceso al alcohol y al cánnabis, confirmaría lo planteado en la Hipótesis 11.

En cuarto lugar, con respecto a las variables relacionadas con la influencia del grupo de iguales, se confirmarían las Hipótesis 12 y en parte la Hipótesis 13, puesto que tanto el hecho de que los amigos hagan uso de tabaco, alcohol y cánnabis como el tipo de actividades realizadas en grupo (salidas frecuentes a pubs, bares y discotecas), son adecuados pronosticadores del uso de estas sustancias legales y del cánnabis por parte de los menores que incrementan el consumo de las mismas. Realizar frecuentemente otro tipo de actividades como escuchar música, leer tebeos o dibujar parece confirmarse también como un claro predictor del consumo de estas sustancias, disminuyendo la implicación en el mismo; sorprendentemente, no parece que el hecho de participar en asociaciones o grupos reglados sea un buen pronosticador en el sentido esperado, de una menor implicación en el consumo de alcohol, tabaco y cánnabis, sino todo lo contrario, indicaría una mayor implicación en el mismo. Por otra parte, se vería confirmada la Hipótesis 14, puesto que ser presionado por el grupo de iguales para consumir tabaco y alcohol, parece ser un adecuado indicador pronóstico de una mayor implicación en el consumo de alcohol, tabaco y cánnabis.

Finalmente y en quinto lugar, con respecto a las variables escolares se confirmarían tanto la Hipótesis 15 como la Hipótesis 16, puesto que, tanto el absentismo escolar, como la valoración positiva como estudiante del menor resultan ser adecuados indicadores pronósticos de su implicación en el uso de alcohol, tabaco y cánnabis.

3.5.2.2 Predicción del consumo de drogas ilegales

a) PREDICCIÓN DEL CONSUMO EN FUNCIÓN DE LAS VARIABLES PSICOLÓGICAS Y EMOCIONALES

En la Tabla 49 se recogen los modelos resultantes de los análisis de regresión realizados para identificar los mejores pronosticadores de carácter psicológico y

emocional del consumo de drogas ilegales (cocaína, anfetaminas, alucinógenos, inhalantes y drogas de síntesis).

De todas las variables psicológicas incluidas en la revisión, sólo resultaron ser pronosticadores significativos del consumo de drogas ilegales el comportamiento destructivo o vandálico del menor, llegando a explicar el 10% de la varianza del uso de las mismas.

Este modelo psicológico fue el que mostró ser mejor predictor del uso de drogas ilegales al presentar coeficientes de determinación más elevados ($R^2=0.11$ y R^2 Ajustado=0.10), que los referidos a aquellas otras variables relacionadas con el autoconcepto, la ansiedad, la depresión u otras características de personalidad estudiadas.

Asimismo, atendiendo a su coeficiente β , se confirmaría la relación positiva entre la implicación del joven en conductas relacionadas con la destrucción de objetos o mobiliario en lugares públicos como la calle, el metro o conciertos con una mayor implicación de los jóvenes en el consumo.

Tabla 49. Predicción del consumo de drogas ilegales en función de las variables psicológicas y emocionales

Pasos	Modelos de Regresión	B	R ²	R ² Ajust	Cambio en R ²	F del cambio	F
VARIABLES PSICOLÓGICAS Y EMOCIONALES							
1-3	<i>Destrucción de mobiliario en conciertos</i>	0,33	0,06	0,06	0,06	24,14***	24,14***
	<i>Destrucción de mobiliario en la calle</i>	0,23	0,08	0,07	0,01	5,89**	15,19***
	<i>Destrucción de mobiliario en el metro</i>	0,24	0,11	0,010	0,02	10,57***	13,94***

p < 0,05 ** p < 0,01 *** p < 0,001

b) PREDICCIÓN DEL CONSUMO EN FUNCIÓN DE LAS VARIABLES RELACIONADAS CON EL CENTRO DE PROTECCIÓN

De todas las variables relacionadas con el Centro de Protección incluidas en la revisión, sólo resultó ser pronosticador significativo del consumo de drogas ilegales la existencia en el centro de normas claras en contra del consumo de drogas. No

obstante, este único factor llegó a explicar sólo el 1% de la varianza del uso de las mismas (Tabla 50).

De forma específica en este modelo, cuya capacidad predictiva es muy escasa, el signo negativo del coeficiente indicaría el pronóstico de un menor uso de sustancias ilegales por parte de los menores encuestados.

Tabla 50. Predicción del consumo de drogas ilegales en función de variables del centro de protección

Pasos	Modelos de Regresión	β	R2	R2 Ajust	Cambio en R2	F del cambio	F
VARIABLES RELACIONADAS CON EL CENTRO DE PROTECCIÓN							
1	Prohibición de no consumir droga en el centro	-0,61	0,01	0,01	0,01	4,08*	4,08*

* $p < 0,05$

c) PREDICCIÓN DEL CONSUMO EN FUNCIÓN DE LAS VARIABLES RELACIONADAS LA DISPONIBILIDAD DE LA DROGA Y LA PERCEPCIÓN DE RIESGO

De todas las variables relacionadas con la disponibilidad y percepción del riesgo derivado del consumo resultaron ser pronosticadores significativos: el fácil acceso del menor a sustancias como las anfetaminas y un alto riesgo percibido para la salud derivado del consumo de cocaína; llegando todos estos factores a explicar el 6% de la varianza del uso de las mismas (Tabla 51).

Este modelo fue el que mostró ser el mejor predictor del uso de drogas ilegales al presentar coeficientes de determinación más elevados ($R^2=0.06$ y R^2 Ajustado=0.06) que los referidos a aquellas otras variables incluidas en el análisis.

En todo caso, si se consideran cada una de las variables estimadas, es la percepción de un fácil acceso a la compra de anfetaminas la que obtiene un mayor valor predictivo, puesto que explica, por sí sola, el 4% de la variabilidad encontrada en el uso de drogas ilegales.

Tabla 51. Predicción del consumo de drogas ilegales en función de la disponibilidad de la droga y percepción del riesgo

Pasos	Modelos de Regresión	B	R ²	R ² Ajust	Cambio en R ²	F del cambio	F
VARIABLES RELACIONADAS CON LA DISPONIBILIDAD Y PERCEPCIÓN DE RIESGO							
2	Disponibilidad de anfetaminas	0,18	0,04	0,04	0,04	15,39***	15,39***
	Percepción del riesgo de consumo de cocaína	-0,14	0,06	0,06	0,02	6,95**	11,30***

** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

d) PREDICCIÓN DEL CONSUMO EN FUNCIÓN DE LAS VARIABLES RELACIONADAS CON LA INFLUENCIA DEL GRUPO DE IGUALES

En este caso, resultaron ser pronosticadores significativos: el consumo de anfetaminas e inhalantes en el grupo de amigos así como el acudir frecuentemente a conciertos como forma habitual de ocio. Estas variables llegaron a explicar el 5% de la varianza del uso de las mismas (Tabla 52).

Este modelo fue el que mostró ser el mejor predictor del uso de drogas ilegales al presentar coeficientes de determinación más elevados ($R^2=0.05$ y R^2 Ajustado=0.04) que los referidos a aquellas otras variables relacionadas con la influencia del grupo de pares y las actividades de tiempo libre que el menor dedica dentro o fuera de su centro.

Tabla 52. Predicción del consumo de drogas ilegales en función de las variables relacionadas con la influencia del grupo de iguales

Pasos	Modelos de Regresión	B	R ²	R ² Ajust	Cambio en R ²	F del cambio	F
VARIABLES PSICOLÓGICAS Y EMOCIONALES							
3	Consumo de anfetaminas en amigos	0,12	0,02	0,01	0,02	7,10**	7,10***
	Acudir a conciertos	0,11	0,03	0,03	0,01	6,17*	6,69***

Pasos	Modelos de Regresión	B	R2	R2 Ajust	Cambio en R2	F del cambio	F
	<i>Consumo de inhalantes en amigos</i>	0,09	0,05	0,04	0,02	4,09*	5,86***

$p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

e) PREDICCIÓN DEL CONSUMO EN FUNCIÓN DE LAS VARIABLES LAS VARIABLES ESCOLARES/TALLERES FORMATIVOS

De todas las variables relacionadas con la influencia del entorno educativo en el consumo de drogas ilegales, sólo resultó ser un pronosticador significativo del mismo, una buena autovaloración del menor como estudiante, llegando a explicar el sólo un 1% de la varianza (Tabla 53).

Tabla 53. Predicción del consumo de drogas ilegales en función de las variables escolares/talleres formativos

Pasos	Modelos de Regresión	β	R2	R2 Ajust	Cambio en R2	F del cambio	F
VARIABLES RELACIONADAS CON EL ÁMBITO EDUCATIVO							
1	<i>Valoración como estudiante</i>	- 0,12	0,01	0,01	0,01	4,75*	4,75*

* $p < 0,05$

Una vez realizados los análisis de regresión parciales, se pasó a aplicar este mismo estadístico para la predicción final del consumo de drogas ilegales tomando en consideración todas aquellas variables incluidas en los modelos parciales que demostraron ser pronosticadores significativos del uso de drogas ilegales.

Así pues, la Tabla 54 presenta las distintas variables predictoras que compusieron cada una de las ecuaciones de regresión calculadas, los coeficientes B obtenidos por cada una de ellas y los estadísticos indicativos del ajuste de las ecuaciones a los datos así como su significación estadística.

Tabla 54. Predicción del consumo de drogas ilegales en función de las variables psicológicas y emocionales, las relacionadas con el centro de protección, disponibilidad y riesgo percibido, la influencia del grupo de iguales y escolares

Pasos	Modelos de Regresión	β	R ²	R ² Ajust	Cambio en R ²	F del cambio	F
6	<i>Dstrucción de mobiliario en conciertos</i>	0,26	0,06	0,06	0,06	22,97***	22,97***
	<i>Alta dificultad para la compra de anfetaminas</i>	-0,14	0,09	0,08	0,02	8,49***	16,00***
	<i>Valoración como estudiante</i>	-0,10	0,10	0,10	0,01	6,56**	3,03***
	<i>Dstrucción de mobiliario en la calle</i>	0,22	0,12	0,11	0,01	4,91*	11,12***
	<i>Dstrucción de mobiliario en el metro</i>	0,25	0,14	0,13	0,01	10,18**	11,19***
	<i>Ir a conciertos</i>	0,10	0,16	0,14	0,01	5,15*	10,30***

$p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

En conjunto, el modelo obtenido llega a explicar el 14% de la varianza de los datos ($R^2=0.14$).

Al considerar el total de las variables pronosticadoras incluidas en el modelo presentado, las que llegan a explicar por sí solas un mayor porcentaje de la varianza del criterio son tanto el hecho de que el joven realice actos destructivos o vandálicos en lugares como conciertos (cambio en $R^2=0.06$; F del cambio (1,325)=22.97, $p \leq 0.001$) como que la disponibilidad de sustancias como las anfetaminas sea muy baja en su entorno (cambio en $R^2=0.02$; F del cambio (1,324)=8.49, $p \leq 0.01$).

Atendiendo a los signos de los coeficientes β obtenidos por cada una de las **variables propuestas** como predictores, es posible determinar la **dirección en la que éstas pronostican el consumo**. Así pues, el signo positivo de este indicador señalaría que aquellos jóvenes que se caracterizan por (a) llevar a cabo actos destructivos o vandálicos en lugares públicos como la calle, el metro y conciertos y (b) acuden a conciertos, harían un uso mayor de sustancias de comercio ilegal.

Por el contrario, aquellos otros que: (a) tienen importantes dificultades para acceder a sustancias como las anfetaminas y, (b) valoran positivamente su

rendimiento en el área escolar se implicarían en menor medida en el consumo de las mismas.

En resumen, los resultados obtenidos con respecto a las variables psicológicas llevarían a confirmar la Hipótesis 5 puesto que la conducta antisocial aparece como pronosticador de un mayor consumo de drogas ilegales e inhalantes, mientras que, no podría realizarse este tipo de afirmaciones con respecto a las Hipótesis 3, 4, 6 y 7, ya que las variables consideradas en las mismas (autoconcepto, empatía, depresión y ansiedad, búsqueda de sensaciones, práctica religiosa y existencia de vínculo paterno filial) no han resultado ser predictores significativos del uso de este tipo de sustancias.

En cuanto a las variables relacionadas con el centro de protección, se confirmarían parcialmente parte de las hipótesis de investigación planteadas. Así pues, por un lado, el hecho de que existan normas explícitas en el centro respecto a la prohibición de consumo de drogas sea predictor de un menor consumo, confirmaría la Hipótesis 9. En cambio, no resulta serlo la integración del adolescente en el centro de protección, ni la calidad de la relación educador-menor (H8 e H10).

Atendiendo a los datos extraídos de los análisis llevados a cabo con las variables relacionadas con la disponibilidad de drogas y con la percepción de riesgo, se confirmaría en parte la Hipótesis 11, puesto que la dificultad de acceder a las anfetaminas es un predictor significativo del menor uso de sustancias de comercio ilegal. Mientras que la percepción de riesgo, en este caso, no resulta ser pronosticador del uso de drogas ilegales e inhalantes.

En cuanto a las variables relacionadas con la influencia el grupo de iguales se confirmarían en parte las hipótesis planteadas en la investigación. Por un lado, quedaría confirmada la Hipótesis 13, por el hecho de que ir a conciertos de forma frecuente con amigos sea predictor de un mayor consumo; en cambio, no resulta ser un predictor significativo realizar otro tipo de actividades de ocio saludable, así como relacionarse con amigos consumidores o ser presionado para consumir drogas, recogidos en las Hipótesis 12 y 14 para el caso de las drogas ilegales y los inhalantes.

Por último, quedaría confirmada la Hipótesis 16, ya que el hecho de que el menor valore positivamente su rendimiento académico (inhibiendo el consumo), resulta nuevamente ser predictor significativo del uso de drogas ilegales y de inhalantes, además del uso de drogas legales y de cannabis. Mientras que faltar a clase no ha resultado ser pronosticador del uso de este tipo de sustancias.

3.6 RESUMEN DE LOS RESULTADOS

Con respecto a la agrupación del consumo de las sustancias psicoactivas analizadas las conclusiones más relevantes son:

- Se evidencia un patrón de consumo múltiple de sustancias que acumula la toxicidad y potencia los efectos negativos que se producen con la combinación de las distintas drogas.
- Existe un patrón de policonsumo conformado por todas aquellas sustancias de comercio legal asociadas entre sí y entre éstas y el cánnabis, confirmando la difusión generalizada del consumo de cánnabis entre los consumidores de alcohol y tabaco.
- Los resultados obtenidos en las drogas de comercio ilegal consideradas en el estudio (cocaína, anfetaminas, alucinógenos, inhalantes y las drogas de síntesis), reflejan el fenómeno de escala en el consumo, consolidándose y manteniendo un patrón de uso y abuso más problemático y cercano a la adicción.

Respecto a los análisis de **predicción del consumo** realizados, los datos más relevantes pueden resumirse de la forma siguiente.

En cuanto a la predicción del **consumo de sustancias como el alcohol, tabaco y cánnabis**, se mostraron como importantes **factores de riesgo**:

- Psicológicos y emocionales: búsqueda de sensaciones, la presencia de comportamientos destructivos o vandálicos en pubs o concentraciones deportivas.
- Relacionados con el centro de protección: el sentimiento de integración del centro dentro del barrio y la estrecha relación con los compañeros del propio centro.
- Relacionados con la disponibilidad de la droga y la percepción de riesgo: el fácil acceso a sustancias como el cánnabis y la cerveza así como la percepción de alto riesgo para la salud derivado del consumo de cocaína.
- Relacionados con la influencia del grupo de iguales: el consumo de alcohol, tabaco y cánnabis en los amigos, la presión de los iguales para que el menor fume o beba, el ir a pubs, bares y discotecas y participar en asociaciones o grupos reglados como actividades de ocio.
- Relacionados con el ámbito escolar: faltar a clase sin motivo justificado y existencia de buenas relaciones con los compañeros de clase.

Por el contrario se presentan como importantes **factores de protección**:

- Psicológicos y emocionales: la práctica de la religión que se profesa, la empatía como característica de la personalidad y el mantener contacto habitual con la familia.
- Relacionados con el centro de protección: la valoración positiva del centro por parte del menor en cuanto al área afectiva, la búsqueda de apoyo instrumental en los adultos del centro para la solución de sus problemas y la cercanía afectiva del menor con respecto a los profesionales del centro.
- Relacionados con la disponibilidad de la droga y la percepción de riesgo: alto riesgo percibido para la salud derivado del consumo de cánnabis y alucinógenos.
- Relacionados con la influencia del grupo de iguales: la práctica de actividades de tiempo libre relacionadas con escuchar música, leer tebeos o dibujar.
- Relacionados con el ámbito escolar: la valoración positiva del menor de la formación que recibe en su centro escolar en cuanto al área artística y la autovaloración como buen estudiante.

En cuanto a la predicción en el **consumo de sustancias como la cocaína, las anfetaminas, los alucinógenos, los inhalantes y las drogas de síntesis**, se mostraron como importantes **factores de riesgo**:

- Psicológicos y emocionales: la realización habitual de actos vandálicos por parte del menor, relativos a la destrucción de mobiliario urbano en la calle, el metro o conciertos.
- Relacionados con la disponibilidad de la droga y la percepción de riesgo: el fácil acceso a sustancias como las anfetaminas.
- Relacionados con la influencia del grupo de iguales: el consumo habitual de anfetaminas e inhalantes en los amigos y el acudir a conciertos como actividad preferente para ocupar el tiempo libre.

Por el contrario se presentan como importantes **factores de protección**:

- Relacionados con el centro de protección: la prohibición explícita de no consumir drogas.
- Relacionados con la disponibilidad de la droga y la percepción de riesgo: la percepción de un alto riesgo para la salud derivado del consumo frecuente de cocaína.

- Relacionados con el ámbito escolar: el tener una buena consideración de sí mismo como estudiante.

3.7 DISCUSIÓN

El estudio realizado profundiza y complementa los resultados del primero de los trabajos presentados en la presente investigación, puesto que, desde un planteamiento dirigido a la prevención, no sólo es importante y, cómo no imprescindible, el conocer la situación real de la problemática en la que se desea intervenir, sino que además es tanto o más necesario el tener un conocimiento preciso de los determinantes que la explican.

En este sentido, los resultados obtenidos informan tanto de la forma típica en la que las sustancias psicoactivas son utilizadas por los menores de la Red de Centros de Protección de 12 a 17 años como del tipo de relación que se establece entre el consumo de las mismas por parte de la población de estudio y un conjunto amplio de variables de diversa índole cuya presencia como importantes correlatos y determinantes de la implicación de los adolescentes en el uso de drogas ha sido probada, con mayor o menor éxito, en numerosas investigaciones en este campo.

Así pues, en primer lugar, se ha intentado clarificar la forma, el patrón más habitual a través del cual los más jóvenes hacen uso de las sustancias adictivas. En todo caso, el interés del presente estudio en este primer apartado, fue comprobar si en la población en la que se pretende intervenir de forma preventiva, este tipo de explicaciones se adecuan al momento actual y a la población de referencia.

Los resultados validan, en gran medida, esta hipótesis de partida puesto que el análisis realizado aporta datos muy afines a otros estudios del área (Muñoz-Rivas *et al.*, 2000; Becoña, 2005). En este sentido, se han obtenido dos agrupaciones bien diferenciadas que son respuesta a la forma real en la que los consumidores más habituales hacen uso de las mismas, confirmando las observaciones ya señaladas por otros autores de que nos encontramos ante una situación en la que el monoconsumo es prácticamente inexistente y lo que prevalece es una pauta general mucho más cercana al uso de varias sustancias de forma conjunta que, por la naturaleza de las mismas, bien podría ser reflejo de la implicación de los adolescentes en diferentes etapas de consumo.

Así pues, en primer lugar, en el primero de los grupos extraídos (*Drogas legales y cánnabis*) aparecen asociados el alcohol, el tabaco y el cánnabis, lo que pone de manifiesto nuevamente el hecho constatado de la existencia de una fuerte relación entre los consumos de las drogas convencionales de comercio legal y entre éstas y el uso habitual de cánnabis. Este último aspecto también ha sido corroborado de

forma sistemática por diferentes estudios desde comienzos de la década de los 90 y, con anterioridad, fue ya incluido por otros autores en modelos teóricos explicativos del consumo de drogas, en los que el uso de drogas como el alcohol y el tabaco era interpretado como una importante condición previa del consumo de cánnabis.

En segundo lugar, también se constata la importante relación existente entre el consumo de las distintas drogas de comercio ilegal y de los inhalantes, puesto que en el último de los factores aparece de forma conjunta el uso de cocaína, anfetaminas, alucinógenos, inhalantes y drogas de síntesis.

En resumen, los resultados obtenidos sobre el modo en que covaría el uso de las diferentes sustancias psicoactivas consideradas, pone de manifiesto una vez más el hecho de que, al igual que ocurre en población adulta, en los adolescentes es posible hablar también de un consumo múltiple de sustancias que incrementa la gravedad del fenómeno, especialmente de cara a la prevención, puesto que se trata de una situación en la que el efecto negativo de las mismas se combina incrementando su toxicidad, dificultando las intervenciones en este campo y, como no, empeorando las consecuencias a largo plazo tanto sociales como personales y de salud.

Tomando en consideración la constatación de esta realidad, parece aún más importante el llegar a conocer los determinantes específicos del consumo de las distintas drogas comentadas, puesto que sólo a partir de este conocimiento es posible llegar a identificar aquellas claves de actuación que sean lo suficientemente relevantes para conseguir resultados preventivos eficaces. En este sentido, se ha planteado la segunda parte del presente estudio cuyo objetivo fue comprobar la capacidad predictiva de una serie de factores de carácter psicosocial en el consumo diferencial de cada una de las sustancias de uso común.

Desde un punto de vista genérico, los datos obtenidos validan también muchos de los planteamientos de partida de la presente investigación, puesto que considerando algunas de estas variables es posible predecir, en mayor o menor medida, el consumo de sustancias.

Concretamente, aspectos como las características de la personalidad (aludiendo a la búsqueda de emociones, la emisión de conductas desviadas de las normas de comportamiento social típicas de la edad y la realización de actividades vandálicas), la afectividad y el grupo de iguales (en sus dimensiones afectiva y conductual), la disponibilidad de las drogas, el riesgo percibido derivado del consumo y la escuela muestran de nuevo una importante relación con el uso de drogas, configurándose como correlatos significativos de la implicación de los jóvenes en el mismo.

Además, este hecho toma especial relevancia al constatar que, como se comentará más adelante, tanto el peso de la relación que se establece entre muchas de estas variables y el consumo, como la dirección de la misma, no es en todos los casos similar dependiendo de la naturaleza de las sustancias adictivas.

Con respecto a la naturaleza de las variables consideradas, los resultados obtenidos en el presente estudio señalan la estrecha relación existente entre muchas de ellas y el consumo de drogas, corroborando la adecuación de su inclusión en este tipo de trabajos y el valor de las mismas a la hora de ofrecer una explicación del fenómeno del uso de sustancias psicoactivas en la población adolescente.

En este sentido, un número importante de variables han demostrado mantener una estrecha relación tanto positiva (indicando una mayor probabilidad de que el joven se involucre en el consumo) como negativa (señalando una menor probabilidad de que lo haga) con el uso del total de las drogas de comercio legal e ilegal estimadas.

Así pues, destacarían aspectos relacionados con:

- a. el área psicológica del joven, como son la búsqueda de emociones y la empatía como características de la personalidad, la emisión de patrones conductuales antisociales y vandálicos, la práctica de la religión que se profesa y el contacto frecuente con la familia;
- b. el ambiente emocional y afectivo del centro en el que el menor se encuentra acogido, especialmente el grado en que el joven siente que su centro y sus componentes están integrados dentro del barrio, el mantener una relación estrecha con los compañeros, la valoración positiva del centro por parte del menor en cuanto al área afectiva, la búsqueda de apoyo instrumental en los adultos del centro para la solución de sus problemas y la cercanía afectiva del menor con respecto a sus cuidadores;
- c. el área relacionada con la disponibilidad de las drogas y la percepción de riesgo, especialmente el fácil acceso a sustancias como el cánnabis, la cerveza y las anfetaminas así como la percepción de alto riesgo para la salud derivado del consumo de cocaína o alucinógenos;
- d. el área relacionada con la influencia del grupo de iguales, concretamente el tipo de actividades que se realizan en grupo y el consumo de sustancias por parte de los amigos y,
- e. el entorno escolar como el hecho de que el joven falte habitualmente a las clases o, por el contrario, esté satisfecho con el centro de enseñanza y tenga una propia valoración positiva como estudiante.

Son estos cinco conjuntos de variables referentes a la dimensión personal, interpersonal, grupal, escolar y del ambiente del centro de protección donde reside el menor los que se han puesto a prueba para determinar el valor predictivo de las mismas para el consumo de las distintas drogas analizadas.

De forma genérica, todos los conjuntos de variables estudiados han demostrado ser pronosticadores significativos de la implicación del joven en los diferentes tipos de consumo, subrayando la naturaleza multicausal del mismo y señalando la necesidad de incluir, a la hora de explicarlo, componentes de diversa índole que abarquen todos los dominios en los que el adolescente se mueve.

Si bien es cierto que muchas de estas dimensiones han demostrado tener un peso significativo como pronosticadores tanto de una mayor implicación en el uso de sustancias por parte de los más jóvenes como, por el contrario, de una menor probabilidad de que éstos se inicien en el consumo de las mismas, su valor explicativo y la naturaleza de las variables varía dependiendo del tipo de sustancia de que se trate.

En este sentido, es posible encontrar que determinados aspectos que son predictores relevantes del consumo de alcohol, tabaco o cannabis, no lo son para otras de comercio ilegal ni para el consumo de inhalantes o, aun siendo las mismas, el peso o la dirección de su influencia se ve modificado según se trate de uno u otro caso.

Para ilustrar de forma resumida las conclusiones obtenidas con respecto a las variables específicas que predicen tanto un mayor riesgo como una mayor protección con respecto al consumo de cada uno de los tipos de drogas considerados (legales y cánnabis, ilegales e inhalantes), se presentan las Tablas 55 y 56 en las que aparecen incluidas todas las variables que han demostrado tener un valor predictivo más relevante en cada uno de los casos.

Tabla 55. Resumen de los factores de riesgo y de protección para el consumo de alcohol, tabaco y cánnabis

FACTORES DE RIESGO	FACTORES DE PROTECCIÓN
VARIABLES PSICOLÓGICAS Y EMOCIONALES	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mayores puntuaciones en búsqueda de sensaciones ▪ Mayor presencia de comportamientos destructivos o vandálicos 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Participar activamente en la religión que se profesa ▪ Mayores puntuaciones en empatía ▪ Mantener contacto habitual con la familia
VARIABLES RELACIONADAS CON EL CENTRO DE PROTECCIÓN	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mayor sentimiento de integración del joven acogido en el centro con respecto al barrio ▪ Estrecha relación con los compañeros del centro 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Valoración positiva del centro por parte del menor con respecto al área afectiva ▪ Búsqueda de apoyo instrumental en los profesionales/adultos del centro ▪ Sentirse muy cercano afectivamente a los profesionales/adultos del centro
VARIABLES RELACIONADAS CON LA DISPONIBILIDAD DE LAS DROGAS Y PERCEPCIÓN DE RIESGO	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fácil acceso a la cerveza y al cánnabis ▪ Mayor riesgo percibido para la salud derivado del consumo habitual de cocaína 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mayor riesgo percibido para la salud derivado del consumo habitual de cánnabis y alucinógenos
VARIABLES RELACIONADAS CON LA INFLUENCIA DEL GRUPO DE IGUALES	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Consumo de alcohol, tabaco y cánnabis en amigos ▪ Mayor presión de los iguales hacia fumar y beber ▪ Salir frecuentemente con los amigos a pubs, bares y discotecas ▪ Pertenecer a asociaciones o grupos reglados 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Escuchar frecuentemente música en el tiempo libre ▪ Leer tebeos frecuentemente en el tiempo libre ▪ Dibujar frecuentemente en el tiempo libre
VARIABLES RELACIONADAS CON EL ÁMBITO ESCOLAR	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Faltar a clase sin motivo justificado ▪ Mantener una estrecha relación con los compañeros del colegio 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Valoración positiva de la formación que recibe en el centro escolar en el área artística ▪ Tener una buena consideración de sí mismo como estudiante

Tabla 56. Resumen de los factores de riesgo y de protección para el consumo de cocaína, anfetaminas, alucinógenos, inhalantes y drogas de diseño

FACTORES DE RIESGO	FACTORES DE PROTECCIÓN
VARIABLES PSICOLÓGICAS Y EMOCIONALES	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mayor presencia de comportamientos destructivos o vandálicos 	
VARIABLES RELACIONADAS CON EL CENTRO DE PROTECCIÓN	
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Normas claras sobre el no consumo de drogas
VARIABLES RELACIONADAS CON LA DISPONIBILIDAD DE DROGAS Y PERCEPCIÓN DEL RIESGO	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fácil acceso a las anfetaminas 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mayor riesgo percibido para la salud derivado del consumo habitual de cocaína
VARIABLES RELACIONADAS CON LA INFLUENCIA DEL GRUPO DE IGUALES	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Consumo de anfetaminas e inhalantes en amigos ▪ Salir frecuentemente con los amigos a conciertos 	
VARIABLES RELACIONADAS CON EL ÁMBITO ESCOLAR	
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tener una buena consideración de sí mismo como estudiante

Tabla 57. Resumen de los factores de riesgo y de protección para el MAYOR consumo de alcohol, tabaco y cánnabis

FACTORES DE RIESGO	FACTORES DE PROTECCIÓN
VARIABLES PSICOLÓGICAS Y EMOCIONALES	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mayores puntuaciones en búsqueda de sensaciones 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Participar activamente en la religión que se profesa ▪ Mantener contacto habitual con la familia
VARIABLES RELACIONADAS CON LA DISPONIBILIDAD DE LAS DROGAS Y PERCEPCIÓN DE RIESGO	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mayor riesgo percibido para la salud derivado del consumo habitual de cocaína 	
VARIABLES RELACIONADAS CON LA INFLUENCIA DEL GRUPO DE IGUALES	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Consumo de alcohol, tabaco y cánnabis en amigos ▪ Mayor presión de los iguales hacia fumar ▪ Salir frecuentemente con los amigos a pubs, bares y discotecas ▪ Participar en asociaciones o grupos reglados 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Escuchar frecuentemente música en el tiempo libre ▪ Leer tebeos frecuentemente en el tiempo libre ▪ Dibujar frecuentemente en el tiempo libre
VARIABLES RELACIONADAS CON EL ÁMBITO ESCOLAR	
	Tener una buena consideración de sí mismo como estudiante

Tabla 58. Resumen de los factores de riesgo y de protección para UN MAYOR CONSUMO de cocaína, anfetaminas, alucinógenos, inhalantes y drogas de diseño

FACTORES DE RIESGO	FACTORES DE PROTECCIÓN
VARIABLES PSICOLÓGICAS Y EMOCIONALES	
Realizar actos destructivos o vandálicos en la calle, el metro y conciertos	
VARIABLES RELACIONADAS CON LA DISPONIBILIDAD DE LAS DROGAS Y PERCEPCIÓN DE RIESGO	
	Mayor dificultad de acceso a las anfetaminas
VARIABLES RELACIONADAS CON LA INFLUENCIA DEL GRUPO DE IGUALES	
Salir frecuentemente con amigos a conciertos	
VARIABLES RELACIONADAS CON EL ÁMBITO ESCOLAR	
	Tener una buena consideración de sí mismo como estudiante

En cuanto a las **variables de carácter psicológico y emocional** que resultan ser pronosticadoras de un mayor consumo, cabe señalar la **búsqueda de sensaciones**, ésta aparece incluida como variable relevante de riesgo, hecho que también ha sido observado por otros estudios (Crawford *et al.*, 2003; Flory, Clayton *et al.*, 2004; Kogan *et al.*, 2005; Kopstein *et al.*, 2001). Los últimos estudios publicados sobre esta característica de personalidad apoyan la asociación de ésta con un mayor riesgo para el uso de drogas en adolescentes (Adams *et al.*, 2012; Fergusson *et al.*, 2008; Mason y Spoth, 2011; Sargent *et al.*, 2010; Shin *et al.*, 2012). Sin embargo, en nuestro estudio, esta variable sólo aparece incluida en el caso del alcohol, el tabaco y el cannabis lo cual también se ha observado en otros estudios internacionales realizados (Adams *et al.*, 2004) que sugieren una relación diferencial según el tipo de sustancia consumida o en población española como el de Muñoz-Rivas *et al.* (2000), que afirmaron que esta variable, en su faceta de búsqueda de desinhibición, estaba sólo asociada al consumo, en el caso de las drogas convencionales o el de Becoña (2005) que encuentra que esta variable, en su faceta de búsqueda de excitación, estaría asociada al consumo de tabaco, cannabis y cocaína. En este sentido, estudios recientes parecen indicar en consonancia con los resultados obtenidos, que diferentes dimensiones de la búsqueda de emociones se asociarían diferencialmente con motivaciones selectivas hacia el consumo de diferentes sustancias (Adams *et al.*, 2004; Helme *et al.*, 2007; Nonnemaker *et al.*, 2011; Pérez, 2010; Spillane, Kahler y Smith, 2010; Stephenson y Helme, 2006). Es interesante, no obstante, constatar que en cuanto a las drogas ilegales y a los inhalantes resulta ser pronosticador del consumo en el sentido de un mayor uso del mismo, el hecho de realizar **actos destructivos o vandálicos en lugares públicos como la calle, el metro y conciertos**. Esto podría explicarse en la línea de lo postulado por la teoría de la socialización primaria, donde las características individuales y los rasgos de personalidad podrían no asociarse directamente al uso de drogas u otras conductas desviadas, sino que influirían sólo cuando afectan a las interacciones entre el individuo y las fuentes de socialización primaria (familia, pares, etc.), así la búsqueda de sensaciones podría estar asociada a otras conductas desviadas posteriores, así como al uso de sustancias en una etapa posterior porque ese rasgo de personalidad tiene una alta probabilidad de influir en los procesos de socialización primaria en todas las fases del desarrollo.

Las consideraciones anteriores en relación a las variables de personalidad y a la realización de actos destructivos o vandálicos como variables relevantes para la predicción del consumo de drogas, vuelven a confirmar la importancia de tener en cuenta este tipo de variables para incluirlas en las intervenciones preventivas puesto que deberían considerarse aquellas propuestas que subrayaran estas variables.

Por otro lado el hecho de que prediga un mayor riesgo para el uso de sustancias de comercio ilegal y de inhalantes, la presencia de conductas antisociales,

especialmente de carácter destructivo o vandálico, se ha puesto de nuevo de manifiesto en numerosos trabajos en el área (Contreras *et al.*, 2012; Copeland *et al.*, 2009; Englund *et al.*, 2008; Gervilla *et al.*, 2011; Henry *et al.*, 2012; Steinhausen *et al.*, 2008; Young *et al.*, 2008). Si bien existe una poderosa asociación entre conducta antisocial y abuso de drogas, habría que investigar más, en la línea de comprobar si la asociación entre ambas es causal o si se explica por síntomas o factores de riesgo comunes como algunos autores apuntan (White, 2004; López y Rodríguez-Arias, 2012).

Atendiendo a la participación activa en la religión que se profesa, es necesario subrayar que sólo en el caso del alcohol, el tabaco y el cannabis, aparece como variable predictora de una menor implicación en su consumo. Es ésta una variable que en repetidos estudios ha mostrado su importante papel protector frente al consumo y abuso de drogas, convirtiéndose en la actualidad en un robusto factor de protección (Becoña, 2005; Chavez, Oetting y Swaim, 1994; Donath, 2012; Jackson *et al.*, 2005; Mason y Spoth, 2011; Muñoz-Rivas *et al.*, 2000; Pollard *et al.*, 1997; Windle *et al.*, 2005), menos claro es cómo la religiosidad influye en el uso de sustancias (Cox *et al.*, 2012).

Félix-Ortiz y Newcomb (1999), Kendler *et al.* (2003), Kogan *et al.*, (2005) y Kliewer y Murrelle (2007) señalan que la asistencia a la iglesia y la afiliación religiosa podrían tener su efecto protector porque con ella se obtiene apoyo social (Piko y Firzpatrick, 2004), y se encuentra significado para el desarrollo de la identidad. Sin embargo un reciente estudio que ha indagado sobre la disminución del riesgo de trastornos por uso de sustancias y su relación con la religiosidad, encuentra que esta relación no está mediada por el apoyo social (Edlund *et al.*, 2010); así la clave para el desarrollo del apego social podría estar más centrada en el significado que aporta la religión a la evolución de la propia identidad. Aspecto que en este colectivo podría ser de especial relevancia y que ya Gorsuch (1995) apuntaba hace más de una década, hipotetizando que las personas religiosas contaban con mecanismos para encontrar significado a la vida y satisfacer sus necesidades de contacto social. Sin embargo, la relación sólo se daba en los casos de una religiosidad que enriquecía y apoyaba y no en una forma de religiosidad restrictiva, tendente a lo negativo y a lo ritual.

La no implicación inicial en el consumo de alcohol, tabaco y cánnabis, favorecería el no pasar de este al consumo de otras sustancias ilegales en etapas posteriores, mantener un grupo de referencia de iguales que se mantendrían en el tiempo, impidiendo así esta progresión. En general, los estudios sobre las características de los pares y amigos durante la adolescencia encuentran que durante esta fase vital, en la cual suele iniciarse y desarrollarse el consumo de drogas, los adolescentes seleccionan pares con características notablemente similares en varios atributos personales (Simons-Morton y Chen, 2006). En este sentido, su papel como factor

de riesgo y protección para las conductas desviadas en general, y el consumo de sustancias en particular, está ampliamente probado, tanto en su inicio como en la trayectoria de los trastornos por uso de sustancias, especialmente cuando existen otras conductas antisociales (Agrawal et al., 2007; Brenner et al., 2011; Feske et al., 2008; Friedman y Glassman, 2000; Lee et al., 2012; López y Rodríguez-Arias, 2010; Muñoz-Rivas et al., 2000; Kelly, Connor et al., 2010).

En la actualidad se encuentran todavía pocos estudios que expliquen los procesos a través de los cuales la religión o visión moral de los adolescentes ejerce su función protectora sobre el uso de drogas. Quizá, como apuntan White et al. (2008), el compromiso y la participación religiosa puede moderar el riesgo asociado con otros factores. Sea como fuere, estos procesos necesitan ser mejor conocidos.

Finalmente, en lo que se refiere a la protección frente al consumo de drogas ejercida por variables de carácter emocional, destaca la importancia de mantener **contacto habitual con la familia** que parece predecir una menor involucración en el consumo de alcohol, tabaco y cánnabis, tal como se ha descrito en diversos estudios, constituye una de las influencias protectoras más importantes en relación con el comportamiento problemático, incluyendo en éste el consumo de drogas. El apego a los padres del que da cuenta entre otros aspectos, la frecuencia de los contactos que se mantienen, en estudios posteriores, se consolida como un elemento predictivo de gran relevancia para el consumo de drogas (Brenner et al., 2011; Buelga y Musitu, 2006; Cava et al., 2008; May et al., 2002; Muñoz-Rivas et al., 2000). El vínculo mutuo entre padres e hijos hace posible la comunicación, que cuando es deficiente favorece tanto los problemas de consumo, como de otras conductas desviadas; favorece la presencia o relativa ausencia de valores convencionales en los hijos, la cual a su vez afecta al uso de drogas en adultos jóvenes y hace posible una efectiva supervisión y seguimiento parental sobre las conductas de los hijos con una menor probabilidad de inicio en el consumo de drogas en estos o un retraso en el mismo, así como en otras conductas de riesgo para la salud durante la infancia, adolescencia y edad adulta temprana (Kosterman et al., 2000; Webb et al., 2010; Jones, Forehand, Brody y Armistead, 2003; Clark et al., 2008; East y Khoo, 2005; Fang et al., 2011; Fletcher et al., 2004; Hemovich et al., 2011; Ryan et al., 2010; Secades et al., 2004). Por el contrario, la experiencia de cuidados de crianza o de otro tipo fuera de casa se ha asociado con el abuso de sustancias en la edad adulta (Grella y Greenwell, 2006; Gutierrez et al., 1994; Zlotnick et al., 2004). Los estudios que se han centrado en este colectivo, identifican que los niños de padres que abusan de sustancias es más probable que se coloquen en hogares de acogida y, una vez allí, permanezcan más tiempo (Barth et al., 2006; Connell et al., 2007; Vanderploeg et al., 2007). Así, a pesar de que en general, una relación emocional cercana entre padres e hijos adolescentes disminuye la probabilidad de que los hijos consuman, si los padres no son

consumidores (Habib et al., 2010); cuando los padres sí consumen, podría no ser beneficiosa y aumentar las probabilidades de consumo en los hijos.

Que esta relación no sea significativa para las drogas ilegales estudiadas nos podría estar informando de que podrían ser aquellos menores con mayores frecuencias de consumo y con mayor implicación en el mismo los que tienen mayores índices de abandono, desarraigo familiar o historia parental de consumo de sustancias, lo que a su vez podría incidir en la no incidencia de esta variable sobre ellos. En este sentido, diversas investigaciones han puesto de manifiesto que los adolescentes que se sienten más próximos a sus padres son los que mantienen más confianza en sí mismos, muestran más competencia conductual, más independencia responsable y se implican en menos conductas de riesgo, como el consumo de drogas y las conductas delictivas (Justicia y Cantón, 2011; Martínez y Robles, 2001; Martínez et al., 2003; Muñoz-Rivas y Graña, 2001). Por el contrario, Arteaga et al., 2010, muestran cómo el uso de servicios de protección a la infancia junto con la presencia de conflicto familiar tuvo un papel clave a la hora de predecir el uso temprano de las sustancias y la presencia de síntomas de dependencia. Y que las variables familiares podían dar cuenta de los resultados obtenidos por otros factores predictivos, tales como la vinculación del joven a otros amigos conflictivos o la movilidad escolar, que tienen influencia a la hora de determinar la prevalencia futura en el consumo de drogas, lo que iría en la línea de los resultados obtenidos en el presente estudio. Sea como fuere, la calidad de las relaciones con los padres no es en modo alguno simple, sino que su efecto está claramente mediado por otros factores intervinientes.

En relación a las variables relacionadas con la **disponibilidad de las drogas y la percepción de riesgo** vemos como para todas las sustancias estudiadas, la mayor o menor **disponibilidad de acceso** a las mismas, así como el riesgo percibido de consumo es un claro predictor para el consumo. Tal como otros estudios han demostrado (Becoña, 2005; Franelić et al., 2011; Gervilla et al., 2011; Gillespie et al., 2009; López y Rodríguez-Arias, 2010; Muñoz-Rivas et al., 2000). En el presente estudio, concretamente, es la no disponibilidad de anfetaminas la que se convierte en un factor determinante para el inicio del consumo de drogas, en el caso de las sustancias de comercio ilegal y de los inhalantes, lo que predice la menor implicación en su consumo. El hecho de que una mayor dificultad para el acceso a las anfetaminas resulte un predictor de un menor consumo de estas, pero también lo sea de otras drogas ilegales, podría indicar fuentes comerciales (narcotraficantes, consumidores, etc.) diferentes a las fuentes sociales de distribución de drogas (amigos) y que se sabe tienen un papel principal como factores de riesgo en comparación con las primeras (Gillmore et al., 1990), donde las anfetaminas no sean sustancias fáciles de obtener. Así, la dificultad de acceso a las mismas podría también indicar la dificultad de contactar con estas fuentes de distribución de

drogas de comercio ilegales, protegiendo a estos menores del consumo de anfetaminas, pero también de otras sustancias ilegales.

En cuanto a la **percepción de riesgo**, también encontramos que se trata de un claro predictor frente al consumo de drogas, como demuestran diversos estudios (Llorens, Perelló y Palmer, 2004; Beyers *et al.*, 2004; Gillespie *et al.*, 2009; Haller y Chassin, 2010; O'Callaghan *et al.*, 2006; López y Rodríguez-Arias, 2010; Song *et al.*, 2012), cuanto menor es el riesgo percibido atribuible al consumo, mayores son las prevalencias, con independencia del nivel de uso (esporádico o habitual) y cuanto mayor es la percepción del peligro que representan las diferentes drogas, existe un menor consumo de estas. En el presente estudio, la mayor percepción de riesgo, es un factor determinante para el consumo de alcohol, tabaco y cannabis. Esto es también referido por autores como Becoña (2002) o Gardner y Stinberg (2005) y podría explicarse porque las personas que poseen creencias que recogen un determinado nivel de peligrosidad en el consumo de drogas, las usan en menor grado que aquellas que opinan lo contrario (Becoña, 2002; Gardner y Stinberg, 2005) y esta percepción del riesgo varía sustancialmente de unas a otras sustancias. Sin embargo, sorprende encontrar, sólo para las drogas legales y el cannabis, que es el mayor riesgo percibido del consumo habitual de cocaína y no de estas sustancias lo que determina un mayor consumo de las mismas. Esto pone de manifiesto la necesidad de atender a una relación dinámica entre las diferentes influencias de los distintos factores implicados, ya que una mayor percepción del riesgo de consumo de una determinada sustancia puede favorecer, a su vez, que en el adolescente estén actuando con distintos pesos otros factores de carácter comunitario como las creencias, normas y leyes de la comunidad favorables, permisivas o tolerantes con el uso y abuso de sustancias psicoactivas en general y con las drogas ilegales en particular (Brook, Brook, Rosen y Montoya, 2002; McDonald y Marsh, 2006), interpretando quizá que el riesgo de mayor implicación en el consumo de drogas en etapas posteriores, como en el caso de la cocaína, dependen en mayor medida de la frecuencia de uso, que de las diferencias en función de la magnitud de los efectos negativos para las diversas sustancias. Ya que la dimensión de peligrosidad en el caso de las drogas de comercio legal no es prácticamente percibida por un fenómeno generalizado de tolerancia social. Y aunque en términos generales los riesgos del uso de drogas sean percibidos por los consumidores, estos tienden claramente a mantener expectativas acerca de cierto tipo de invulnerabilidad al riesgo indicando expectativas bajas de experimentar tales consecuencias negativas del consumo (Gardner y Stinberg, 2005), lo que se ve favorecido por la identificación de sustancias más peligrosas que las legales. Esto a su vez favorecería una mayor implicación en el consumo de estas sustancias interpretadas como no dañinas o peligrosas, quizá con la expectativa de mantener el consumo en parámetros percibidos como poco dañinos y sólo para ciertas sustancias poco frecuentes. Quizá fuera de utilidad estudiar sistemáticamente los factores de riesgo y protección de cada comunidad para el uso de drogas, como

base para la planificación, desarrollo y monitorización de intervenciones preventivas. Sea como fuere disponemos todavía de poca información sobre los factores reales, encontrados empíricamente, que expliquen el que las personas incrementen o disminuyan su percepción de riesgo sobre las distintas sustancias, pero de lo que sí existe clara evidencia es de que a mayor riesgo percibido sobre una droga menor consumo y a menor riesgo mayor consumo.

En lo que se refiere al valor predictivo de las variables relacionadas con el **grupo de iguales**, la que aparece preferentemente como indicador relevante de un mayor riesgo de consumir drogas como alcohol, tabaco y cannabis, es el uso de sustancias por parte de los amigos que rodean al adolescente, la presión ejercida hacia el consumo de tabaco, además del tipo y frecuencia con la que realizan determinadas actividades de ocio y tiempo libre. La presión ejercida por parte de los amigos hacia el consumo es un predictor fiable como demuestran otros estudios previos, como por ejemplo el de Dielman, Butchart, Campanelli y Shope (1987), quienes tras pasar un cuestionario a una muestra de 2.589 alumnos de 5º y 6º curso que recogía preguntas relativas a la susceptibilidad a la presión de los compañeros, la autoestima y el locus de control de salud, obtuvieron que era, entre las variables estudiadas, la susceptibilidad a la presión de los compañeros el índice que presentaba una correlación más elevada en relación al uso, abuso o intención de consumo.

También el hecho de que el joven acuda frecuentemente con sus amigos a pubs, bares o conciertos parece tener una relación positiva y significativa con el consumo, muy posiblemente porque también son éstos los lugares en los que estas sustancias de consumo están más disponibles, como atestiguan toda la serie de estudios que encuentran consistente que salir o realizar actividades con personas de la misma edad que consumen drogas es un fuerte predictor del uso de drogas en jóvenes (Becoña, 2000; Becoña, 2001; Fleming *et al.*, 2010; Gervilla *et al.*, 2011; Hawkins *et al.*, 1992; Jenkins, 1996; Jessor y Jessor, 1977; Kandel *et al.*, 1990; Latimer *et al.*, 2004; Mayberry *et al.*, 2009; Muñoz-Rivas *et al.*, 2000; Rhodes *et al.*, 2003; Scherrer, Bucholz *et al.*, 2012; Secades, 2006; Villa *et al.*, 2010).

En este mismo sentido, pero en el polo opuesto, es relevante constatar cómo la realización frecuente de ciertas actividades de ocio (escuchar, música, leer tebeos o dibujar) protegen del consumo de alcohol, tabaco y cánnabis, si bien sorprende comprobar que la pertenencia a asociaciones o grupos reglados sea un pronosticador del uso de estas sustancias, cuando sería esperable lo contrario. Si bien algunos estudios recientemente realizados, como el de Heimisdottir, Vilhjalmsón, Kristjansdóttir y Meyrowitsch (2010) encuentran que el apoyo y la aceptación de los compañeros se relaciona con una mayor probabilidad de embriaguez, resultados que apuntan en esta misma dirección. Este hecho muy posiblemente viene a mostrarnos nuevamente la relación dinámica existente entre

las influencias diferenciales de los distintos factores implicados, ya que una mayor integración y estrecha relación con los iguales puede favorecer, al mismo tiempo, que el menor se vea afectado por el peso de otros factores de carácter socio-comunitarios (ej., mejor acceso a drogas, presión social al consumo, etc.).

Es importante también señalar que la dimensión conductual que hace referencia al hecho de que los amigos beban, fumen, o sean consumidores de cannabis determina que el joven va a consumir en mayor medida este tipo de sustancias, lo que corroboran los resultados obtenidos en algunos otros estudios (Agrawal et al., 2007; Brenner et al., 2011; Feske et al., 2008; Friedman y Glassman, 2000; Henry et al., 2005; López y Rodríguez-Arias, 2010; Muñoz-Rivas, 2000; Pérez et al., 2010; Villarreal et al., 2010) que han considerado las relaciones de intimidad entre los compañeros de grupo, donde éste podría configurarse como un potente pronosticador de la implicación del joven en una primera etapa de consumo centrada en el uso de alcohol, tabaco y cannabis pero, una vez establecida, tal y como propusieron Kandel y Andrews (1987), sería la imitación de la conducta de los iguales la forma dominante de influencia social favoreciendo la selección de compañías que refuerzan este tipo de conductas (amigos consumidores). Si a su vez, la relación con los compañeros que consumen drogas coincide con aquellos que las han consumido a edades tempranas puede darse un consumo más temprano de drogas (Hawkins et al., 1995; Hawkinst et al., 1992; Kandel, 1996) tal y como se ha descrito para la población de referencia en el presente estudio.

Siendo esto también cierto en el caso de otras sustancias, en las que su uso por buenos amigos, aumenta el uso de sustancias por parte de los adolescentes (Glaser et al., 2010). Y como sucedía en el caso de las drogas legales y el cánnabis, vemos que resulta ser pronosticador del consumo, en el sentido de un mayor uso del mismo, salir con frecuencia a conciertos con amigos también para el consumo de drogas ilegales e inhalantes. Variable que ya se ha identificado como de riesgo en otros estudios anteriores sobre el consumo de drogas en la vida recreativa, tanto en ciudades españolas como europeas y que aportan evidencia de una sustancial y progresiva normalización del consumo de drogas tanto de comercio legal como ilegal en entornos recreativos específicos, no sólo en los eventos "rave" en los que ya se venía observando el consumo de drogas de comercio ilegal (Calafat et al., 2001; Parker et al., 2002). En un estudio realizado en cuatro ciudades españolas, Calafat et al. (2006) perciben cómo el grado de implicación en salir, el consumo de drogas como motivación específica para salir o la preferencia por contextos recreativos determinados serían indicadores con capacidad para discriminar entre consumidores y no consumidores de drogas. De hecho, su capacidad predictiva fue similar a los predictores tradicionales que funcionaron mejor de naturaleza individual e interpersonal: haber probado tabaco y alcohol, ser mal estudiante, poco religioso, tener amigos consumidores, tener conductas de riesgo y desviadas socialmente y diversas actitudes favorables al consumo de drogas y en contra de su

control legal. En un estudio posterior con una muestra más amplia de 1.777 jóvenes en 10 ciudades europeas, y utilizando una metodología parecida, todavía resultó más clara la capacidad predictiva del grupo de variables ligadas a la gestión de la vida recreativa (Calafat *et al.*, 2007).

El **entorno escolar** ha resultado de un impacto relevante en el consumo de drogas, tener una buena consideración de sí mismo como estudiante, siendo, de este modo, un pronosticador fiable de la menor implicación del joven en el consumo de drogas. Es éste un aspecto que se repite como factor de protección para cualquiera de las sustancias de análisis (Barca, Otero, Mirón y Santorum, 1986; Muñoz-Rivas *et al.*, 2000). Parece que la desvinculación escolar está fuertemente relacionada con la deserción de la escuela, así como con conductas problemáticas graves, que incluyen el uso o abuso de sustancias psicoactivas (Fleming *et al.*, 2010; Henry *et al.*, 2012). Las constantes faltas al centro escolar aumentan de forma importante las posibilidades de que el adolescente se implique en conductas inadecuadas para su edad o en conductas de carácter antisocial, entre las que se encuentra el consumo de drogas. Distintos estudios encuentran que aquellos niños o adolescentes que tienen previsto asistir a la escuela tienen un menor consumo de drogas que aquellos que no piensan ir. Específicamente, el "hacer novillos" (faltas a clase no justificadas) es uno de los factores claves para explicar el bajo apego a la escuela, siendo uno de los factores más claramente asociados con el consumo de drogas (Battistich y Hom, 1997; Donath *et al.*, 2012; Dunn y White, 2011; Gottfredson, 1987; Hallfors *et al.*, 2002; Thompson y Auslander, 2007).

La propia consideración de uno mismo como buen estudiante ha resultado ser una variable protectora frente al consumo de todas las drogas analizadas y en la línea de otros estudios realizados en nuestro entorno. El autoconcepto es una variable compleja integrada por muy diversos factores que se relacionan de forma diferente con el consumo de drogas (Romero, Luengo y Otero, 1995; Jackson, 1997; Graña y Muñoz-Rivas, 2000; Graña *et al.*, 2000; Brendgen *et al.*, 2004; Cava *et al.*, 2008; Wild *et al.*, 2004; Fuentes *et al.*, 2011), pero en lo relativo al autoconcepto académico, un elevado autoconcepto académico parece ejercer un papel protector respecto al consumo de drogas (Jiménez *et al.*, 2008; Musitu y Herrero, 2003; Villarreal *et al.*, 2010), incluso parece presentar una relación más intensa con el consumo de drogas que el rendimiento escolar (Martínez-Lorca y Alonso-Sanz, 2003). El autoconcepto académico se elabora en base a muchos elementos (opinión percibida en los profesores, niveles de exigencia de los padres, percepción del propio esfuerzo, autovaloración de los resultados, valoración del propio comportamiento en clase, etc.). El hecho de que presente una intensa relación con el consumo de drogas indicaría que la percepción que el sujeto tiene de su trabajo, de su esfuerzo, de su comportamiento, de las opiniones de los demás, etc.; serían aspectos a incluir en los programas de prevención dirigidos a este colectivo.

Finalmente, es importante señalar que a pesar de que las variables relacionadas con el **centro de protección** han sido señaladas en algunos estudios recientes como importantes predictores para el consumo de cualquier tipo de droga (Gamonal et al., 2005), en el presente estudio estas variables no resultan ser predictores significativos de dicho consumo. Esto podría explicarse por la metodología utilizada en dichos estudios hasta la fecha, donde se han realizado entrevistas a los profesionales y no directamente a los menores, recogiendo percepciones que una vez ajustadas se confirman como no predictores del consumo en el caso de las variables relacionadas con el centro de protección. De cualquier modo, sería imprescindible seguir realizando investigaciones en esta línea.

CONCLUSIONES GENERALES

La presente tesis doctoral surge prioritariamente desde el campo de la prevención con el interés de profundizar en el estudio del fenómeno del consumo de drogas en la población de menores protegidos. Tomando como referencia una muestra de menores acogidos en la Red de Centros de Protección del Instituto Madrileño del Menor y la Familia de la Comunidad de Madrid, la investigación realizada considera dos aspectos principales: en primer lugar, el análisis del consumo de drogas legales e ilegales para obtener información real de cómo es el patrón de consumo característico de la población de estudio y, en segundo lugar, determinar la capacidad de diversas variables de carácter psicosocial para predecir el consumo observado, posibilitando el determinar vías de actuación desde el ámbito preventivo más eficaces al asentarse en datos no sólo teóricos sino empíricos.

Como se ha comentado, el primero de los trabajos empíricos se ha propuesto con el objetivo fundamental de evidenciar la magnitud del consumo de sustancias adictivas entre las que se han incluido el alcohol (cerveza, vino y combinados), el tabaco, el cannabis, la cocaína, las anfetaminas, los alucinógenos, los inhalantes, las drogas de síntesis, y la heroína. Para todas ellas, se recogen las prevalencias de consumo en función de distintos parámetros temporales, como son el consumo alguna vez en la vida, el consumo realizado en los últimos seis meses y el consumo realizado en el último mes, se estiman las diferencias encontradas en función de variables demográficas como la edad y el sexo de los sujetos, la edad de comienzo en el mismo, la distribución temporal del uso de cada una de las sustancias y, especialmente, el patrón de continuidad en el consumo.

Las conclusiones más relevantes obtenidas en este primer estudio han sido:

1. El alcohol (en sus diversas formas: cerveza, vino y combinados) y el tabaco junto con el cannabis (más de la tercera parte de la población de referencia ha probado esta sustancia) son las sustancias que presentan un uso más generalizado en la población de referencia, obteniendo mayores prevalencias de consumo, muy por encima de las estimadas para el resto de sustancias estudiadas.
2. De las otras drogas ilegales, es importante señalar que en la muestra de estudio las prevalencias de consumo alguna vez en la vida, consumo en los últimos seis meses y consumo en el último mes, obtenidas para el consumo de inhalantes (pegamento/disolventes/colas) son mayores que las prevalencias obtenidas para el consumo de otras como la cocaína. Las drogas de síntesis son las sustancias que menores prevalencias de consumo han obtenido y la heroína es una sustancia desconocida por la muestra de estudio.

3. Con respecto al consumo de alcohol:

- El consumo de bebidas alcohólicas (cerveza, vino y combinados) es superior en las mujeres de la población estudiada que en los varones.
- Se aprecia un incremento del consumo de alcohol en cualquiera de sus formas conforme aumenta la edad de los encuestados sin diferencias por sexos.
- El análisis de los datos realizado respecto a la posible relación entre la edad y la edad de inicio en el consumo y los grupos de consumidores según la frecuencia de consumo declarado de alcohol, no muestra efectos significativos en los diferentes grupos de consumidores.
- No existen diferencias significativas entre los grupos de consumo en los últimos seis meses y consumo en el último mes, por tanto podríamos señalar la generalización del consumo y la continuidad en el mismo.
- Son los combinados, con un 20,6%, los que mayor proporción de consumo obtienen en una frecuencia semanal, seguidos de la cerveza con un 18,2% y del vino con un 14,4%. Esta relación se invierte si en vez de analizar el consumo una vez por semana lo hacemos de dos a seis veces por semana, entonces es la cerveza (6,5%) la que supera a los combinados (5,9%) y al vino (5%).
- La edad media de inicio en el consumo de cerveza se sitúa en torno a los 13 años en varones y en torno a los 12,9 en mujeres. Con respecto al vino, vuelve a ser la población femenina la que comienza antes el consumo, en torno a los 12,4 años, mientras que la edad media de inicio en el caso de los varones es de 13 años. Con respecto al consumo de los combinados, son los varones los que presentan una edad de inicio menor, en torno a los 13,4 años, siendo aproximadamente medio año inferior a la de las mujeres.
- Analizando la continuidad en el consumo de las diferentes sustancias alcohólicas, nos encontramos que en la continuidad de consumo de la cerveza no existen diferencias significativas entre sexos, pero sí se observa un incremento significativo del porcentaje de menores que siguen consumiendo dicha sustancia a medida que avanza la edad, aumentando en casi el 30% a la edad de 14-15 años y manteniéndose para el rango de edad de 16-17 años. Si bien estas diferencias no resultan estadísticamente significativas.
- Con respecto al patrón de continuidad en el consumo de vino, tampoco se establecen diferencias significativas entre mujeres y varones y, al igual que

en el caso anterior, con respecto a los grupos de edad sí se encontraron diferencias significativas, especialmente con el rango de edad de 14-15 años.

- Al igual que pasara con la cerveza y el vino, en la continuidad del consumo de combinados no encontramos diferencias significativas entre sexos pero sí en relación con los grupos de edad llegando a ser de un 92,7% el porcentaje de consumidores que habiendo consumido alguna vez, declaran mantenerse consumiendo en los últimos seis meses previos a la encuesta a la edad 16-17 años.

4. Con respecto al consumo de tabaco:

- Existen diferencias significativas en el consumo de tabaco entre mujeres y varones, siendo ellas las que fuman mayoritariamente (un 65,5% frente a un 48%, respectivamente).
- Nuevamente encontramos diferencias significativas entre los distintos grupos de edad, siendo el porcentaje de fumadores que declararon haber fumado en el último mes del 65,9% a la edad de 16-17 años.
- La edad media de inicio en el consumo del tabaco entre las mujeres se encuentra en torno a los 12,2 años y entre los varones en torno a los 12,8 años.
- En la continuidad en el consumo de tabaco nos encontramos diferencias significativas entre los diferentes grupos de edad, especialmente en el rango de edad de los 14-15 años ya que alcanza una continuidad en el consumo de un 92,78%.

5. Con respecto al consumo de drogas ilegales:

- El cannabis es la sustancia más consumida por la población objeto de estudio.
- En función de la frecuencia de uso semanal el porcentaje de jóvenes que consumen cannabis es del 10,6%, seguido por el de consumidores de inhalantes (4,7%) y por el de consumidores de cocaína (4,7%).
- De todas las analizadas, la segunda sustancia más consumida por la muestra femenina es la cocaína mientras que, para los varones, son los inhalantes las sustancias de consumo más frecuente.
- Analizando las diferencias encontradas en el consumo de sustancias ilegales observamos que éste se incrementa significativamente con la edad,

duplicándose el número de consumidores de todas ellas entre los 12 y 17 años.

- La edad media de inicio en el consumo de cannabis se sitúa en torno a los 13 años en ambos sexos. De los que la prueban a esta edad, cerca del 28% siguen consumiendo un año más tarde y, de ellos, más del 30% continúan haciéndolo a los 17 años.
- En la edad media de inicio en el consumo de cocaína sí aparecen diferencias significativas entre sexos, señalando una edad de comienzo más tardía en el caso de los varones. Con respecto a la continuidad en el consumo, no aparecen diferencias significativas ni en función del sexo ni de la edad.
- En el consumo de anfetaminas no encontramos diferencias estadísticamente significativas entre sexos ni para la edad de inicio (aunque también en este caso, las mujeres presentan una edad de inicio menor) ni para la continuidad en el consumo, ni en función de la edad, ni en función del sexo.
- En el consumo de alucinógenos, el porcentaje de mujeres que afirman haber consumido en los últimos seis meses, después de haber iniciado el consumo (el 72% de la muestra femenina) es significativamente superior al de los varones. También resulta tener particular relevancia estadística la diferencia encontrada entre hombres y mujeres para la edad de inicio de esta sustancia, siendo ésta menor en el caso de ellas.
- En la edad media de inicio y continuidad en el consumo de drogas de síntesis según sexo, no aparecen diferencias significativas. No se dan tampoco diferencias estadísticamente significativas entre los diferentes rangos de edad considerados en el estudio en cuanto a la continuidad en el consumo.
- Finalmente, en el consumo de inhalantes (pegamento, disolventes, colas) no aparecen diferencias significativas entre sexos, ni en la edad de inicio, ni en la continuidad en el consumo. Aunque en este caso, y a diferencia del resto de sustancias analizadas, se observa que son los hombres los que antes se inician y los que en mayor medida continúan el consumo una vez iniciado éste.

Una vez considerados los datos resultantes de este primer estudio con respecto al uso real de drogas tanto de comercio legal como ilegal en la muestra de referencia, se plantea el segundo de los que conforman la presente investigación centrado en un doble objetivo:

a) Determinar la forma en la que se asocian los consumos de las diferentes sustancias consideradas (el alcohol, el tabaco, el cannabis, la cocaína, las anfetaminas, los alucinógenos, los inhalantes, las drogas de síntesis, y la heroína), aislando aquellos grupos cuyo uso tiende a presentarse de un modo conjunto en la muestra de referencia. En este sentido las conclusiones más relevantes son:

- Se evidencia un patrón de consumo múltiple de sustancias que acumula la toxicidad y potencia los efectos negativos que se producen con la combinación de las distintas drogas.
- Existe un patrón de policonsumo conformado por todas aquellas sustancias de comercio legal asociadas entre sí y entre éstas y el cannabis, confirmando la difusión generalizada del consumo de cannabis entre los consumidores de alcohol y tabaco.
- Los resultados obtenidos en las drogas de comercio ilegal consideradas en el estudio (cocaína, anfetaminas, alucinógenos, inhalantes y las drogas de síntesis), reflejan el fenómeno de escala en el consumo, consolidándose y manteniendo un patrón de uso y abuso más problemático a la adicción.

b) Clarificar el poder predictivo de aquellos factores de riesgo para el consumo de drogas recogidos de la literatura en este campo por ser los que más peso parecen tener en el inicio del uso y abuso de las mismas. En este sentido, se han estudiado un conjunto de variables relacionadas con aspectos psicológicos y emocionales, con la influencia del grupo de iguales y con el centro de protección, relativos a la disponibilidad de droga y la percepción de riesgo y escolares. Las conclusiones más relevantes obtenidas de este segundo planteamiento son distintas según se trate de cada uno de los tipos de sustancias analizados. Así pues:

En cuanto a la predicción en el **consumo de sustancias como el alcohol, tabaco y cannabis**, se mostraron como importantes **factores de riesgo**:

- Psicológicos y emocionales: búsqueda de emociones, la presencia de comportamientos destructivos o vandálicos en pubs o concentraciones deportivas.
- Relacionados con el centro de protección: la integración en el centro dentro del barrio y la estrecha relación con los compañeros del propio centro.
- Relacionados con la disponibilidad de la droga y la percepción de riesgo: el fácil acceso a sustancias como el cannabis y la cerveza así como la percepción de alto riesgo para la salud derivado del consumo de cocaína.
- Relacionados con la influencia del grupo de iguales: el consumo de alcohol, tabaco y cannabis en los amigos, la presión de los iguales para que el menor

fume o beba, el ir a pubs, bares y discotecas y participar en asociaciones o grupos reglados como actividades de ocio.

- Relacionados con el ámbito escolar: faltar a clase sin motivo justificado y existencia de buenas relaciones con los compañeros de clase.

Por el contrario se presentan como importantes **factores de protección**:

- Psicológicos y emocionales: la práctica de la religión que se profesa, la empatía como característica de la personalidad y el mantener contacto habitual con la familia.
- Relacionados con el centro de protección: la valoración positiva del centro por parte del menor en cuanto al área afectiva, la búsqueda de apoyo instrumental en los adultos del centro para la solución de sus problemas y la cercanía afectiva del menor con respecto a sus cuidadores.
- Relacionados con la disponibilidad de la droga y la percepción de riesgo: alto riesgo percibido para la salud derivado del consumo de cánnabis y alucinógenos.
- Relacionados con la influencia del grupo de iguales: la práctica de actividades de tiempo libre relacionadas con escuchar música, leer tebeos o dibujar.
- Relacionados con el ámbito escolar: la valoración positiva del menor de la formación que recibe en su centro escolar en cuanto al área artística y la autovaloración como buen estudiante.

En cuanto a la predicción en el **consumo de sustancias como la cocaína, las anfetaminas, los alucinógenos, los inhalantes y las drogas de síntesis**, se mostraron como importantes **factores de riesgo**:

- Psicológicos y emocionales: la realización habitual de actos vandálicos por parte del menor, relativos a la destrucción de mobiliario urbano en la calle, el metro o conciertos.
- Relacionados con la disponibilidad de la droga y la percepción de riesgo: el fácil acceso a sustancias como las anfetaminas.
- Relacionados con la influencia del grupo de iguales: el consumo habitual de anfetaminas e inhalantes en los amigos y el acudir a conciertos como actividad preferente para ocupar el tiempo libre.

Por el contrario se presentan como importantes **factores de protección**:

- Relacionados con el centro de protección: la prohibición explícita de no consumir drogas.
- Relacionados con la disponibilidad de la droga y la percepción de riesgo: la percepción de un alto riesgo para la salud derivado del consumo frecuente de cocaína.

Finalmente, es necesario considerar algunas de las implicaciones de las conclusiones señaladas. En primer lugar, se trata este del primer estudio empírico realizado en la población de menores protegidos de la Comunidad de Madrid, ya que otros autores han estudiado de forma indirecta tanto la situación de consumo como los factores intervinientes en el mismo, obteniendo siempre los datos de terceros informantes (educadores y otros profesionales de los centros).

En el presente estudio se obtienen datos similares a los obtenidos en las encuestas escolares realizadas bianualmente en Madrid sobre población juvenil, referentes a prevalencias, diferencias en función del sexo y la edad, edad de inicio o continuidad en el consumo, y si bien la comparación directa es difícil, conviene subrayar las diferencias encontradas, a tener en cuenta, especialmente a la hora de ajustar las estrategias preventivas a desplegar específicamente en este colectivo: se encuentran para todas las sustancias y todas las frecuencias analizadas prevalencias mayores que en la población normalizada, siendo especialmente mayores las obtenidas para el consumo en el último mes, donde para alguna de las sustancias llega casi a duplicarse la frecuencia de consumo encontrada para los menores protegidos en relación a sus pares normalizados, por ejemplo, el tabaco lo consumen en el último mes un 56,75% frente a un 27,2% de la población normalizada (Encuesta Escolar Comunidad de Madrid, 2010). Son sorprendentes las frecuencias semanales o diarias encontradas, por ejemplo, en el caso del cannabis, que lo consumen semanalmente un 10,6% de los menores y un 7,6% lo consume a diario. Esto podría indicar un mayor porcentaje de consumidores con un consumo de mayor riesgo para la población de referencia que entre la población normalizada y podría explicarse por el mayor número de factores de riesgo que esta población por sus características de abandono o desprotección soporta.

También hay que hacer hincapié en las diferencias de preferencia respecto a las sustancias de elección, ya que nuestra población prefiere después del alcohol, el tabaco y el cannabis, en lugar de la cocaína, los inhalantes. Esto podría explicarse debido al elevado número de menores procedentes del norte de África y que forman un alto porcentaje del total de la población de estudio. Las diferencias en los patrones de consumo existentes en su país de origen son importadas cuando se trasladan a nuestro país. En esta población, la droga principal de abuso son los inhalantes, como se ha puesto de manifiesto en estudios realizados en población de menores inmigrantes (Arbex, 2005; Markez y Pastor, 2010).

Resaltar que así como en población escolar normalizada las edades de inicio son muy bajas, en nuestro caso, éstas lo son en mayor medida, por lo general, en más de un punto porcentual. En la línea de los resultados obtenidos, sería necesario ofrecer información específica sobre las distintas drogas de abuso dentro de los programas preventivos diseñados para los menores de los centros de protección más tempranamente que en el resto de intervenciones preventivas con población normalizada y realizar una detección temprana de las situaciones de consumo inicial para poder abordarlas antes de que evolucionen de forma rápida a consumos de mayor frecuencia. Así como disponer de tratamientos de deshabituación adaptados a población adolescente que puedan responder de forma inmediata frente a detecciones precoces de situaciones de adicción, por ejemplo, en el caso del tabaco. Además, sería conveniente mantener abierta esta línea de investigación y realizar de forma periódica encuestas a este colectivo para, no sólo confirmar o refutar los resultados obtenidos en la presente tesis doctoral, sino conociendo la evolución que se produce, implementar las estrategias preventivas más ajustadas a los resultados que se vayan obteniendo en sucesivos estudios.

A la luz de los resultados obtenidos, no nos podemos identificar con cualquier literatura sobre los programas de prevención del uso y abuso de drogas. Los estudios realizados hasta la fecha han sugerido que existen estrategias y habilidades cognitivo-conductuales basadas en intervenciones de reducción de riesgo que son eficaces con otro tipo de poblaciones de adolescentes, pero no pueden tener el mismo efecto con los menores residentes en los centros de protección (Becker y Barth, 2000; Slonim-Nevo y Auslander, 1996). Factores como ausencia de familia o de una red social de confianza, conflicto familiar, malos tratos, déficits educativos, etc., presentes en la población de estudio, ponen en peligro la eficacia de medidas preventivas que de otro modo podrían ser efectivas (McMiller *et al.*, 2005).

La adolescencia es el tiempo crucial para la prevención del paso del uso, al abuso o a la dependencia de sustancias psicoactivas ya que es a lo largo de la adolescencia cuando se inicia hasta alcanzar niveles máximos en la edad adulta joven (Brown *et al.*, 2008). A nuestro juicio, sería conveniente plantear en la Red de Protección de Menores de la Comunidad de Madrid programas de prevención diseñados específicamente para esta población, que desarrollen estrategias de prevención selectiva e indicada y que incluyan, al menos, intervenciones de detección precoz, diagnóstico, tratamiento y seguimiento, así como psicoterapia cognitivo-conductual de evidencia contrastada. En la línea y de forma complementaria a programas de reciente aparición en España, con base en la evidencia científica, como el programa "Protegiéndote" (Lucas, 2009, 2012), puesto en marcha por la Agencia Antidroga, dirigido a todas las etapas de la educación obligatoria, desde los 3 a los 16 años y que se ofrece a todos los centros educativos de la Comunidad de Madrid.

Nuestras conclusiones sugieren, en primer lugar, que las intervenciones a desarrollar para los adolescentes del sistema de protección, al igual antes que otros muchos estudios, la idoneidad de elaborar programas preventivos multicomponente que, además de incluir los últimos avances sobre las bases neurobiológicas del consumo de drogas, se consideren todas las otras dimensiones que, como se ha comprobado, explican con mayor o menor peso tanto el consumo como el no consumo de drogas en menores.

En segundo lugar, si se consideran cada uno de los grupos de sustancias que asocian su consumo como el reflejo de distintas etapas en la implicación del mismo por parte de los menores (la mayor parte de ellos consumen alcohol, tabaco y cannabis, y un porcentaje más reducido pero amplio consumen el resto de drogas ilegales, con predominio del consumo de inhalantes y cocaína), deberían tenerse en cuenta las variables que han resultado tener un valor pronóstico importante y diferenciado para cada una de ellas, en el intento de ajustar lo más detalladamente posible cada una de las intervenciones preventivas. En este sentido, según se trate de uno u otro tipo de droga, los factores que explican la mayor o menor implicación en su consumo tienen un valor diferente según cada caso. Así pues, si se observan los patrones de riesgo y protección extraídos para cada una de las drogas de consumo, es posible observar, por ejemplo, cómo si bien los factores del grupo de iguales, ocupan el primer lugar, en cuanto a valor explicativo, en el caso del consumo de alcohol, tabaco y cannabis, éstos pasan a ocupar el tercer lugar detrás de las variables psicológicas y de las relacionadas con la disponibilidad y la accesibilidad a las drogas en el caso del resto de drogas analizadas. De igual forma, estas variables tienen un peso determinante en el caso del consumo de alcohol, tabaco y cannabis (ocupando el tercer y segundo puesto respectivamente, detrás de las variables relacionadas con el grupo de iguales). Por otro lado, hay que resaltar que apenas hay factores de protección afectando la ocurrencia futura del consumo de sustancias de comercio ilegal e inhalantes, tal y como se recoge en otros estudios precedentes realizados sobre el mismo tipo de población (Traube *et al.*, 2012), lo que es particularmente preocupante dado que las consecuencias del consumo de estas sustancias es especialmente grave.

Así, y como ya es aceptado por la totalidad de la comunidad científica, estos programas de prevención deben mejorar los factores de protección y revertir o reducir los factores de riesgo (Hawkins, Catalano y Arthur 2002) y dirigirse a todas las formas de abuso de drogas, incluyendo el consumo de drogas legales e ilegales y el uso inapropiado de sustancias obtenidas legalmente, como los inhalantes (Johnston, O'Malley y Bachman, 2002), además deben diseñarse para tratar los riesgos específicos de la población a la que se dirigen (Oetting, E., Edwards, R., Kelly, K. y Beauvais, 1997), en este caso para una población que entre sus miembros ya presenta consumo de drogas y que tiene además otros problemas conductuales.

De cualquier forma, al considerar el gran número de variables que deben ser incluidas en los programas preventivos y contar, además, con que estamos ante un problema cambiante tanto por la propia dinámica del fenómeno como por afectar a un sector de población con características diferenciales y que también se encuentra en un período de múltiples cambios que necesariamente debe afrontar, es imprescindible, al igual que ya se han diseñado en otros ámbitos, que se elaboren programas de intervención que abarquen no sólo la adolescencia o los problemas de consumo inicial directamente, sino también la primera infancia y que sean aplicados en cada una de las etapas por las que pasa todo niño-joven, considerando de forma específica (a pesar de que se orientaran dentro de un marco globalizador) a aquellas variables más estrictamente implicadas en cada una de ellas. En este sentido, y de cara al diseño de programas específicos dirigidos al colectivo de menores que nos ocupa, se ha de tener en cuenta, como ya se ha comentado, que estos menores presentan características comunes diferenciales de sus pares normalizados que incrementan el riesgo de consumo de drogas o de otras conductas violentas, como problemas familiares, abandono o maltrato o situación de menor no acompañado, generalmente en el caso de menores extranjeros. Se ha demostrado que las estrategias de prevención temprana evitan la progresión de estos problemas conductuales y frenan el desarrollo de conductas y riesgos nuevos, riesgos que a menudo no suponen más que la acumulación de déficits anteriores. Una intervención temprana en los factores de riesgo (por ejemplo, conducta agresiva y auto-control deficiente), a menudo tiene un mayor impacto que una intervención tardía, pues cambia la trayectoria de la vida del niño alejándole de los problemas y dirigiéndole hacia conductas positivas (Ialongo, Kellam, Poduska y Werthamer, 2001). Estas intervenciones además de más eficaces, son menos costosas que las dirigidas a poblaciones con edades superiores. Los objetivos pueden dirigirse tanto al fortalecimiento de determinadas prácticas (familiares, del centro de protección, individuales, escolares) con el propósito de prevenir el desarrollo de subsecuentes interacciones de riesgo, como a la atención sobre la primera inclusión del niño dentro del grupo de iguales conflictivos con el fin de prevenir asociaciones posteriores problemáticas.

De esta forma, podría apoyarse la elaboración de programas que desde los primeros años de vida del futuro joven fueran atendiendo, por ejemplo, al desarrollo de sus características psicológicas y emocionales detectando aquellos que podrían ser más vulnerables al uso de drogas (niños más tendentes a la búsqueda de emociones o a presentar comportamientos destructivos o vandálicos), a través del seguimiento por parte de los profesionales de los centros de protección (previamente deberían haber sido concienciados y entrenados para ello) en coordinación con los centros escolares y de salud que en estas edades tienen un contacto muy cercano con los menores.

Igualmente, deberían centrarse en la responsabilización de los padres en la prevención del uso de drogas, no sólo cuando éste ya existe y es problemático sino cuando aún ni siquiera es posible pero es necesario prevenir, buscando de forma prioritaria la permanencia de los menores en los hogares de origen, en aquellos casos en los que sea posible, ya que se trata de uno de los más consistentes factores de protección para el inicio del consumo de drogas en la población de menores protegidos (Traube *et al.* 2012). En este sentido, podría ser útil también implicar a las madres adolescentes o que viven en condiciones de pobreza desde el embarazo hasta los dos años, como a padres cuyos hijos exhiben conductas desobedientes, testarudez y conductas agresivas a edades tempranas (de dos a ocho años) de cara a la prevención tanto de conductas de consumo, como de otras conductas que exhiben los menores acogidos en los centros de protección. En cuanto a las familias con las que se mantiene contacto (previo o posterior a la situación de acogida) a través del centro de protección o de servicios sociales, las intervenciones más eficaces para prevenir el abuso de drogas serían tendentes a favorecer una cercanía percibida de los padres y una conexión con ellos, a mejorar las habilidades de monitoreo y supervisión, en la dirección que apuntan, tanto otros estudios realizados en el mismo ámbito (Cleveland *et al.*, 2007; Hawkins *et al.*, 2008; Cheng y Lo, 2011) como en población normalizada (Clark *et al.*, 2008; Fang *et al.*, 2011; Fletcher *et al.*, 2004; Hemovich *et al.*, 2011; Ryan *et al.*, 2010; Secades *et al.*, 2005) entrenándoles en el establecimiento de reglas, técnicas para el seguimiento de actividades, elogio por conductas apropiadas y disciplina moderada y consistente (Kosterman *et al.*, 2001) que favorezca un adecuado seguimiento y supervisión parental como estrategias prioritarias en este tipo de población, además de ofrecerles educación e información sobre drogas que se sabe refuerza lo que los niños puedan aprender sobre las consecuencias negativas de las drogas legales e ilegales (Bauman *et al.*, 2001). Parece claro que la familia no ejerce sólo una influencia directa sobre la conducta de riesgo de los jóvenes, sino que tiene un efecto modulador sobre otros factores de riesgo y aunque con la edad, el control parental tiende a disminuir, se mantiene una mayor protección para los hijos frente al consumo de drogas, si los padres continúan proporcionando supervisión parental (Piko y Balázs, 2012) lo cual sería algo a tener en cuenta de cara al planteamiento de estrategias preventivas dirigidas a la población de menores de los centros de protección. Además, se sabe que las intervenciones cortas (que en la mayoría de las ocasiones serán las únicas posibles con las familias de los menores acogidos en estos centros) pueden cambiar positivamente ciertas conductas de los padres reduciendo los riesgos futuros para el abuso de drogas (Spath, Redmond, Trudeau y Shin, 2002).

Por otro lado, la importancia constatada de variables como el grupo de amigos y el tipo de actividades que realizan, ya señalado en otros estudios realizados con población similar (Thompson y Auslander, 2007; Traube *et al.*, 2012), señalaría la necesidad de aunar esfuerzos (desde la familia, la escuela, los centros de

protección y otras instituciones oficiales) para incitar a los adolescentes desde muy pequeños a considerar alternativas saludables de ocio y tiempo libre que satisfagan sus necesidades personales (búsqueda de situaciones novedosas, curiosidad) y que logren, en alguna medida, crear otras fuentes distintas de gratificación (que para el colectivo de menores protegidos y en base a los resultados obtenidos parecen ir más en la línea del fomento de la creatividad personal y de favorecer la ocupación de espacios de tiempo libre además, de en grupo, también en solitario) que se sumen a lo que hoy en día es prácticamente la única vía de disfrute juvenil existente (el ocio nocturno en la calle, pubs, discotecas, conciertos, etc.) y que, como se ha comprobado, está asociada fuertemente con una mayor implicación de los más jóvenes en el consumo de alcohol, tabaco, cánnabis y las otras drogas analizadas. La "normalización" del consumo de ciertas sustancias como el alcohol, el tabaco y el cánnabis, tal y como atestiguan las altas prevalencias reflejadas en las encuestas realizadas a población escolar, unido al fácil acceso a las mismas y a una cada vez mayor baja percepción de riesgo de la población en general frente a este consumo, podría explicar, en buena parte, el hecho de que mantener una estrecha relación con los compañeros del centro de protección, con los compañeros de colegio, tener sentimientos de integración en el barrio o pertenecer a asociaciones o grupos reglados de ocio sean variables de riesgo para el consumo de alcohol, tabaco y cánnabis. Y que salir frecuentemente a pubs, bares y discotecas con amigos, lo sea tanto para el consumo de éstas como para el consumo de otras drogas de comercio ilegal o de inhalantes. Por un lado, en la actualidad, para muchos adolescentes, este modo de consumo (alcohol, tabaco y cánnabis) llega a considerarse prácticamente como un rito de integración en el grupo de iguales y, en general, se lleva a cabo compatibilizándolo con el mantenimiento de estilos de vida integrados, tanto en el ámbito familiar, como en el educativo e, incluso, en el laboral, en el caso de quienes ya están trabajando. Por otro, el perfil de quienes consumen drogas ilegales y las pautas de ese consumo han cambiado. Hoy se conoce como "consumo recreativo" de drogas, es decir, el consumo, en ocasiones simultáneo, de sustancias como el alcohol, el cannabis, la cocaína, el éxtasis y toda una serie de derivados anfetamínicos. Vivimos un momento histórico en el que la humanidad parece comprometida en un afán por superar lo natural y evadirse de cualquier inconveniencia de la vida, dentro de este esquema, la lógica de tener que sentirse bien para poder vivir se ha visto potenciada de manera extraordinaria en los últimos cuarenta años, en la medida en que han terminado por generalizarse interacciones sociales que permiten hablar de un estilo de funcionamiento hedonista; por ejemplo, la permisividad casi extrema, la flexibilidad en "casi todo", la justificación de casi todo con tal de evitar problemas o, lo que es igual, de reducir rápidamente al mínimo el malestar o el sufrimiento propios. Los valores centrados en las consecuencias a largo plazo de las acciones están hoy a la baja, mientras que sube y se potencia la justificación de las acciones que "parcean" los problemas y bloquean que podamos "ver más allá", lo que genera a la larga otros problemas

de mayor gravedad (Wilson y Luciano, 2008). En este contexto se requiere un replanteamiento del modelo psicoeducativo vigente actualmente en los Centros del IMMF, que se podrían beneficiar de intervenciones derivadas de aportaciones psicológicas más actuales como la terapia de aceptación y compromiso, que huye de una concepción que ha desnaturalizado el sufrimiento como una parte natural de la vida.

Existen variables sobre las que sólo podremos influir de modo parcial, como son las relacionadas con la disponibilidad y la percepción de riesgo. A pesar de ello, se van a ver influenciadas, mitigadas o potenciadas por las intervenciones que se realicen sobre el resto de variables descritas. En este mismo sentido la variable que ha resultado ser protectora frente al consumo de drogas ilegales ha sido la existencia de normas claras sobre el no consumo de estas. El hecho de que la normativa existente tanto en una comunidad como en un centro específico favorezca la no disponibilidad, ni uso de drogas en su entorno, es un predictor eficaz frente al no consumo, ya que influye en el tipo de representación social que los menores hacen del consumo, dado que una mayor incidencia de consumo en el entorno fomentará la creencia de aceptación y percepción favorable del consumo. Aunque, como ya se comentó, el riesgo percibido del uso de diferentes sustancias esté también en función de su identificación con una mayor o menor peligrosidad. Sería conveniente, por tanto, consensuar y unificar criterios que incluyan normas específicas de prohibición del consumo de drogas, procedimientos de actuación ante sospechas de consumo y protocolos de detección precoz e intervención temprana en los centros de protección.

En cuanto a las variables relacionadas con el ámbito escolar, no comentadas hasta ahora, parece claro que para el consumo de drogas legales y cánnabis, faltar a clase y tener una buena valoración positiva de la formación que se recibe en el área artística y para el consumo de drogas legales e ilegales, tener una buena consideración de sí mismo como estudiante, son los factores que van a asociarse con el consumo de drogas. Está bien constatado que la satisfacción con la escuela y encontrarse bien en ella facilita el desarrollo de conductas normativas y disminuye las probabilidades de uso de sustancias (Markham et al., 2010; Piko y Kovács, 2010). Otros estudios previos sobre población similar también constatan como factores de protección frente al consumo de drogas en este tipo de población, el compromiso con el entorno escolar, la participación escolar y la participación en actividades extracurriculares (Cheng y Lo, 2011; Hawkins et al., 2008; Cleveland et al., 2007; Guibord et al., 2011) por lo que sería prioritario fomentar este tipo de decisiones y comportamientos que, a su vez, redundarían en un autoconcepto académico y personal más elevado.

Específicamente, las faltas a clase no justificadas son uno de los factores claves para explicar el bajo apego a la escuela, siendo uno de los factores más claramente

asociados con el consumo de drogas (Battisüch y Hom, 1997; Donath *et al.*, 2012; Dunn y White, 2011; Gottfredson, 1987; Hallfors *et al.*, 2002; Thompson y Auslander, 2007). Si este tipo de conducta -no asistir a clase- se relaciona con otros factores que pueden estar presentes en la población estudiada, tales como desarraigo familiar, abandono, desprotección, problemas personales, etc., es aún más probable que se puedan mantener esas conductas. Además, el comienzo temprano del consumo de drogas (más prematuro en la población estudiada que en su media etaria), como el tabaco, el alcohol y el cánnabis también incrementa posteriormente el riesgo de abandono prematuro de la escuela sin finalizar los estudios.

La propia consideración de uno mismo como buen estudiante ha resultado ser una variable protectora frente al consumo de todas las drogas analizadas y en la línea de otros estudios realizados en nuestro entorno. El autoconcepto es una variable compleja integrada por muy diversos factores que se relacionan de forma diferente con el consumo de drogas, pero en lo relativo al autoconcepto académico, un elevado autoconcepto académico parece ejercer un papel protector respecto al consumo de drogas (Jiménez *et al.*, 2008; Musitu y Herrero, 2003; Villarreal *et al.*, 2010), incluso parece presentar una relación más intensa con el consumo de drogas que el rendimiento escolar (Martínez-Lorca y Alonso-Sanz, 2003), por lo que su desarrollo debería ser considerado como un importante objetivo de los programas de prevención.

Por último, y si bien en cuanto a su valor explicativo, las variables relacionadas con el centro de protección después de las escolares son las que ocupan el último lugar, resultan factores de protección frente al consumo de drogas, y no comentados todavía hasta aquí, la valoración positiva del centro por parte del menor con respecto al área afectiva, la búsqueda de apoyo instrumental en los profesionales adultos del centro y el sentimiento de cercanía afectiva con los profesionales adultos del centro. Lo que estaría en la línea de otros estudios en el ámbito, realizados en poblaciones similares, donde se encuentra reiteradamente que la calidad percibida de la relación con los educadores de los centros y otros profesionales protege frente al consumo de drogas y que por el contrario una mala relación percibida resulta ser un factor de riesgo (Guibord *et al.*, 2011; Wall y Kohl, 2007; Troube *et al.* 2012). Aspectos todos ellos, que sin duda, ponen en evidencia las carencias afectivas con las que cuentan los menores que hoy se encuentran en los centros de protección de la Comunidad de Madrid: abandono, abuso, maltrato procedente del entorno familiar, conflictos interparentales de carácter destructivo, etc. Y que añaden un número mayor de factores de riesgo que el soportado por la población normalizada de su edad. En este contexto, parece de vital importancia la existencia de adultos de referencia que estén en condiciones de proporcionar el afecto y la seguridad que les ha sido negados, posibilitando así una menor

probabilidad de consumir drogas como tabaco, alcohol o cánnabis, en una edad en la que es mayor la influencia de las figuras de autoridad.

Este último aspecto centra la pertinencia de mantener la función que tradicionalmente cumplían los centros de protección, donde fundamentalmente se realizaba una intervención de carácter esencialmente educativo, dirigida a cubrir las carencias de tipo cognitivo, afectivo y relacionadas con las habilidades personales y sociales de las que carecían estos menores, al formar parte de familias cuyos padres no habían querido, podido o sabido, cubrir estas necesidades. Actualmente el colectivo de menores atendidos en hogares y residencias de protección, especialmente los adolescentes (que ya son más de la mitad) presenta una tasa de problemas conductuales (violencia y consumo de drogas, entre otros) que requieren una atención más intensa y más específica y que el sistema de protección en la mayoría de los casos no puede ofrecer. El sistema de protección, ante estos nuevos perfiles necesita generar programas de prevención capaces de tener algo que ofrecer a estos adolescentes, ya que puede ser la última oportunidad antes de que pasen a centros específicos de tratamiento de drogodependencias o al sistema penal.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aarons, G. A., Brown, S. A., Hough, R. L., Garland, A. F. y Wood, P. A. (2001). Prevalence of adolescent substance use disorders in a national sample of adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(12), 1503-1511.
- Aarons, G. A., Monn, A. R., Hazen, A. L., Connelly, C. D., Leslie, L. K., Landsverk, J. A., Hough, R. L., et al. (2005). Prevalence of adolescent substance use disorders in a national sample of adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44(12), 1203-1211.
- Abbey, A., Zawacki, T., Buck, P. O., Clinton, A. M. y McAuslan, P. (2004). Sexual assault and alcohol consumption: A review of the literature. *Journal of Interpersonal Violence*, 19(12), 1463-1474.
- Abou-Saleh, M. T. y Janca, A. (2004). The epidemiology of substance misuse and comorbid psychiatric disorders. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 29(1), 1-10.
- Abrahamson, A. C., Baker, L. A. y Caspi, A. (2002). Rebellious teens? Genetic and environmental influences on adolescent substance use. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41(12), 1503-1511.
- Achenbach, T. M. (1991). *Manual for Child Behavior Checklist/ 4-18 and 1991 Profile*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families.
- Adalbjarnardottir, S. y Rafnsson, F. D. (2002). Adolescent antisocial behavior and substance use: A review of the literature. *Journal of Interpersonal Violence*, 17(12), 1463-1474.
- Adams, J. B., Heath, A. J., Young, S. E., Hewitt, J. K., Corley, R. P. y Stallings, M. C. (2004). Relationship between adolescent substance use and mental health. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43(12), 1503-1511.
- Adams, Z. W., Kaiser A. J., Lynam, D. R., Charnigo, R. J., Milich, R. (2012). Drinking motives as mediators of the relationship between adolescent alcohol use and mental health. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 51(12), 1503-1511.
- Adinoff, B., Devous, M. D., Cooper, D. B., Best, S. E., Chandler, P., Harris, T., Cervin, C. A., Cullum, C. E. (1992-1894). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31(12), 1503-1511.
- Agencia Antidroga (2010). *Encuesta Domiciliaria sobre Drogas en la Comunidad de Madrid*. Madrid: Agencia Antidroga.
- Agencia Antidroga (2010). *Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en la Comunidad de Madrid*. Madrid: Agencia Antidroga.
- Agencia Antidrogas (2006). *Plan Estratégico 2006-2009 de la Agencia Antidroga para la Comunidad de Madrid*. Madrid: Agencia Antidrogas.
- Agrawal, A. y Lynskey, M. T. (2009). Tobacco and cannabis co-occurrence: does route of administration matter? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 48(12), 1503-1511.
- Agrawal, A., Lynskey, M. T., Pergadia, M. L., Bucholz, K. K., Heath, A. C., Martin, N. G. y Madden, P. A. (2007). Co-occurrence of tobacco and cannabis use: does route of administration matter? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46(12), 1503-1511.
- Agrawal, A., Lynskey, M.T., Bucholz, K. K., Martin, N. G., Madden, P. A. y Heath, A. C. (2007). Co-occurrence of tobacco and cannabis use: does route of administration matter? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46(12), 1503-1511.

- Agrawal, A., Neale M. C., Prescott, C. A., Kendler, K. S. (2004). A twin study of early cannabis use and mental health.
- Agrawal, A., Silberg, J. L., Lynskey, M. T., Maes, H. H. y Eaves, L. J. (2010). Mechanisms underlying the association between cannabis use and mental health.
- Ahlbom, A. y Norrell, S. (1990). *Introduction to Modern Epidemiology* (ed. rev.). Chestnut Hill, MA: Duxbury Press.
- Aitken, C., Kerger, M. y Crofts, N. (2000). Drivers who use illicit drugs: Behaviour and perceived risk.
- Alaniz, M. L. (2002). Migration, acculturation, displacement: migratory workers and "substance abuse".
- Alati, R., Najman, J. M., Kinner, S. A., Mamun, A. A., Williams, G. M., O'Callaghan, M. y Willian, B. (2006). Cannabis use and mental health: A population-based study.
- Alfonso, J., Dunn, M. E. (2007). Differences in the marijuana expectancies of adolescents in relation to their parents' use.
- Allsop, J. F. y Feldman, M. (1976). Personality and anti-social behavior in schoolboys: Item analysis.
- Alvarez, E. M., Barrantes, N., Navarro, J. B., Subira, S. y Obiols, J. E. (2007). Exophenotypical profile of adolescents with cannabis dependence.
- Amaro, H, Blake, S. M., Schwartz, P. M. y Flinchbaugh, L. J. (2001). Developing theory-based substance abuse prevention programs.
- Ambrosio, E. y Fernández, E. (2011). Fundamentos neurobiológicos de las adicciones. En E. J. Pedraza (ed.), *Neurobiología de las adicciones*. Madrid: Pirámide.
- Ames, G. M., Cunradi, C. B. y Moore, R. S. (2002). Alcohol, tobacco and drug use among young adults.
- Amey, C. H. y Albrecht, S. L. (1998). Race and ethnic differences in adolescent drug use: The impact of family and community factors.
- Amón, J. (1996). *Estadística para psicólogos II*. Madrid: Pirámide.
- Anderson, K. G., Tapert, S. F., Moadab, I., Crowley, T. J. y Brown, S. A. (2007). Personality risk profiles and substance use in adolescents.
- Anderson, P. (2009). Is it time to ban alcohol advertising? *Clinical Medicine*, 9(2), 121-124.
- Anderson, P. y Baumberg, B. (2006). *Alcohol in Europe. A public health perspective*. Institute of Alcohol Studies, London.
- Anderson, Z., Hughes, K. y Bellis, M. A. (2007). *Exploration of young people's experience y percept*.
- Andreu, J. M., Peña, M. E. y Graña, J. L. (2002). Adaptación psicométrica de la versión española del cuestionario de uso de sustancias.
- Andrews, J. A., Hops, H. y Duncan, S. C. (1997). Adolescent modeling of parent substance use: The role of family and community factors.
- Andrews, J. A., Tildesley, E., Hops, H. y Li, F. (2002). The influence of peers on young adult substance use.
- Angold, A., Costello, J. y Erkanli, A. (1999). Comorbidity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40(1), 1-26.
- Anokhin, A. P., Golosheykin, S., Grant, J. D. y Heath, A. C. (2011). Heritability of delay discounting and its association with impulsivity.
- Antieghini, M., Fonseca, H., Ircland, M. y Blum, R. (2001). Health risk behaviors and associated risk factors in adolescents.

- Anzengruber, D., Klump, K. L., Thornton, L., Brandt, H., Crawford, S., Fichter, M. M. y LaVia, M. (2005). Menores Inmigrantes y consumo de drogas. *Proyecto Hombre*, 6, 27-38
- Arbex, C. (2005). Menores Inmigrantes y consumo de drogas. *Proyecto Hombre*, 6, 27-38
- Arbinaga, F. (2002). Factores de protección ante el uso de tabaco y alcohol en jóvenes menores de 18 años. *Revista de Psicología*, 17, 1-10
- Arbour-Nicitopoulos, K. P., Kwan, M. Y., Lowe, D., Taman, S. y Faulkner, G. E. (2010). Social norms and alcohol consumption among young adults. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 12, 1-10
- Arellano, C. M. (1996). Child maltreatment and substance use: A review of the literature. *Substance Use and Misuse*, 31, 1-10
- Arendt, M., Mortensen, P. B., Rosenberg, R., Pedersen, C. B. y Waltoft, B. L. (2008). Familial predictors of adolescent substance use. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 34, 1-10
- Armstrong, T. D. y Costello, E. J. (2002). Community studies on adolescent substance use, abuse, or dependence. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 23, 1-10
- Armstrong, T. y Costello, E. (2002). Community studies on adolescent substance use, abuse, or dependence. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 23, 1-10
- Arranz, E. (ed.) (2004). *Familia y desarrollo psicológico*. Madrid: Pearson.
- Arsenneault, L., Cannon, M., Witton, J. y Murray, R. M. (2004). Causal association between cannabis and psychosis: Evidence from a national longitudinal study. *British Journal of Psychiatry*, 185, 1-10
- Arteaga, I., Chen, C. C. y Reynolds, A. J. (2010). Childhood predictors of adult substance abuse. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 38, 1-10
- Ary, D. V., Duncan, T. E., Duncan, S. C. y Hops, H. (1999). Adolescent problem behavior: the influence of family and community. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 17, 1-10
- Askenazy, F. L., Sorci, K., Benoit, M., Lestideau, K., Myquel, M. y Lecrubier, Y. (2003). Anxiety and substance use: A review of the literature. *Substance Use and Misuse*, 38, 1-10
- Austin, E., Chen, M. y Grube, J. (2006). How does alcohol advertising influence underage drinking? *Journal of Substance Abuse Treatment*, 30, 1-10
- Bachman, J. G., Schulenberg, J. L., Johnston, L. D., Bryant, A. L., Merlin, A. C. y O'Malley, P.M. (2005). Trends in adolescent substance use, 1975-2002. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 28, 1-10
- Bachman, J. G., Staff, J., O'Malley, P. M., Schulenberg, J. E. y Freedman-Doan, P. (2011). Twelfth-grade students' perceptions of alcohol advertising and its influence on drinking. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 40, 1-10
- Bacio, G. A., Mays, V. M. y Lau, A. S. (2012). Drinking initiation and problematic drinking among late adolescents. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 42, 1-10
- Bae, J. S., Jung, M. H., Lee, B. C., Cheong, H. S., Park, B. L., Kim, L. H., Kim, J. H., Pasaje, C. F. (2011). The effects of alcohol advertising on drinking behavior: A review of the literature. *Experimental Research*, 36(1), 35-42.
- Bailey, J. A., Hill, K. G., Guttmanova, K., Oesterle, S., Hawkins, J. D., Catalano, R. F. y McMahon, R. J. (2005). The effects of alcohol advertising on drinking behavior: A review of the literature. *Psychology*, 16, 1-10
- Baker, T. B. Piper, M. E., McCarthy, D. E., Majeskie, M. R. y Fiore, M. C. (2004). Addiction motivation revisited. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 26, 1-10
- Ball, S. A., Tennen, H., Poling, J. C., Kranzler, H. R. y Rousanville, B. J. (1997). Personality, temperament, and substance use: A review of the literature. *Substance Use and Misuse*, 32, 1-10

-
- Ballester, R. y Gil, M. D. (2009). ¿Por qué los jóvenes se dan atracones de alcohol los fines de semana? *Revista de Psicología, 25*, 103-109
- Bandura A. (1977). Self-efficacy: Howard a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review, 84*, 1-48
- Bandura, A., Barbaranelli, C., Caprara, G. V. y Pastorelli, C. (1996). Mechanisms of moral disengagement in the exercise of moral agency. *Journal of Personality and Social Psychology, 71*, 230-244
- Barca, A., Otero J. M., Miron, L. y Santorum, R. (1986). Family, school, and peer group factors in adolescent substance use. *Psicología, 25*, 103-109
- Bardo, M. T. y Dwoskin, L. P. (2004). Biological connection between novelty and drug-seeking motivation. *Journal of Experimental Psychology: Applied, 10*, 1-10
- Bargagli, A. M., Hickman, M., Davoli, M., Perucci, C. A., Schifano, P., Buster, M., Brugal, T., Vicente, A. G., et al. (2008). Prevalence and risk factors for substance use in young people: A European survey. *Journal of Substance Use, 13*, 1-10
- Barkley, R. A., Fischer, M., Smallish, L. y Fletcher, K. (2004). Young adult follow-up of hyperactive children: A comparison of self-reported symptoms and impairment. *Journal of Abnormal Child Psychology, 32*, 1-10
- Barnes, G. M., Welte, J. W., Hoffman, J. H. y Dintcheff, B. A. (2005). Shared predictors of youthful substance use: A national study of adolescents. *Journal of Substance Use, 10*, 1-10
- Barnes, M., Freudenberg, J., Thompson, N., Aronow, B. y Pavlidis, P. (2005). Experimental comparison of two methods for measuring alcohol consumption. *Journal of Substance Use, 10*, 1-10
- Barratt, E. S. y Patton, J. H. (1983). Impulsivity: cognitive, behavioural and psychophysiological correlates. *Journal of Personality and Social Psychology, 45*, 1-10
- Barrera, M., Biglan, A., Taylor, T. K., Gunn, B. K., Smolkowski, K., Black, C., Ary, D. V. y Fowler, R. (2004). The role of family and community in the development of substance use. *Journal of Substance Use, 9*, 1-10
- Barrio del, M. V. y Alonso, C. (1994). Búsqueda de sensaciones y consumo de drogas legales en adolescentes. *Revista de Psicología, 25*, 103-109
- Barrio del, M. V. y Silva, F. (1993). *Escala de depresión*. Madrid: TEA Ediciones.
- Barth, R. P., Gibbons, C. y Guo, S. (2006). Substance abuse treatment and the recurrence of maltreatment. *Journal of Substance Use, 11*, 1-10
- Bassarath, L. (2001). Conduct disorder: a biopsychosocial review. *Canadian Journal of Psychiatry, 46*, 1-10
- Bates, M. E. y Pandina, R. J. (1991). Personality stability and adolescent substance use behaviors. *Journal of Personality and Social Psychology, 61*, 1-10
- Battistich, V. y Hom, A. (1997). The relationship between students sense of their school as a community and their substance use. *Journal of Substance Use, 2*, 1-10
- Bauman, K. E., Foshee, V. A., Ennett, S. T., Pemberton, M., Hicks, K. A., King, T. S. y Koch, G. G. (2004). The role of family and community in the development of substance use. *Journal of Substance Use, 9*, 1-10
- Baumeister, S. E. y Tossman, P. (2004). Association between early onset of cigarette, alcohol and drug use. *Journal of Substance Use, 9*, 1-10
- Bayatpour, M., Wells, R. D. y Holford, S. (1992). Physical and sexual abuse as predictors of substance use. *Journal of Substance Use, 7*, 1-10

- Beals, J., Piasecki, J., Nelson, S., Jones, M., Keane, E., Dauphinais, P. et al. (1997). Psychiatric disorder and substance abuse in adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 103-111.
- Bechara, A. (2005). Decision making, impulse control and loss of willpower to resist drugs: a neurocognitive perspective. *Journal of Clinical Investigation*, 115, 1684-1691.
- Becker, M. G. y Barth, R. P. (2000). Power through choices: The development of a sexuality education program for adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 26, 10-18.
- Becoña, E. (1999). *Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- Becoña, E. (2000). Los adolescentes y el consumo de drogas. *Papeles del Psicólogo*, 77, 25-32.
- Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- Becoña, E. (2005). *Prevalencia del consumo de drogas, de las adicciones comportamentales y sus consecuencias*. Compostela: Ed. Xerais.
- Becoña, E. (2008). Drogodependencias. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (eds.), *Manual de psicología clínica*. Madrid: Alianza.
- Becoña, E. (2011). Factores psicológicos en las adicciones. En E. Becoña y M. Cortés (coords.), *Manual de psicología clínica*. Madrid: Alianza.
- Becoña, E. y Lorenzo, M. C. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno bipolar. *Psicología Clínica*, 9, 10-18.
- Becoña, E. y Vázquez, F. (2002). Psicopatología y tratamiento de la drogadicción en niños y adolescentes. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 7, 10-18.
- Becoña, E. y Vázquez, F. L. (2001). *Heroína, cocaína y drogas de síntesis*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Becoña, E., Juan, M., Calafat, A. y Ros, M. (2008). Razones para no aceptar una relación sexual en adolescentes. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 13, 10-18.
- Becoña, E., López, A., Fernández del Río, E., Martínez, U., Fraga, J., Osorio, J., Arrojo, M., López, F., et al. (2009). *Manual de psicología clínica*. Madrid: Alianza.
- Becoña, E., López, A., Miguel, M. C., Lorenzo, M. C., Fernández, E. (2009). ¿La depresión y ansiedad en adolescentes? *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 14, 10-18.
- Belcher, H. M. y Shinitzky, H. E. (1998). Substance abuse in children. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 152, 10-18.
- Bellis, M. A., Hale, G., Bennet, L. A., Chaves, M. y Kilfoyle, M. (2000). Ibiza uncovered: changes in adolescent drug use. *Journal of Adolescent Health*, 26, 10-18.
- Bellis, M., Hughes, K., Calafat, C., Juan, M., Ramon, A., Rodriguez, J. A., Mendes, F., Schnitzer, S. y et al. (2009). *Manual de psicología clínica*. Madrid: Alianza.
- Bellis, M., Hughes, K., Dillon, P., Copeland, J. y Gates, P. (2007). Effects of backpacking holidays in adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 41, 10-18.
- Bentler, P. M. y Newcomb, M. D. (1986). Personality, sexual behavior, and drug use revealed through a structural equation model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 10-18.
- Bergen, H. A., Martin, G., Richardson, A. S., Allison, S. y Roeger, L. (2004). Sexual abuse, antisocial behavior, and substance use in adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 35, 10-18.
- Bernard, B. (1995). *Fostering resilience in children*. ERIC Clearinghouse on Elementary and Early Childhood Education.

- Beyers, J. M., Toumbourou, J. W., Catalano, R. F., Arthur, M. W. y Hawkins, J. D. (2004). A cross national study of adolescent substance use. *Journal of Adolescent Health, 35*(2), 115-121.
- Biederman, J. (2003). Pharmacotherapy for attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD) decreases risk for major depression in adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 42*(12), 1457-1463.
- Biederman, J., Monuteaux, M. C., Mick, E., Wilens, T. E., Fontanella, J. A., Poetzi, K. M., Kirk, T., et al. (2002). A family history study of attention deficit hyperactivity disorder and major depression. *Biological Psychiatry, 59*(3), 258-264.
- Biederman, J., Monuteaux, M. C., Spencer, T. Wilens, T. E., MacPherson, H. A. y Faraone, S. V. (2005). Attention deficit hyperactivity disorder and major depression: A family history study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 44*(5), 597-603.
- Biederman, J., Wilens, T., Eric Mick, E., Faraone, S. V., Weber, W., Curtis, S., Thornell, A., Pfister, H. (2001). A family history study of attention deficit hyperactivity disorder and major depression. *Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 36*(1), 21-29.
- Birmaher, J., Axelson, D. (2006). Course and outcome of bipolar spectrum disorder in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 45*(12), 1311-1318.
- Bisetto, D., Botella, A. y Sancho, A. (2012). Trastornos de la conducta alimentaria y consumo de drogas. *Revista de Psicología, 27*(1), 1-12.
- Bjarnason, T., Davidaviciene, A. G., Miller, P., Nociar, A., Pavlakis, A. y Stergar, E. (2003). Family studies of attention deficit hyperactivity disorder and major depression. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 42*(12), 1457-1463.
- Bjarnason, T., Davidaviciene, A. G., Miller, P., Nociar, A., Pavlakis, A. y Stergar, E. (2003). Family studies of attention deficit hyperactivity disorder and major depression. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 42*(12), 1457-1463.
- Blackson, T. C., Butler, T. Belsky, J., Ammerman, R. T. Shaw, D. S. y Tarter, R. E. (1999). Individual differences in the family environment and adolescent substance use. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 38*(2), 115-131.
- Blanton, H., Gibbons, F. X., Gerrard, M., Conger, K. J. y Smith, G. E. (1997). The role of family and community in adolescent substance use. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 36*(1), 21-29.
- Blay, N., Calafat, A., Juan, M., Becoña, E., Mantecón, A., Ros, M. y Far, A. (2012). Violencia en contextos familiares y escolares. *Revista de Psicología, 27*(1), 1-12.
- Blore, L. G., Schulze, S., y Lessing, A. C. (2004). The relationship between adolescent depressive symptoms and substance use. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 43*(12), 1457-1463.
- Blum, K., Braverman, E. R., Holder, J. M., Lubar, J. F., Monastra, V. J., Miller, D., Lubar, J. O., Chen, T. Y. (2000). *Drugs, 32*(i-iv), 1-112.
- Bobakova, D., Geckova, A.M., Klein, D., Reijneveld, S.A. y Van Dijk, J.P. (2012). Protective factors for substance use in adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 51*(12), 1311-1318.
- Bobakova, D., Madarasova, G. A., Reijneveld, S. A. y Van Dijk, J. P. (2012). Subculture affiliation is associated with substance use in adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 51*(12), 1311-1318.
- Boles, S. M. y Miotto, K. (2003). Substance abuse and violence: A review of the literature. *Aggression and Violent Behavior, 8*(4), 215-225.
- Bolognini, M., Plancherel, B. Laget, J., y Halfon, O. (2003). Adolescent's suicide attempts: population-based study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 42*(12), 1457-1463.
- Bonny, A. E., Britto, M. T., Klostermann, B. K., Homung, R. W. y Slap, G. B. (2000). School disconnection and substance use in adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 39*(12), 1457-1463.
- Bor, W., McGee, T. R., Hayatbakhsh, R., Dean, A., y Najman, J. M. (2010). Do antisocial females exist? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 49*(12), 1311-1318.

-
- Borawski, E., Levers-Landis, C., Lovegreen, L. y Trapl, E. (2003). Parental monitoring: Negotiated
- Borges, G., Walters, E. E. y Kessler, R. C. (2000). Associations of substance use, abuse and depe
- Borowsky, I. W. y Ireland, M. (2004). Predictors of future fight-related injury among adolescents. *P*
- Borowsky, I. W., Hogan, M. y Ireland, M. (1997). Adolescent sexual aggression: risk and protective
- Borowsky, I. W., Ireland, M. y Resnick, M. D. (2001). Adolescent suicide attempts: risks and protec
- Botvin, G. J. y Botvin, E. M.(1992). Adolescent Tobacco, Alcohol and Drug Abuse: Prevention Strate
- Botvin, G. J. y Wills, T. A. (1985). Personal and social skills trai
abuse among children and adolescents, vol. 63 (pp. 8-49). Washington, DC: NIDA Research
- Bravo, A. y Fernández del Valle, J. F. (2001). Evaluación de la integración social en acogimiento res
- Brendgen, M., Vitaro, F., Turgeon, L., Poulin, F. y Wanner, B. (2004). Is there a dark side of positiv
- Brenner, A. B., Bauermeister, J. A. y Zimmerman, M. A. (2011). Neighborhood variation in adolesce
- Breslin, F. C., O'Keefe, M. K., Burrell, L., Ratliff-Crain, J. y Baum, A. (1995). The affects of stress a
- Broman, C. L., Li, X. y Reckase, M. (2008). Family structure and mediators of adolescent drug use.
- Brook, D. W., Brook, J. S., Pahl, T. y Montoya, I. (2004). Longitudinal relationship between drug us
- Brook, D. W., Brook, J. S., Rosen, Z. y Montoya, I. (2002). Correlates of marijuana use in Colombia
- Brook, D. W., Brook, J. S., Zhang, C. y Koppel, J. (2010). Association between attention-deficit/hyp
- Brook, D. W., Brook, J. S., Zhang, C., Cohén, P. y Whiteman, M. (2002). Drug use and the risk of m
- Brook, J. S., Adams, R. E., Balka, E. B. y Johnson, E. (2002). Early adolescent marijuana use: Risk
- Brook, J. S., Brook, D. W., Gordon, A. S., Whiteman, M. y Cohen, P. (1990). The psychological etiol
- Brook, J. S., Brook, D. W., Rencibia-Mireles, O., Richter, L. y Whiteman, M. (2001). Risk factors for
- Brook, J. S., Brook, D. W., Richter, L. y Whiteman, M. (2003). Risk and protective factors of ad
Academic/Plenum Publishers.
- Brook, J. S., Kessler, R. C. y Cohen, P. (1999). The onset of marijuana use from preadolescence an

-
- Brook, J. S., Ning, Y. y Brook, D. W. (2006). Personality risk factors associated with trajectories of t
- Brook, J. S., Whiteman, M., Finch S. J. y Cohen, P. (1998). Mutual attachment, personality, and dru
- Brook, J. S., Whiteman, M., Finch, S. y Cohen, P. (1995). Aggression, intrapsychic distress, and dru
- Brook, J. S., Whiteman, M., Stephen, S. y Cohen, P. (2000). Longitudinally foretelling drug use in th
- Brook, J., Brook, D., de la Rosa, M., Whiteman, M., Johnson, E. y Montoya, I. (2001). Adolescent ill
- Brook, J., Cohen, P. y Brook, D. W. (1998). Longitudinal study of co-ocurrening psychiatric disorder
- Brook, J., Cohen, P. y Jaeger, L. (1998). Developmental variations in factors related to initial and in
- Brooks, F. M., Magnusson, J., Spencer, N. y Morgan, A. (2012). Adolescent multiple risk behaviour:
- Brooks-Gunn, J., Duncan, G. J. y Aber, L. (1995). Do neighborhood influences on child and adolesce
- Brown, S. A., McGue, M., Maggs, J., Schulenberg, J., Hingson, R., Swartzwelder, S., Martin, C, Chur
- Brown, S. L. y Rinelli, L. N. (2010). Family structure, family processes, and adolescent smoking and
- Buchmann, A. F., Schmid, B., Blomeyer, D., Zimmermann, U. S., Jennen-Steinmetz, C., Schmid
Experimental Research, 34(6), 1052-1057.
- Buckner, J. D., Heimberg, R. G. y Schmidt, N. B. (2010). Social anxiety and marijuana-related prob
- Buckner, J. D., Heimberg, R. G. y Schmidt, N. B. (2011). Social anxiety and marijuana-related prob
- Buckner, J. D., Schmidt, N. B., Lang, A. R., Small, J. W., Schlauch, R. C. y Lewinsohn, P. M. (2008)
- Buckner, J. D., Zvolensky, M. J. y Schmidt, N. B. (2012). Cannabis-related impairment and social a
- Buelga, S. y Musitu, G. (2006). Famille et adolescence: Prévention de conduites à risque. En M. Zab
- Buelga, S. y Pons, J. (2004). Alcohol y Adolescencia: ¿cuál es el papel de la familia? En L. Gómez Ja
- Buelga, S., Ravenna, M., Musitu, G., y Lila, M. S. (2006). Epidemiology and psychosocial risk factor
- Bukstein, O. G., Glancy, L. J. y Kaminer, Y. (1992). Patterns of affective comorbidity in a clinical po
- Bulck, J. y Beullens, K. (2005). Television and music video exposure and adolescent alcohol use whi

- Bulik, C. M., Klump, K. L., Thornton, L., Kaplan, A. S., Devlin, B., Fichter, M. M. y Crow, S. (2004).
- Bulik, C. M., Prescott, C. A. y Kendler, K. S. (2001). Features of childhood sexual abuse and the dev
- Burk, L. R., Armstrong, J. M., Goldsmith, H. H., Klein, M. H., Strauman, T. J., Costanzo, P. y Esse
Psychology Addictive Behaviors, 25(1), 1-15.
- Burkhart, G. (2011). Prevención ambiental de drogas en la Unión Europea. ¿Por qué es tan impopul
- Buu, A., Dipiazza, C., Wang, J., Puttler, L. I., Fitzgerald, H. E. y Zucker, R. A. (2009). Parent, family
489-498.
- Byrnes, H. F., Miller, B. A., Chen, M. J. y Grube, J. W. (2011). The roles of mothers' neighborhood p
- Cadore, R. J., Langbehn, D., Caspers, K., Troughton, E. P., Yucuis, R., Sandhu, H. K. y Philibert, P
44(2), 88-101.
- Cadore, R. J., Yates, W. R., Tgoughton, E., Woodworth, G. y Stewart, M. A. (1995). Adoption study
- Calafat, A., Blay, N. T., Hughes, K., Bellis, M., Juan, M., Duch, M. y Kollevi, A. (2010). Nightlife you
- Calafat, A., Becoña, E., Duch, M., Fernández, J. R. y Juan, M. (2011). *Las condiciones medioambien*
- Calafat, A., Fernández, C., Juan, M. y Becoña, E. (2006). *Vida recreativa nocturna de los jóvenes es*
- Calafat, A., Fernández, C., Juan, M. y Becoña, E. (2008). Recreational nightlife: Risk and protective
- Calafat, A., Fernández, C., Juan, M., Becoña, E. y Gil, E. (2004). *La diversión sin drogas: Utopía y r*
- Calafat, A., Fernández, C., Juan, M., Becoña, E. y Gil, E. (2004). *La diversión sin drogas: Utopía y r*
- Calafat, A., Kokkevi, A., Maalsté, N., Mendes, F., Siamou, I., Simon, J., Stocco, P. y Zavatti, P. (200
- Calafat, A., Juan, M. y Duch, M. A. (2009). Intervenciones preventivas en contextos recreativos noc
- Calafat, A., Juan, M., Becoña E. y Mantecón, A. (2008). Qué drogas se prefieren para las relaciones
- Cami, J. y Farre, M. (2003). Drug addiction. *New England Journal of Medicine, 349*, 975-986.
- Carballo, J. L., García, O., Secades, R., Fernández, R., García, E., Errasti, J. M. y Al-Halabi, S. (2004
- Caria, A., Veit, R., Sitaram, R., Lotze, M., Weiskopf, N., Grodd, W. y Birbaumer, N. (2007). Regulati
- Carpenter, C. y Cook, P. J. (2008). Cigarettes taxes and youth smoking: new evidence from nationa
- Cárter, G. L. Issakidis, C. y Clover, K. (2003). Correlates of youth suicide attempters in Australian c

- Casillas, A. y Clark, L. A. (2002). Dependency, impulsivity, and self-harm: Traits hypothesized to un
- Cassells, C. Paterson, B., Dowding, D. y Morrison, R. (2005). Long and short-term risk factors in the
- Casswell, S., Pledger, M. y Hooper, R. (2003) Socioeconomic status and drinking patterns in young
- Castilla, J., Barrio, G., Belza, M. J. y de la Fuente, L. (1999). Drug and alcohol consumption and sex
- Castilla, J., Barrio, G., Belza, M. J. y de la Fuente, L. (1999). Drug and alcohol consumption and sex
- Castillo, M. A., Tarter, R. E., Giancola, P. R., Lu, S., Kirisci, L. y Parks, S. (1997). Substance use and
- Castillo, M. A., Tarter, R. E., Giancola, P. R., Lu, S., Kirisci, L. y Parks, S. (1999). Adolescent female
- Castro-Fornieles, J., Díaz, R., Goti, J., Calvo, R., Gonzalez, L., Serrano, L. y Gual, A. (2010). Prevalence
- Catalano, R. F. y Hawkins, J. D. (1996). The social development model: A theory of antisocial behav
- Catalano, R. F., Haggerty, K. P., Hawkins, J. D. e Elgin, J. (2011). Prevention of substance use and
- Catalano, R. F., Kosterman, R., Hawkins, J. D., Newcomb, M. D. y Abbott, R. D. (1996). Modeling th
- Cava, M. J., Mugui, S. y Musitu, G. (2008). Diferencias en factores de protección del consumo de su
- Caywood, K. L. (2007). *Young adult children of alcoholics: Risks and moderators of drinking, psychi*
- Center for Substance Abuse Prevention (2001). *Prevention works! A practitioner's guide to achievin*
- Centro de Psicología Aplicada de la Universidad Autónoma de Madrid (2003). *Bases para la elaborac*
- Chabrol, H., Ducongé, E., Casas, C., Roura, C. y Carey, K. B. (2005). Relations between cannabis u
- Chaiton, M. O., Cohen, J. E., O'Loughlin, J. y Rehm, J. (2009). A systematic review of longitudinal s
- Chaloupka, F. J., Cummings, K. M., Morley, C. M. y Horan, J. K. (2002). Tax, price and cigarette sm
- Chamberlain, P. y Smith, D. K. (2003). Antisocial behavior in children and adolescents: The Oregon

-
- Chambers, R. A., Taylor, J. R. y Potenza, M. N. (2003). Developmental neurocircuitry of motivation
- Champion, H., Foley, K. L., Sigmon-Smith, K., Sutfin, E. L. y Du-Rant, R. H. (2008). Contextual factors
- Changeux, J. (ed.) (2012). *RASGRF2 regulates alcohol-induced reinforcement by influencing mesolimbic*
- Charach, A., Yeung, E., Climans, T. y Lillie, E. (2011). Childhood attention-deficit/hyperactivity disorder
- Chassin, L., Curran, P. J., Hussong, A. M. y Colder, C. R. (1996). The relation of parent alcoholism to
- Chassin, L., Flora, D. y King, K. (2004). Trajectories of alcohol and drug use and dependence from
- Chassin, L., Forst, D. B. y King, K. M. (2004). Trajectories of alcohol and drug use and dependence from
- Chassin, L., Pillow, D. R., Curran, P. J., Molina, S. G. y Barrera, M. Jr. (1993). Relation of Parental Alcoholism
- Chatterton, P. y Hollands, R. (2003) *Urban nightscapes. Youth cultures, pleasure spaces and corporations*
- Chavez, E. L., Oetting, E. R. y Swaim, R. C. (1994). Dropout and delinquency: Mexican-American and
- Chedid, M., Romo, L. y Chagnard, E. (2009). Consommation du cannabis chez les adolescents: liens
- Chen, K. y Kandel, D. B. (1995). The natural history of drug use from adolescence to the mid-thirties
- Chen, M. J., Grube, J. W., Bersamin, M., Waiters, E. y Keefe, D. B. (2005). Alcohol advertising: what
- Chen, X., Unger, J. B., Palmer, P., Weiner, M. D., Johnson, C. A., Wong, M. M. y Austin, G. (2002) 799-817.
- Cheng, T. C. y Lo, C. C. (2011). A longitudinal analysis of some risk and protective factors in marijuana
- Chermack, S. T., Stoltenberg, S. F., Fuller, B. F. y Blow, F. C. (2000). Gender differences in the development
- Chilcoat, H. D. y Anthony, J. C. (1996). Impact of parent monitoring on initiation of drug use through
- Chilcoat, H. D. y Breslau, N. (1998). Investigations of causal pathways between PTSD and drugs use
- Chilcoat, H. D. y Breslau, N. (1999). Pathways from ADHD to early drug use. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*
- Choquet, M., Hassler, C., Morin, D., Falissard, B. y Chau, N. (2008). Perceived parenting styles and

- Clark, D. B., Cornelius, J. R., Kirisci, L. y Tarter, R. E. (2005). Childhood risk categories for adolescence.
- Clark, D. B., Martin, C. S. y Cornelius, J. R. (2008). Adolescent-onset substance use disorders predict.
- Clark, D. B., Parker, A. M. y Lynch, K. G. (1999). Psychopathology and substance-related problems of.
- Clark, H. K., Ringwalt, C. L. y Shamblen, S. R. (2011). Predicting adolescent substance use: the effect of.
- Clark, L., Robbins, T. W., Ersche, K. D. y Sahakian, B. J. (2006). Reflection impulsivity in chronic and.
- Clayton, R. R. (1992). Transitions in drug use: Risk and protective factors. En M. Glantz y R. Pickens.
- Clayton, R. R. y Rutter, C. (1985). The epidemiology of alcohol and drug abuse among adolescents.
- Cleveland, M. J., Feinberg, M. E., Bontempo, D. E. y Greenberg, M. T. (2007). The role of risk and p.
- Cloninger, C. R. (1988). Etiologic factors in substance abuse: An adoption study perspective. En R.
- Coffey, C. Lynskey, M. Wolfe, R. y Patton, G. C. (2000). Initiation and progression of cannabis use i.
- Cohen, P., Brook, J. S., Cohen, J., Velez, C. N. y García, M. (1990). Common and uncommon pat.
Cambridge University Press.
- Cohen, P., Chen, H., Crawford, T. N., Brook, J. S. y Gordon, K. (2007). Personality disorders in earl.
- Coleman, L. y Cater, S. (2005). Underage "binge" drinking: A qualitative study in to motivations and.
- Coley, R. L., Votruba-Drzal, E. y Schlinder, H. S. (2008). Trajectories of parenting processes and ad.
- Colins, R. L., Phyllis, L., Ellickson, P.L., McCaffrey, D. y Hambarsoomians, K. (2007). Early Adolesce.
- Collins, R. L., Schell, T., Ellickson, P. L. y McCaffrey, D. (2003). Predictors of beer advertising aware.
- Collins, W. A. y Gunnar, M. R. (1990). Social and personality development. *Annual Review of Psychol.*
- Colton, T. (1990). *Estadística en medicina*. Barcelona: Salvat.
- Comings, D. E., Muhleman, D., Gade, R., Johnson, P., Verde, R., Saucier, G. y MacMurray, J. (199
- Comunidad Autónoma del País Vasco (2011). *Investigación evaluativa de las experiencias de preven*
- Connell, C. M., Bergeron, N., Katz, K. H., Saunders, L., y Tebes, J. K. (2007). Re-referral to child pr.
- Connolly, G. M., Casswell, S., Zhang, J. F. y Silva, P. A. (1994). Alcohol in the mass media and drin.
- Consejo de la Unión Europea, Grupo Horizontal «Drogas» (2003). *Resolución del Consejo relativa a*
junio).
- Contreras, L., Molina, V. y Cano, M. C. (2012). Consumo de drogas en adolescentes con conductas

- Cooper, M. L., Wood, P. K., Orcutt, H. K. y Albino, A. (2003). Personality and the predisposition to e
- Copeland, W. E., Shanahan, L., Costello, E. J. y Angold, A. (2009). Childhood and adolescent psychi
- Copello, A., Velleman, R. y Templeton, L. (2005). Family interventions in the treatment of alcohol a
- Cornelius, J. R., Kirisci, L., Reynolds, M., Clark, D. B., Hayes, J. y Tarter, R. (2010). PTSD contributi
- Cortés, M. T., Espejo, B. y Giménez-Costa, J. A. (2008). Aspectos cognitivos relacionados con la prá
- Cortés, M. T., Espejo, B., Martín, B. y Gómez, C. (2010). Tipologías de consumidores de alcohol den
- Costa, F. M., Jessor, R. y Turbin, M. S. (1999). Transition into adolescent problem drinking: The role
- Costello, E. J., Mustillo, S., Erkanli, A., Keeler, G. y Angold, A. (2003). Prevalence and development
- Costello, E., Erkanli, A., Federman, E. y Angold, A. (1999). Development of psychiatric comorbidity
- Courbasson, C. y Brunshaw, J. M. (2009). The relationship between concurrent substance use dis-o
- Courtney, M., Terao, S. y Bost, N. (2004). Midwest evaluation of the adult functioning
http://www.chapinhall.org/sites/default/files/CS_97.pdf
- Cova, F., Benjamín, V., Saldivia, S., Rioseco, P. y Melipillán, R. (2011). Factores sociales, educacion
- Cox, Jr., R. B., Danelia, K., Larzelere, R.E. y Blow, A. J. (2012). Does peers and perceived risk med
15-31.
- Craig, G. J. (1997). *Desarrollo psicológico*. México: Prentice Hall.
- Crawford, A. M., Pentz, M. A., Chou, C. P., Li, C. y Dwyer, J. H. (2003). Parallel developmental traje
- Crego, A., Holguín, S., Parada, M., Mota, N., Corral, M. y Cadaveira, F. (2010). Reduced anterior pr
- Crombag, H. S. y Robinson, T. E. (2004). Drugs, environment, brain, and behavior. *Current Directio*
- Crum, R. M., Storr, C. L., Ialongo, N. y Anthony, J. C. (2008). Is depressed mood in childhood asso
- Curcio, A .L. y George, A. M. (2011). Selected impulsivity facets with alcohol use/problems: The m
- Curran, G. M., White, H. R. y Hansell, S. (2000). Personality environment and problem drug use. *Jo*
- Curran, P. J. y Chassin, L. (1996). A Longitudinal Study of Parenting as a Protective Factor for Child
- D'Amico, E. J. y McCarthy, D. M. (2006). Escalation and initiation of younger adolescent's substance

- Dal Cin, S., Worth, K. A. Gerrard, M., Gibbons, F. X., Stoolmiller, M., Mike, W., Thomas, A. y Sa
Psychology, 28(4), 473-483.
- Dale, N., Baker, A. J., Anastasio, E. y Purcell, J. (2007). Characteristics of Children in Residential Tr
- Dalley, J. W., Fryer, T. D., Robinson, E. S., David, E. H., Theobald, D. E., Lääne, K., Peña, Y., Murp
impulsivity and cocaine reinforcement. *Science, 315(5816), 1267-1270.*
- Damphousse, K. y Kaplan, H.B. (1998). Intervening processes between adolescent drug use and ps
- Danckaerts, M., Heptinstall, E., Chadwick, O., Taylor, E. (2000). A natural history of hyperactivity a
- David, K. y Murphy, B. (2007). Interparental conflict and preschoolers' peer relations. The moderati
- Davies, S. J., Pandit, S. A., Feeney, A., Stevenson, B. J., Kerwin, R. W., Nutt, D. J., Marshall, E. J.,
- Dawe, S. y Loxton, N. (2004). The role of impulsivity in the development of substance use and eatin
- Dawes, M. A., Antelman, S. M., Vanyukov, M. M., Giancola, P., Tarter, R. E., Susman, E.J ., Mezzich
- De Sanctis, V. A., Trampush, J. W., Marks, D. J., Miller, C. J., Harty, S. C., Newcorn, J. H. y Halper
of Clinical Child and Adolescent Psychology, 37(4), 785-93.
- De Wit, H. (2009). Impulsivity as a determinant and consequence of drug use: a review of underlyin
- Defensor del Pueblo (1991). *Estudio sobre la situación del menor en centros asistenciales y de inter*
- Degenhardt, T., Rybakova, K. N., Tomaszewska, A., Mone, M. J., Westerhoff, H. V., Bruggeman, F.
- Del Barrio, M. V. (2004). *Socialización inadecuada*. VIII Reunión Intenacional sobre Biología y Socio
- Del Barrio, V. y Carrasco, M. A. (2004). CDI. *Inventario de depresión infantil*. Madrid: TEA Ediciones
- Denoth, F., Siciliano, V., Iozzo, P., Fortunato, L. y Molinaro, S. (2011). The association between ove
- Departamento de Publicaciones del Consejo Superior de Protección de Menores (1984). *La Obra de*
- Dever, B. V., Schulenberg, J. E., Dworkin, J. B., O'Malley, P. M., Kloska, D. D. y Bachman, J. G. (20
Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV-TR Fourth Edition (Text Revision)(200
- Dickman, S. J. (1990). Functional and dysfunctional impulsivity: personality and cognitive correlates
- Dielman, T. E., Campanelli, P. C., Shope, J. T. y Butchart, A. T. (1987). Susceptibility to peer pressu

- Dierker, L. C., Stolar, M., Lloyd-Richardson, E. E., Tiffany, S., Flay, B. R., Collins, L. M., Nichter, M. (2007). 699.
- Dishion, T. J., McCord, J. y Poulin, F. (1999). When interventions harm: Peer groups and problem behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 191-206.
- Dishion, T. J., Owen, L. D. (2002). A longitudinal analysis of friendships and substance use: bidirectional influences. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 121-133.
- Donath, C., Grassel, E., Baier, D., Pfeiffer, C., Bleich, S., Hillemacher, T. (2012). Predictors of binge drinking in adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 51, 105-111.
- Donohew, L., Bardo, M. (2000). Designing Prevention Programs for Sensation Seeking Adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 105-111.
- Donovan, C. y McEwan, R. (1995). A review of the literature examining the relationship between alcohol and drug use. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 105-111.
- Donovan, J. E. (1996). Problem behavior theory and the explanation of adolescent marijuana use. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 105-111.
- Donovan, J. E. y Jessor, R. (1983). Problem drinking and the dimension of involvement with drugs: A review of the literature. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 105-111.
- Donovan, J. E. y Jessor, R. (1985). Structure of problem behavior in adolescence and young adulthood. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53, 105-111.
- Donovan, J. E., Jessor, R. y Costa, F. M. (1988). Syndrome of problem behavior in adolescence: A national longitudinal study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 105-111.
- Dorsey, T. L., Zawitz, M. W. y Middleton, P. (2003). *Drug and crime facts*. Washington, DC: U.S. Department of Justice.
- Downs, W. R. y Harrison, L. (1998). Childhood maltreatment and the risk of substance problems in adolescence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 105-111.
- Du Mont, J., Macdonald, S., Rotbard, N., Bainbridge, D., Asllani, E., Smith, N., Cohen y M. M. (2010). *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78, 105-111.
- Duffy, A. Alda, M., Hajek, T., Serry, S. B. y Grof, P.(2010). Early stages in the development of bipolar disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78, 105-111.
- Duitsman, D.M. y Colbry, S.L. (1995). Perceived risk and use as predictors of substance use among adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 105-111.
- Duncan, S. C., Duncan, T. E., Biglan, A. y Ary, D. (1998). Contributions of the social context to the development of substance use. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 105-111.
- Dunn, M. E. y Goldman, M. S. (2000). Validation of multidimensional scaling- based modeling of alcohol use. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 1346.
- Dunn, M. y White, V. (2011). The epidemiology of anabolic-androgenic steroid use among Australian adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79, 105-111.
- DuRant, R., Champion, H., Wolfson, M., Omli, M., McCoy, T., D'Agostino, R. B., Jr. y Mitra, A. (2000). *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 105-111.
- Durant, R.H., Altman, D., Wolfson, M. Barkin, S., Kreiter, S. y Krowchuk, D. (2000). Exposure to violence and substance use among adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 105-111.
- Durazzo, T. C., Gazdzinski, S., Mon, A. y Meyerhoff, D. J. (2010). Cortical perfusion in alcohol-dependent individuals. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78, 105-111.
- Early, D. J. (2005). *The effects of paternal alcoholism, sensation seeking, perceived social support,*

-
- East, P. L. y Khoo, S. T. (2005). Longitudinal pathways linking family factors and sibling relationships.
- Eaton, D. K., Davis, K. S., Barrios, L., Brener, N. D. y Noonan, R. K. (2007). Associations of dating violence and substance use among adolescents.
- Edlund, M. J., Harris, K. M., Koenig, H. G., Han, X., Sullivan, G., Mattox, R. y Tang, L. (2010). Religion and spirituality in the context of mental health care.
- Eisemberg, N., Fabes, R. A., Murphy, B. B., Karbon, M., Smith, M. y Maszk, P. (1996). The relationships between family factors and children's adjustment.
- Ellgren, M., Hurd, Y. L. y Franck, J. (2004). Amphetamine effects on dopamine levels and behaviour.
- Ellickson, P. L., Collins, R. L., Ambarsoomians, K. y McCaffrey, D. (2005). Does alcohol advertising affect drinking behavior?
- Ellickson, P. L., Daniel F., McCaffrey, D. F. y Klein, D. J. (2009). Long-term Effects of Drug Prevention Programs.
- Elliot, D., Huizinga, D. y Ageton, S. (1985). *Explaining delinquency and drug use*. London: Sage.
- Elzo, J. (2005). Los adolescentes de hoy. Consumos de alcohol y drogas y su relación con los comportamientos de riesgo.
- Engels, R. C., Vermulst, A. A., Dubas, J. S., Bot, S. M., y Gerris, J. (2005). Long-term effects of family factors on adolescent substance use.
- Englund, M. M., Egeland, B., Oliva, E. M. y Collins, W. A. (2008). Childhood and adolescent predictors of adult substance use.
- Ensminger, M. E., Juon, H. S. y Fothergill, K. E. (2002). Childhood and adolescent antecedents of substance use.
- Epifania, M., Calva, J. C., Flores, A., Leff, P. y Antón, B. (2012). Las adicciones, hallazgos genómicos y neurobiológicos.
- Epstein, J. A., Bang, H. y Botvin, G. J. (2007). Which psychosocial factors moderate or directly affect substance use?
- Epstein, J. y Spirito, A. (2009). Risk factors for suicidality among a nationally representative sample of adolescents.
- Ernst, M., Luckenbaugh, D. A., Moolchan, E. T., Temple, V. A., Jenness, J., Korelitz, K. E., London, E. D., et al. (2005). Neurobiology of adolescent substance use.
- Espada, J. P. y Méndez, F. X. (2002). Trastornos de conducta en la infancia y consumo de drogas. Efectos de la intervención.
- Espada, J. P., Méndez, F. X., Griffin, K. W. y Botvin, G. J. (2003). Prevención del abuso de drogas en adolescentes.
- Espada, J. P., Pereira, J. R. y García-Fernández, J. M. (2008). Influencia de los modelos sociales en el consumo de drogas.
- Esposito-Smythers, C. y Spirito, A. (2004). Adolescent substance use and suicidal behavior: a review.
- Esteban, B., Diaz, A., Gañan, A., García, J., Gordon, B. y Varela, C. (2003). *Menores infractores con problemas de conducta*.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. *Evaluation Instruments Bank*. Recuperado de <http://www.emcdda.europa.eu>

-
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. *Evidence based information on universal*
- Evenden, J. L. (1999). Varieties of impulsivity. *Psychopharmacology*, 146(4), 348-361.
- Eysenck, S. B. (1993). The 17: development of a measure of impulsivity and its relationship to the Association.
- Eysenck, S. B. y Zuckerman, M. (1978). The relationship between sensation-seeking and Eysenck's s
- Eysenck, S. B., Easting, G. y Pearson, P. R. (1984). Age norms for impulsiveness, venturesomeness
- Falk, E. B., Berkman, E. T., Whalen, D. y Lieberman, M. D. (2011). Neural activity during health me
- Falls, B. J., Wish, E. D., Garnier, L. M., Caldeira, K. M., O'Grady, K. E., Vincent, K. B. y Arria, A. M.
- Fallu, J. S., Janosz, M., Brière, F. N., Descheneaux, A., Vitaro, F. y Tremblay, R. E. (2010). Preventi
- Fang, L., Barnes-Ceeney, K. y Schinke, S. P. (2011). Substance use behavior among early-adolesce
- Fantin, M. B. (2006). Perfil de personalidad y consumo de drogas en adolescentes escolarizados. *Ad*
- Faraone, S. V., Biederman, J., Feighner, J. A. y Monuteaux, M. C. (2000). Assessing symptoms of a
- Farhat, T., Simons-Morton, B. y Luk, J. W. (2011). Psychosocial correlates of adolescent marijuana
- Farmer, E. M., Compton, S. N., Bums, B. J. y Robertson, E. (2002). Review of the evidence base for
- Farrell, A. D. y White, K. S. (1998). Peer influences and drug use among urban adolescents: Family
- Feldstein, S. W. y Miller, W. R. (2006). Substance use and risk-taking among adolescents. *Journal o*
- Félix-Ortiz, M. y Newcomb, M. D. (1999). Vulnerability for drug use among latino adolescents. *Journ*
- Ferdinand, R. F., Blum, M. y Verhulst, F. C. (2001). Psychopathology in adolescence predicts substa
- Fergus, S. y Zimmerman, M. A. (2005). Adolescent resilience: A framework for understanding health
- Fergusson D. M., Boden, J. M., Horwood, L. J. (2006). Cannabis use and other illicit drug use: testin
- Fergusson, D. M. y Horwood, L. J. (2000). Does cannabis use encourage other forms of illicit drug u
- Fergusson, D. M. y Lynskey, M. T. (1996). Adolescent resilience to family adversity. *Journal of Child*

-
- Fergusson, D. M., Horwood, L. J. y Lynskey, M. T. (1995). The prevalence and risk factors associated with conduct problems in childhood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 36, 101-115.
- Fergusson, D. M., Horwood, L. J. y Ridder, E. M. (2007). Conduct and attentional problems in childhood and adolescence: A review of the literature. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48, 101-115.
- Fergusson, D. M., Horwood, L. J. y Swain-Campbell, N. (2002). Cannabis use and psychosocial adjustment in adolescence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43, 101-115.
- Fergusson, D. M., Horwood, L. J., Ridder, E. M. (2005). Show me the child at seven II: Childhood in adolescence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46, 101-115.
- Fergusson, D. M., Lynskey, M. T. y Horwood, L. J. (1993). Conduct problems and attention deficit disorder in childhood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 34, 101-115.
- Fergusson, D., Boden, J. y Horwood, L. (2008). The developmental antecedents on illicit drug use: A review of the literature. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49, 101-115.
- Fernández de Valle, J. F., López, M., Montserrat, C. y Bravo, A. (2008). *El acogimiento familiar en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Fernández del Valle, J. (2004). Intervención con menores en riesgo desde los servicios sociales. En *Intervención Psicosocial en la infancia* (pp. 101-115). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Fernández del Valle, J. F. (2009). Intervención psicosocial en protección a la infancia. *Papeles del Psicólogo*, 40, 101-115.
- Fernández del Valle, J. F. y Fuertes, J. (2000). *El Acogimiento residencial en la protección a la infancia*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Fernández del Valle, J. F., Álvarez-Baz, E. y Bravo, A. (2002). Acogimiento en familia extensa. Perfil de los acogidos. *Revista de Psicología*, 17, 101-115.
- Fernández del Valle, J. y Bravo, A. (2003). Análisis de tareas de los educadores en hogares de protección. *Revista de Psicología*, 18, 101-115.
- Fernández del Valle, J. y Bravo, A. (2004). *Situación del acogimiento familiar en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Fernández del Valle, J. y Fuertes, J. (2000). *El acogimiento residencial en la protección a la infancia*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Fernández del Valle, J., Álvarez-Baz, E. y Bravo, A. (2002). Acogimiento en familia extensa. Perfil de los acogidos. *Revista de Psicología*, 17, 101-115.
- Fernández del Valle, J., Álvarez-Baz, E. y Fernández, A. (1999). *Y después... ¿qué? Estudio y seguimiento de menores acogidos*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Fernández, F., Lozano, O. M., Bilbao, I., Rojas, A. J., Vidal, C., Vergara, E. y González, F. (2011). A review of the literature on the effects of family environment on the development of children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52, 101-115.
- Feske, U., Tarter, R. E., Kirisci, L., Gao, Z., Reynolds, M. y Vanyukov, M. (2008). Peer environment and risk for substance use: A review of the literature. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49, 101-115.
- Fielder, R. L., Carey, K. B., Carey, M. P. (2012). Predictors of initiation of hookah tobacco smoking: A review of the literature. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53, 101-115.
- Finn, P. R. y Hall, J. (2004). Cognitive ability and risk for alcoholism: short-term memory capacity and risk for alcoholism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45, 101-115.
- First, M. B., Gibbon, M., Spitzer, R. L., Williams, J. B. y Benjamin, L.S. (1997). *Structured clinical interview for DSM-IV Axis I disorders*. New York: John Wiley & Sons.

- Flay, B. R., Hu, F. B., Siddiqui, O., Day, L. E., Hedeker, D. y Patritis, J (1994). Differential influence
- Fleming, C. B., Catalano, R. F., Haggerty, K. P. y Abbott, R. D. (2010). Relationships between level
- Fletcher, A., Steinberg y L. y Williams-Wheeler, M. (2004) Parental influences on adolescent problem
- Flory, K., Lynam, D. Milich, R., Leukefeld, C. y Clayton, R. (2002). The relations among personality
434.
- Flory, K., Lynam, D., Milich, R., Leukefeld, C. y Clayton, R. (2004). Early adolescent through young
- Flory, K., Milich, R., Lynam, D. R., Leukefeld, C. y Clayton, R. (2003). Relation between childhood
are uniquely at risk. *Psychology of Addictive Behaviors, 17(2)*, 151-158.
- Foley, K. L., Altman, D., DuRant, R. H. y Wolfson, M. (2004). Adults' approval and adolescents' alco
- Fowler, T., Lifford, K., Shelton, K., Rice, F., Thapar, A., Neale, M. C., McBride, A. y Van Den Bree, M
- Franelic, I. P., Kuzman, M., Simetin, I. P., Kern, J. (2011). Impact of environmental factors on mari
- Friedman, A. S. y Glassman, K. (2000). Family risk factors versus peer risk factors for drug abuse. J
- Friedman, A. S., Granick, S., Bransfield, S. Kreisher, C. y Khalsa, J. (1995). Gender differences in e
- Fromme, K. y Ruela, A. (1994). Mediators and moderators of young adults drinking. *Addiction, 89*,
- Fuentes, M. C., García, F., Gracia, E. y Lila, M. (2011). Autoconcepto y ajuste psicosocial en la adole
- Fuentes, M. J., Apodaka, P., Etxebarria, I., Ledesma, A. R., López, F. y Ortiz, M. J. (1993). Empatía,
- Fuertes, J. y Fernández del Valle, J. (2002). Acogimiento residencial. En J. De Paúl, J. e I. Arruabarr
- Fumero, A., Santamaría, C. y Navarrete, G. (2009). Predisposición al consumo de alcohol y drogas
- Gagnon, V., Fallu, J.S., Brière, F.N., Janosz, M. (2011). Initiation of ecstasy use in Québec senior hi
- Galea, S., Rudenstine, S. y Vlahov, D. (2006). Drug use, misuse and the urban environment. *Drug*
- Gamonal, A., Moreno, G. y Suárez, R. (2005). *Programa de mejora de la intervención en Centros de*
- García del Castillo, J. A. y López-Sánchez, C. (2009). *Medios de comunicación, publicidad y adiccione*
- García del Castillo, J. A., Espada, J. P., Segura, M. C. y López-Sánchez, C. (2012). *Fundamentos de*

- García, F., y Gracia, E. (2009). Is always authoritative the optimum parenting style? Evidence from
- García, F., y Gracia, E. (2010). ¿Qué estilo de socialización parental es el idóneo en España? Un estudio
- García, G. (1992). Determinantes familiares del consumo adolescente de droga: factores ambientales
- García, L. (2010). *Prevención efectiva del consumo de sustancias psicoactivas en chicos y chicas ad*
- Gardfield, C. F., Chung, P. J. y Ratlur, P. (2003). Alcohol advertising in magazines and adolescent re
- Gardner, M. y Steinberg, L. (2005). Peer influence on risk-taking, risk preference, and risky decision
- Gardner, S. E., Brounstein, P. J., Stone, D. B. y Winner, C. (2001). *Guide to science-based practice*
- Garnezy, N. (1993). Children in powerty: Resilience despite risk. *Psychiatry, 56(1)*, 127-136.
- Gázquez, M., García Del Castillo Rodríguez, J. A. y Espada, J. P. (2011). Eficacia diferencial de dos p
- Gerstein, D. R. y Green, L. W. (eds.) (1993). *Preventing Drug Abuse: What Do We Know?* Washingto
- Gervilla, E., Cajal, B., Palmer, A. (2011). Quantification of the influence of friends and antisocial bef
- Gfroerer, J. C., Tan, L. L. (2003). Substance use among foreign-born youths in the United States: d
- Giancola, P. R. y Mezzich, A. C. (2000). Neuropsychological deficits in female adoelscents with a sub
- Giancola, P. R. y Mezzich, A. C. (2003). Executive functioning, temperament and drug use involvem
- Giancola, P. R. y Tarter, R.E. (1999). Executive cognitive functioning and risk for substance abuse. *J*
- Giancola, P. R., Shoal, G .D. y Mezzich, A. C. (2001). Constructive thinking, executive functioning, a
- Giedd, J. N., Blumenthal, J., Jeffries, N. O., Castellanos, F. X., Liu, H., Zijdenbos, A., Paus, T., Evan
- Gifford, E. y Humphreys, K. (2007). Psychological science and the addictions. *Addiction, 102(3)*, 35
- Gil, A. G., Wagner, E. F. y Tubman, J. G. (2004). Associations between early-adolescent substanc
- 1609.
- Gillespie, N. A., Neale, M. C. y Kendler, K. S. (2009). Pathways to cannabis abuse: A multi-stage m
- Gillet, C., Polard, E., Mauduit, N. y Allain, H. (2001). Acting out and psychoactive substances: alcoh

- Gillmore, M. R., Catalano, R. F., Day, L. E., Morrison, D. M., Wells, E. A., Iritani, B. y Hawkins, J. D. (1991). The structure of risk factors for alcohol and drug abuse. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 105-115.
- Gillmore, M. R., Hawkins, J. D., Catalano, R. F. Jr., Day, L.E., Moore, M. y Abbot, R. (1991). Structure of risk factors for alcohol and drug abuse. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 105-115.
- Gilvarry, E. (2000). Substance abuse in young people. *Journal of Child Psychology and psychiatry*, 41, 105-115.
- Gilvery, E. (2000). Substance abuse in young people. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41, 105-115.
- Gladstein, G. A. (1894). The historical roots of contemporary empathy research. *Journal of the History of Psychology*, 1, 1-15.
- Glantz, M. D. (2002). Introduction to the special issue on the impact of childhood psychopathology on later substance use. *Journal of Abnormal Psychology*, 111, 1-15.
- Glantz, M. D. y Leshner, A. I. (2000). Drug abuse and developmental psychopathology. *Development and Psychopathology*, 12, 1-15.
- Glaser, B., Shelton, K. H. y Van den Bree, M. B. (2010). The moderating role of close friends in the relationship between childhood conduct problems and later substance use. *Journal of Abnormal Psychology*, 119, 1-15.
- Glass, K., Flory, K., Martin, A. y Hankin, B. L. (2011). ADHD and comorbid conduct problems among adolescents: A test of the developmental model. *Journal of Abnormal Psychology*, 120, 1-15.
- Godoy-Izquierdo, D. y Godoy, J. F. (2002). La personalidad resistente: una revisión de la conceptualización y sus implicaciones. *Revista de Psicología*, 17, 1-15.
- Goldstein, B. I. y Bukstein, O. G. (2010). Comorbid substance use disorders among youth with bipolar disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 119, 1-15.
- Goldstein, R. y Volkow, N. (2002). Drug addiction and its underlying neurobiological basis: Neuroimaging studies. *Neuroimaging and Clinical Neuroscience*, 6, 1-15.
- Goldstein, S. E., Davis-Kean, P. E., y Eccles, J. S. (2005). Parents, peers and problem behavior: A life course perspective. *Journal of Abnormal Psychology*, 114, 1-15.
- Gómez-Reino, I., Ferreiro, M. D., Domínguez, M. D. y Rodríguez, A. (1995). Consumo de alcohol en adolescentes. *Revista de Psicología*, 10, 1-15.
- González de Audikana, J. M. y Laespada, T. (2012). La prevención selectiva en el ámbito educativo. *Revista de Psicología*, 27, 1-15.
- Goodman, E. y Huang, B. (2004). Socioeconomic status, depressive symptoms and adolescent substance use. *Journal of Abnormal Psychology*, 113, 1-15.
- Goodwin, R. D., Fergusson, D. M. y Horwood, L. J. (2004). Association between anxiety disorders and substance use. *Journal of Abnormal Psychology*, 113, 1-15.
- Gorsuch, R. L. (1995). Religious aspects of substance abuse and recovery. *Journal of Social Issues*, 51, 1-15.
- Gottfredson, D. C. (1987). An evaluation of an organization development approach to reducing school violence. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 14, 1-15.
- Gottfredson, D. C. y Koper, C. S. (1996). Race and sex differences in the prediction of drug use. *Journal of Abnormal Psychology*, 105, 1-15.
- Gracia, E., Fuentes, M. C. y García, F. (2010). Barrios de riesgo, estilos de socialización parental y problemas de conducta en adolescentes. *Revista de Psicología*, 25, 1-15.
- Graham, K. y Homel, R., (2008). *Raising the bar: preventing aggression in and around bars, pubs and clubs*. London: Routledge.

- Granic, I. y Dishion, T. J. (2003). Deviant talk in adolescent friendships: A step toward measuring a
- Grant, B. F., Stinson, F. S. y Harford, T. C. (2001). Age at onset of alcohol use and DSM-IV alcohol
- Graña, J. L. (1994). *Conductas adictivas. Teoría, evaluación y tratamiento*. Madrid: Debate.
- Graña, J. L. y Muñoz-Rivas, M. J. (2000a). Factores de riesgo relacionados con la influencia del grupo
- Graña, J. L. y Muñoz-Rivas, M. J. (2000b). Factores psicológicos de riesgo y de protección para el co
- Graña, J. L., Muñoz-Rivas, M. J. y Delgado, S. (2000). *Investigación sobre el consumo de drogas en*
- Graña, J. L., Muñoz-Rivas, M. J., Andreu, J. M. y Peña, M. E. (2000): Variables psicológicas relacion
- Graña, J. L., Muñoz-Rivas, M. J., Peña, M. E. y Andreu, J. M. (2002). Influencia de la conducta antis
- Green, K. M., Zebrak, K. A., Fothergill, K. E., Robertson, J. A. y Ensminger, M. E. (2012). Childhood
- Grella, C. E. y Greenwell, L. (2006). Correlates of parental status and attitudes toward parenting an
- Grella, C. E., Hser, Y., Joshi, V. y Rounds-Bryant, J. (2001). Drug treatment outcomes for adolesce
- Griesbach, D., Amos, A. y Currie, C. (2003). Adolescent smoking and family structure in Europe. So
- Griffin, K. W., Scheier, L. M., Botvin, G. J. y Diaz, T. (2000). Ethnic and gender differences un psych
- Griswold, K. S., Aronoff, H., Kernan, J. B., Kahn, L. S. (2008). Adolescent substance use and abuse
- Guardia, J., Freixa, M., Però, M. y Turbany, J. (2006). *Análisis de datos en Psicología*. Madrid: Delta
- Gudjonsson, G. H., Sigurdsson, J. F., Sigfusdottir, I. D. y Young, S. (2012). An epidemiological stud
312.
- Guibord, M., Bell, T., Romano, E. y Rouillard, L. (2011). Risk and protective factors for depression a
- Guidali, C., Viganò, D., Petrosino, S., Zamberletti, E., Realini, N., Binelli, G., Rubino, T., Di Ma
Neuropsychopharmacol, 14(1), 17-28.
- Gullo, M. J., Dawe, S., Kambouropoulos, N., Staiger, P. K. y Jackson, C. J. (2010). Alcohol expectan
- Guo, J., Chung, I. J., Hill, K. G., Hawkins, J. D., Catalano, R. F., y Abbott, R.D. (2002). Developmen
- Guo, J., Collins, L. M., Hill, K. G. y Hawkins, J. D. (2000). Developmental pathways to alcohol abuse

- Guo, J., Hill, K. G., Hawkins, J. D., Catalano, R. F. y Abbott, R. D. (2002). A developmental analysis
- Gursucho, R. R. y Butler, M. C. (1976). Initial drug abuse: A review of predisposing social psycholog
- Gutierrez, S. E., Russo, N. F. y Urbanski, L. (1994). Sociocultural and psychological factors in Ameri
- Guttmanova, K., Bailey, J. A., Hill, K. G., Lee, J. O., Hawkins, J. D., Woods, M. L. y Catalano, R. F. (2002). *Journal of Substance Abuse Treatment*, 72(2), 221-231.
- Guttmanova, K., Hill, K. G., Bailey, J. A., Lee, J. O., Hartigan, L. A., Hawkins, J. D. y Catalano, R. F. (2002). *Journal of Substance Abuse Treatment*, 72(2), 233-241.
- Guxens, M., Nebot, M. y Ariza, C. (2007). Age and sex differences in factors associated with the ons
- Habib, C., Santoro, J., Kremer, P., Toumbourou, J., Leslie, E. y Williams, J. (2010). The importance
- Hadfield, P. (2006). *Bar Wars: Contesting the night in contemporary British cities*. Oxford: Oxford U
- Haesly, A. L., Wilens, T. E., Bierderman, J., Van Patten, S. L. y Specer, T. (2002). Temporal associ
- Halebsky, M. A. (1987). Adolescent alcohol and substance abuse: Parent and peer effects. *Adolescence*, 22(1), 1-10.
- Hall, W., Lynskey, M. (2005). Is cannabis a gateway drug? Testing hypotheses about the relationsh
- Haller, M. M. y Chassin, L. (2010). The reciprocal influences of perceived risk for alcoholism and alc
- Hallfors, D., Vevea, J. L., Iritani, B., Cho, H., Khatapoush, S. y Saxe, L. (2002). Truancy, grade poin
- Hamil-Luker, J., Land, K. C., y Blau, J. (2004). Diverse trajectories of cocaine use through early adu
- Hampson, S. E., Andrews, J. A., Barckley, M. y Severson, H. H. (2006). Personality predictors of the
- Handley, E. D. y Chassin, L. (2009). Intergenerational transmission of alcohol expectancies in a high
- Hanewinkel, R. y Sargent, J. D. (2009). Longitudinal study of exposure to entertainment media and
- Hanna, E. Z., Yi, H. Y., Dufour, M. C. y Whitmore, C. C. (2001). The relationship of early-onset re
- examination survey. *Journal of Substance Abuse*, 13(3), 265-282.
- Hansen, W. B., Bishop, D. C. y Bryant, K.S. (2009). Using online components to facilitate program i
- Hanson, K. L., Winward, J. L., Schweinsburg, A. D., Medina, K. L., Brown, S. A. y Tapert, S. F. (2011). *Journal of Substance Abuse Treatment*, 40(1), 1-10.

- Harden, K. P., Hill, J. E., Turkheimer, E. y Emery, R. E. (2008). Gene-environment correlation and i
- Hartman, C. A., Lessem, J. M., Hopfer, C. J., Crowley, T. J. y Stallings, M. C. (2006). The family tra
- Harvey, M. y Byrd, M. (2000). Relationships between adolescent 's attachment style and family func
- Hauenstein, E. J. (2003). Depression in adolescence. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonata*
- Haugland, S. H., Strandheim, A. y Bratberg G. (2012). Is high-risk use of intoxicants more commo
- Hawking, J. D., Catalano, R. F. y Arthur, M. W. (2002). Promoting science-based prevention in com
- Hawking, J. D., Catalano, R. F. y Miller, J. Y. (1992). Risk and protective factors for alcohol and othe
- Hawkins J. D., Jenson J. M., Catalano R. F. y Lishner D. M. (1988). Delinquency and drug abuse: i
- Hawkins, J. D. y Weis, J. G. (1985). The social development model: An integrated approach to delin
- Hawkins, J. D., Arthur, M. W. y Catalano, R. F. (1995). Preventing substance use. En M. Tonry y D
Press.
- Hawkins, J. D., Brown, E. C., Oesterle, S., Arthuer, M.W., Abbott, R. D. y Catalano, R. F. (2008). Ear
- Hawkins, J. D., Horn, M. Lee Van y Arthur, M. W. (2004). Community variation in risk and protectiv
- Hawkins, J. D., Oesterle, S. Brown, E. C., Monahan, K. C., Abbott, R. D., Arthur, M. W. y Catalano
Pediatrics and Adolescent Medicine, 166(2), 141-148.
- Hawkins, J. D., Oesterle, S., Brown, E. C., Arthur, M. W., Abbott, R. D., Fagan, A. A. y Catalano
Medicine, 163(9), 789-798.
- Hayaki, J., Stein, M. D., Lassar, J. A., Herman, D. S. y Anderson, B. J. (2005). Adversity among dru
- Hayatbakhsh, M. R., Najman, J. M., Jamrozik, K., Mamun, A. A., Williams, G. M. y Alati, R. (2006).
679.
- Heimisdottir, J., Vilhjalmsón, R., Kristjansdóttir, G. y Meyrowitsch, D. W. (2010). The social contex
- Helme, D. W., Donohew, R. L., Baier, M. y Zittleman, L. (2007). A classroom-administered simulatio
- Hemovich, V. y Crano, W. D. (2009). Family structure and adolescent drug use: An exploration of si
- Hemovich, V., Lac, A. y Crano, W. D. (2011). Understanding early-onset drug and alcohol outcomes
- Henry, B., Feehan, M., Mcgee, R., Stanton, W., Moffitt, T.E. y Silva, P. (1993). The importance of co

-
- Henry, K. L., Knight, K. E. y Thornberry, T. P. (2012). School disengagement as a predictor of dropout in adolescence. *Journal of Research on Adolescence, 22*(1), 1-26.
- Henry, K. L., Oetting, E. R. y Slater, M. D. (2005). Alcohol use in early adolescence: The effect of child and family characteristics. *Journal of Research on Adolescence, 15*(1), 1-26.
- Hill, K. G., Hawkins, J. D., Bailey, J. A., Catalano, R. F., Abbott, R. D. y Shapiro, V. B. (2010). Personal and social predictors of adolescent alcohol and drug use: A national portrait. *Journal of Research on Adolescence, 20*(1), 1-26.
- Hines, A. M., Merdinger, J. y Wyatt, P. (2005) Former foster youth attending college: resilience and risk. *Journal of Research on Adolescence, 15*(1), 1-26.
- Hipwell, A. E., White, H. R., Loeber, R., Stouthamer-Loeber, M., Chung, T. y Sembover, M. A. (2000). Childhood predictors of adolescent substance use: A national portrait. *Journal of Research on Adolescence, 10*(1), 1-26.
- Hodgins, S. (1993). *Mental disorder and crime*. Newbury Park, CA: Sage.
- Hoffman, J. P. (1994). Investigating the age effects of family structure on adolescent marijuana use. *Journal of Research on Adolescence, 4*(1), 1-26.
- Hoffman, J. P. y Cerbone, F. G. (2002). Parental substance use disorder and the risk of adolescent drug use. *Journal of Research on Adolescence, 12*(1), 1-26.
- Hoffman, J. P. y Johnson, R. A. (1998). A national portrait of family structure and adolescent drug use. *Journal of Research on Adolescence, 8*(1), 1-26.
- Hoffman, M. L. (1990). Empathy and justice motivation. *Motivation and Emotion, 14*(2), 151-172.
- Hollist, D. R. y McBroom, W. H. (2006). Family structure, family tension, and self-reported marijuana use. *Journal of Research on Adolescence, 16*(1), 1-26.
- Horner, B. R. y Scheibe, K. E. (1997). Prevalence and implications of attention-deficit hyperactivity disorder in adolescence. *Journal of Research on Adolescence, 7*(1), 1-26.
- Howard, D. E., Wang, M. Q. y Yan, F. (2007). Psychological factors associated with reports of physical violence. *Journal of Research on Adolescence, 17*(1), 1-26.
- Hu, M., Griesler, P., Schaffran, C. y Kandel, D. (2011). Risk and protective factors for nicotine dependence. *Journal of Research on Adolescence, 21*(1), 1-26.
- Huang, B., White, H. R., Kosterman, R., Catalano, R. F. y Hawkins, J. D. (2001). Developmental associations between family structure and adolescent substance use. *Journal of Research on Adolescence, 11*(1), 1-26.
- Huang, S., Trapido, E., Fleming, L., Arheart, K., Crandall, L., French, M., Malcolm, S. y Prado, G. (2000). Family structure and adolescent substance use: A national portrait. *Journal of Research on Adolescence, 10*(1), 1-26.
- Hughes, K., Anderson, Z., Morleo, M. y Bellis, M. A. (2008). Alcohol, nightlife and violence: the relationship. *Journal of Research on Adolescence, 18*(1), 1-26.
- Hughes, K., Bellis, M., Whelan, G., Calafat, A., Juan, M. y Blay, N. (2009). Alcohol, drugs, sex and violence: the relationship. *Journal of Research on Adolescence, 19*(1), 1-26.
- Hulley, S. B., Steven R. y Cummings, S. R. (1993). *Diseño de la investigación clínica. Un enfoque epidemiológico*. New York: McGraw-Hill.
- Hundleby, J. D. y Mercer, G. W. (1987). Family and friends as social environments and their relationship to adolescent substance use. *Journal of Research on Adolescence, 7*(1), 1-26.
- Huriwai, T. (2002). Re-enculturation: culturally congruent interventions for Maori with alcohol and drug problems. *Journal of Research on Adolescence, 12*(1), 1-26.

- Hussong, A. M. y Chassin, L. (1997). Substance use initiation among adolescent children of alcoholics. *Journal of Abnormal Psychology*, 106, 105-114.
- Hussong, A. M. y Hicks, R. E. (2003). Affect and peer context interactively impact adolescent substance use. *Journal of Abnormal Psychology*, 112, 105-114.
- Hussong, A. M., Curran, P. J. y Chassin, L. (1998). Pathways of risk for accelerated heavy alcohol use. *Journal of Abnormal Psychology*, 107, 105-114.
- Hussong, A. y Chassin, L. (2002). Parent alcoholism and leaving home transition. *Developmental and Psychopathology*, 14, 105-114.
- Hussong, A., Bauer, D. y Chassin, L. (2008). Telescoping of Alcohol Onset-to-Disorder Trajectories in Adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*, 117, 105-114.
- Huurre, T., Lintonen, T., Kaprio, J., Pelkonen, M., Marttunen, M. y Aro, H. (2010). Adolescent risk factors for substance use disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 119, 105-114.
- Hyman, S. E. y Malenka, R. C. (2001). Addiction and the brain: the neurobiology of compulsion and tolerance. *Nature Reviews Neuroscience*, 4, 105-114.
- Iacono, W. G., Likken, D. T. y McGue, M. (1996). Psychosocial prediction of substance abuse. *Journal of Abnormal Psychology*, 105, 105-114.
- Ialongo, N., Poduska, J., Werthamer, L. y Kellam, S. (2001). The distal impact of two first-grade prevention programs. *Journal of Abnormal Psychology*, 110, 105-114.
- Instituto Madrileño del Menor y la Familia. (2010). *Memoria Estadística. Centros de Protección de Menores*. Madrid: Instituto Madrileño del Menor y la Familia.
- Ireland, T. O., Smith, C. A. y Thornberry, T. P. (2002). Developmental issues in the impact of child abuse. *Journal of Abnormal Psychology*, 111, 105-114.
- Ishiguro, H., Horiuchi, Y., Ishikawa, M., Koga, M., Imai, K., Suzuki, Y., Morikawa, M., Inadac, T., Nakam, I., Ohashin, J., Kakitao, A., Takahashio, H., Nawao, H. y Arinamia, T. (2010). Brain activation during working memory in adolescents with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 119, 105-114.
- Jackson, C. (1997). Initial and experimental stages of tobacco and alcohol use during late childhood. *Journal of Abnormal Psychology*, 106, 105-114.
- Jackson, C., Henriksen, L. y Foshee, V. A. (1998). The authoritative parenting index: predicting health and substance use. *Journal of Abnormal Psychology*, 107, 105-114.
- Jackson, K. M., Sher, K. J. y Schulenberg, J. E. (2005). Conjoint developmental trajectories of young adults' substance use. *Journal of Abnormal Psychology*, 114, 105-114.
- Jackson, K. M., Sher, K. J. y Wood, P. K. (2000). Trajectories of concurrent substance use disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 105-114.
- Jeffe, J. H. (1990). Drug addiction and drug abuse. En A. G. Gilman, T. W. Rall, A. S. Nies y S. Taylor (Eds.), *Textbook of psychopharmacology* (pp. 105-114). New York: Wiley.
- Jenkins, J. E. (1996). The influence of peer affiliation and student activities on adolescent drug involvement. *Journal of Abnormal Psychology*, 105, 105-114.
- Jernigan, D. H., Ostroff, J., Ross, C. y O'hara, J. A. (2004). Sex differences in adolescent exposure to alcohol. *Journal of Abnormal Psychology*, 113, 105-114.
- Jessor R. y Jessor, S. L. (1977). *Problem behavior and psychosocial development: A longitudinal study of youth*. New York: Academic Press.
- Jessor, R. (1884). Adolescent development and behavioral health. En J. D. Matarazzo, S. M. Weiss, J. A. Herberich y A. T. Franks (Eds.), *Behavioral medicine: A new paradigm* (pp. 105-114). New York: Brunner/Mazel.
- Jessor, R. (1991). Risk behavior in adolescence: A psychological framework for understanding and action. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 105-114.
- Jessor, R. (1993). Successful adolescent development among youth in high-risk settings. *American Journal of Orthopsychiatry*, 63, 105-114.

- Jessor, R. R., Van den Bos, J., Vanderryn, J., Costa, F. M. y Turbin, M. S. (1995). Protective factors
- Jessor, R., Donovan, J. E. y Costa, F. M. (1991). *Beyond adolescence: problem behavior and young*
- Jessor, R., Turbin, M. S. y Costa, F. M. (1998). Protective factors in adolescent health behavior. *Jou*
- Jessor, R., Turbin, M. S., Costa, F. M., Dong, Q., Zhang, H. y Wang, C. (2003). Adolescent problem
- Jeynes, W. H. (2001). The effects of recent parental divorce on their children's consumption of alcohol
- Jiménez, A. y Acero, A. (2003). Uso de drogas en Centros de Protección del Instituto Madrileño del
- Jiménez, T. I., Musitu, G. y Murgui, S. (2008). Funcionamiento familiar y consumo de sustancias en
- Johnsen, L. W. y Harlow, L. L. (1996). Childhood sexual abuse linked with adult substance use, victi
- Johnson, J. G., Cohen, P., Skodol, A. E., Oldman, J. M., Kasen, S. y Brook, J. S. (1999). Personality
- Johnson, K., Bryant, D., Strader, T. y Bucholtz, G. (1996). Reducing alcohol and other drug use by
- Johnston, L. D., O'Malley, P. M. y Bachman, J.G. (2002). *Monitoring the future national survey resu*
- Jones, B.T., Corbin, W. y Fromme, K. (2001). A review of expectancy theory and alcohol consumpti
- Jones, D. J., Forehand, R., Brody, G. y Armistead, L. (2003). Parental monitoring in African America
- Jones, D. J., Forehand, R., Brody, G. y Armistead, L. (2003). Parental monitoring in African America
- Joseph, F., Hirst, C., Pickersgill, T., Ben-Shlomo, Y., Robertson, N. y Scolding N. (2009). CSF oligoc
- Justicia, M. J. y Cantón, J. (2011). Conflictos entre padres y conducta agresiva y delictiva en los hijo
- Kafka, R. R. y London, P. (1991). Communication in relationship and adolescent substance use: the
- Kaiser, H. F. (1958). The varimax criterion for analytic rotation in factor analysis. *Psychometrika*, 23
- Kalivas, P. W. y Volkow, N. D. (2005). The neural basis of addiction: a pathology of motivation and
- Kaminer, Y. y Bukstein, O. G. (eds.) (2008). *Adolescent substance abuse: psychiatric comorbidity a*
- Kaminer, Y. y Tarter, R.E. (1999). Adolescent substance abuse. En Galanter, M. y Kleber, H.D. (edit
- Kamon, J., Stanger, C., Budnay, A. y Dumenci, L. (2006). Relations between parent and adolescent

-
- Kandel, D. B. (1975). Stages in adolescent involvement in drug use. *Science*, 190(4217), 912-914.
- Kandel, D. B. (1980). Developmental stages in adolescent drug involvement. *NIDA Research Monograph*, 10, 1-14.
- Kandel, D. B. (1980). Drug and drinking behaviour among youth. *Annual Review of Sociology*, 6, 23-47.
- Kandel, D. B. (1996). The parental and peer contexts of adolescent deviance: An algebra of interpenetration. *Journal of Research on Adolescence*, 6, 1-20.
- Kandel, D. B. (2003). Does marijuana use cause the use of other drugs?. *The Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42, 10-17.
- Kandel, D. B. y Andrews, K. (1987). Processes of adolescent socialization by parents and peers. *The Journal of Research on Adolescence*, 1, 1-20.
- Kandel, D. B. y Davies, M. (1992). Progresión to regular marijuana involvement: Phenomenology and developmental stages. *Journal of Research on Adolescence*, 2, 1-20.
- Kandel, D. B. y Faust, R. (1975). Sequence and stages in patterns of adolescent drug use. *Archives of General Psychiatry*, 32, 908-916.
- Kandel, D. B. y Jessor, R. (2002). The gateway hypothesis revisited. En D. B. Kandel (edit.), *Stages of adolescent drug involvement*. Cambridge University Press.
- Kandel, D. B. y Yamaguchi, K. (1985). Developmental patterns of the use of legal, illegal, and medicinal drugs. *Journal of Research on Adolescence*, 1, 1-20.
- Kandel, D. B. y Yamaguchi, K. (1993). From beer to crack: developmental patterns of drug involvement. *Journal of Research on Adolescence*, 3, 1-20.
- Kandel, D. B. y Yamaguchi, K. (1999). Developmental stages of involvement in substance use. En P. M. P. (edit.), *Adolescent substance use: A developmental perspective*. Cambridge University Press.
- Kandel, D. B. y Yamaguchi, K. y Chen, K. (1992). Stages of progression in drug involvement from alcohol to marijuana to cocaine. *Journal of Research on Adolescence*, 2, 1-20.
- Kandel, D. B., Davies, M. y Baydar, N. (1990). The creation of interpersonal contexts: Homophily and socialization. Cambridge University Press.
- Kandel, D. B., Davies, M. y Karus, D. (1986). The consequences in young adulthood of adolescent drug involvement. *Journal of Research on Adolescence*, 1, 1-20.
- Kaner, E. F., Dickinson, H. O., Beyer, F. R., Campbell, F., Schlesinger, C., Heather, N., Saunders, J. B. et al. (2008). Effects of brief alcohol interventions on drinking behavior and alcohol-related problems: A meta-analysis. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 33, 1-11.
- Kaner, E., Beyer, F., Dickinson, H., Pienaar, E., Campbell, F., Schlesinger, C., Heather, N., Saunders, J. B. et al. (2008). Effects of brief alcohol interventions on drinking behavior and alcohol-related problems: A meta-analysis. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 33, 1-11.
- Kaplan, H. B. (1996). Empirical validation of the applicability of an integrative theory of deviant behavior. *Journal of Research on Adolescence*, 6, 1-20.
- Katz, E. C., Fromme, K. y D'Amico, E. J. (2000). Effects of outcome expectancies and personality on alcohol consumption. *Journal of Research on Adolescence*, 10, 1-20.
- Kaufman, J., Yang, B. Z., Douglas-Palumberi, H., Crouse-Artus, M. S., Lipschitz, D., Krystalet, J. et al. (2000). Effects of outcome expectancies and personality on alcohol consumption. *Journal of Research on Adolescence*, 10, 1-20.

-
- Kazdin, A. E. y Buela-Casal, G. (2002): *Conducta antisocial: Evaluación, tratamiento y prevención* e
- Kellam, S. G., Ensminger, M. E. y Simon, M. B. (1980). Mental health in first grade and teenage dru
- Kelley, A. E., Schochet, T. y Landry, C. F. (2004). Risk taking and novelty seeking in adolescence: I
- Kelley, B. M. y Middaugh, L. D. (1999). Periadolescent nicotine exposure reduces cocaine reward in
- Kelley, B. M. y Rowan, J. D. (2004). Long-term, low-level adolescent nicotine exposure produces do
- Kelley, S. J. (2003). Cumulative environmental risk in substance abusing women: early intervention,
- Kelly, A. B., O'Flaherty, M., Connor, J. P., Homel, R., Toumbourou, J. W., Patton, G. C. y Williams, J
- Kendall, P. C. y Kessler, R. C. (2002). The impact of childhood psychopathology interventions on su
- Kendler, K. S., Fiske, A., Gardner, C. O. y Gatz, M. (2008). Delineation of two genetic pathways to r
- Kendler, K. S., Gardner, C. y Dick, D. M. (2011). Predicting alcohol consumption in adolescence from
- Kendler, K. S., Karkowski, L. M., Corey, L. A., Prescott, C. A. y Neale, M. C. (1999) Genetic and env
- Kendler, K. S., Myers, J. y Prescott, C. A. (2000). Parenting and adult mood, anxiety and substance u
- Kendler, K. S., Prescott, C. A., Myers, J. y Neale, M. C. (2003). The structure of genetic and environ
- Kessler, R. C., Nelson, C. B., McGonagle, K. A., Liu, J., Swartz, M. y Blazer, D. G. (1996). Comorbidity
- Kessler, R., Avenevoli, S., Merikangas, K. R. (2001). Mood disorders in children and adolesc. Epidemic
- Keyes, K. M., Hatzenbuehler, M. L. y Hasin, D. S. (2011). Stressful life experiences, alcohol consum
- Keyes, K. M., Martins, S. S. y Hasin, D. S. (2008). Past 12-month and lifetime comorbidity and po
97(1), 139-149.
- Keyes, K. M., Schulenberg, J. E., O'Malley, P. M., Johnston, L. D., Bachman, J. G., Li, G. y Hasin, D.
- Khantzian, E. J. (1997). The self-medication hypothesis of substance use disorders: a reconsideration
- Khaylis, A., Trockel, M. y Taylor, C. B. (2009). Binge drinking in women at risk for developing eating

- Kierkus, C. A. y Hewitt, J. D. (2009). The contextual nature of the family structure/delinquency relationship. *Journal of Family Psychology, 23*(1), 10-17.
- Kilpatrick, D. G., Acierno, R., Saunders, B., Resnick, H. S., Best, C. L. y Schnurr, P. P. (2000). Risk factors for posttraumatic stress disorder in women with histories of sexual assault. *Journal of Traumatic Stress, 13*(1), 14-26.
- Kilpatrick, D. G., Ruggiero, K. J., Acierno, R., Saunders, B. E., Resnick, H. S. y Best, C. L. (2003). *Journal of Traumatic Stress, 16*(4), 692-700.
- Kim, I. J., Zane, N. W. y Hong, S. (2002). Protective factors against substance use among Asian Americans. *Journal of Substance Abuse Treatment, 22*(1), 1-10.
- King, C. A., Ghaziuddin, N. y McGovern, L. (1996). Predictors of comorbid alcohol and substance abuse. *Journal of Substance Abuse Treatment, 15*(1), 1-10.
- King, G., Flisher, A. J., Noubary, F., Reece, R., Marais, A. y Lombard, C. (2004). Substance abuse and mental health in South Africa. *Journal of Substance Abuse Treatment, 26*(1), 1-10.
- King, K. M., y Chassin, L. (2004). Mediating and moderated effects of adolescent behavioural underachievement on substance use. *Journal of Substance Abuse Treatment, 26*(1), 1-10.
- King, K. y Chassin, L. (2007). A prospective study of the effects of age of initiation of alcohol and drug use on later substance abuse. *Journal of Substance Abuse Treatment, 26*(1), 1-10.
- King, S. M., Iacono, W. G. y McGue, M. (2004). Childhood externalizing and internalizing psychopathology and later substance abuse. *Journal of Substance Abuse Treatment, 26*(1), 1-10.
- Kingon, Y. S. y O'Sullivan, A. L. (2001). The family as a protective asset in adolescent development. *Journal of Substance Abuse Treatment, 20*(1), 1-10.
- Kirisci, L., Vanyukov, M. y Tarter, R. (2005). Detection of youth at high risk for substance use disorders. *Journal of Substance Abuse Treatment, 28*(1), 1-10.
- Kirkcaldy, B. D., Siefen, G., Surall, D. y Bischoff, R. J. (2004). Predictors of drug and alcohol abuse. *Journal of Substance Abuse Treatment, 26*(1), 1-10.
- Kleinjan, M., Vitaro, F., Wanner, B., Brug, J., Van den Eijnden, R. y Engels, R. (2012). Predicting nicotine dependence. *Journal of Substance Abuse Treatment, 42*(1), 1-10.
- Kliwer, W. y Murrelle, L. (2007). Risk and protective factors for adolescent substance use: Findings from the National Longitudinal Survey of Children. *Journal of Substance Abuse Treatment, 26*(1), 1-10.
- Kodjo, C. M. y Klein, J. D. (2002). Prevention and risk of adolescent substance abuse. The role of family and community. *Journal of Substance Abuse Treatment, 22*(1), 1-10.
- Kogan, S. M., Luo, Z., Murry, V. M. y Brody, G. H. (2005). Risk and protective factors for substance abuse. *Journal of Substance Abuse Treatment, 28*(1), 1-10.
- Kollins, S. H., McClernon, F. J. y Fuemmeler, B. F. (2005). Association between smoking and attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Substance Abuse Treatment, 28*(1), 1-10.
- Koob, G. F. y Volkow, N. D. (2010). Neurocircuitry of addiction. *Neuropsychopharmacology, 35*(1), 217-230.
- Kopstein, A. N., Crum, R. M., Celentano, D. D. y Martin, S. S. (2001). Sensation seeking needs among adolescents. *Journal of Substance Abuse Treatment, 20*(1), 1-10.
- Kosterman, R., Hawkins, J. D., Guo, J., Catalano, R. F. y Abbott, D. (2000). The dynamics of alcohol use. *Journal of Substance Abuse Treatment, 19*(1), 1-10.
- Kovkvevi, A. E., Arapaki, A. A., Richardson, C., Florescu, S., Kuzman, M. y Stergar, E. (2007). Further exploration of the role of family and community in adolescent substance abuse. *Journal of Substance Abuse Treatment, 26*(1), 1-10.

- Kreek, M. J., Nielsen, D. A., Butelman, E. R. y LaForge, K. S. (2005) Genetic influences on impulsivity.
- Kristjansson, A. L., Sigfusdottir, I. D., Allegrante, J. P. y Helgason, A. R. (2009). Parental divorce and child outcomes.
- Krueger, R. F., Hicks, B. M., Patrick, C. J., Carlson, S. R., Iacono, W. G. y McGue, M. (2002). Etiology of antisocial behavior.
- Krueger, R. F., Markon, K. E., Patrick, C. J. e Iacono, W. G. (2005). Externalizing Psychopathology in Childhood.
- Krug, I., Treasure, J., Anderluh, M., Bellodi, L., Cellini, E., Di Bernardo, M. y Penelo, E. (2008). Prevalence of eating disorders.
- Kubicka, L., Matejcek, Z., Dytrych, Z. y Roth, Z. (2001). IQ and personality traits assessed in childhood.
- Kubik, M. Y., Lytle, L. A., Birnbaum, A. S., Murray, D. M. y Perry, C. L. (2003). Prevalence and correlates of substance use.
- Kuklinski, M. R., Briney, J. S., Hawkins, J. D. y Catalano, R. F. (2012). Cost-benefit analysis of Community Reinforcement and Family Training.
- Kulis, S., Marsiglia, F. F. y Hurdle, D. (2003). Gender identity, ethnicity, acculturation, and drug use among young adults.
- Kumpfer, K. L., Bluth, B. (2004). Parent/child transactional processes predictive of resilience or vulnerability.
- Kumpfer, K. L., Szapocznick, J., Catalano, R., Clayton, R. R., Liddle H. A., McMahon, R., Millman, J. et al. (2002). *Manual of the Strengthening of Families Program*. Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Rockville, MD.
- Kuo, W. H., Gallo, J. J. y Eaton, W. W. (2004). Hopelessness, depression, substance disorder, and suicidal thoughts.
- Kupersmidt, J. B. y DeRosier, M. E. (2004). How peer problems lead to negative outcomes: An interactional model.
- La Greca, A. M., Prinstein, M. J. y Fetter, M. D. (2001). Adolescent peer crowd affiliation: Linkages to mental health.
- Labouvie, E., Bates, M. E. y Pandina, R. J. (1997). Age of first use: its reliability and predictive utility for substance use.
- Laespada, T. y Elzo, J. (2007). Consumo de alcohol de los adolescentes: Hablando de cifras y datos.
- Lamborn, S. D., Mounts, N. S., Steinberg, L. y Dornbusch, S. M. (1991). Patterns of competence and adjustment in adolescents from different cultural backgrounds.
- Landrine, H. y Klonoff, E. A. (2004). Culture change and ethnic-minority health behavior: An operational framework.
- Lansford, J. E., Dodge, K. A., Pettit, G. S. y Bates, J.E. (2010). Does physical abuse in early childhood predict later mental health problems?
- Larsen, J. K., Otten, R. y Engels, R. C. (2009). Adolescent depressive symptoms and smoking behavior.

- Latendresse, S., Rose, R., Viken, R., Pulkkinen, L., Kaprio, J. y Dick, D. (2008). Parenting mechanisms in the transmission of risk for alcoholism. *Journal of Abnormal Psychology*, *117*(1), 1-12.
- Latimer, W., Floyd, L. J., Kariis, T., Novotna, G., Exnerova, P. y O'Brien, M. (2004). Peer and sibling influences on adolescent substance use. *Journal of Substance Abuse Treatment*, *26*(1), 1-12.
- Lazareck, S., Robinson, J. A., Crum, R. M., Mojtabai, R., Sareen, J. y Bolton, J. M. (2012). A longitudinal study of mental health in the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC). *Journal of Clinical Psychiatry*, *73*(5), e588-593.
- Leandro, S. V., Hernández, M., Martínez, N. y Ciriza, M. E. (1997). Tabaco en adolescentes: Factores de riesgo y consecuencias. *Revista de Psicología*, *14*(1), 1-12.
- Ledoux, S., Miller, P., Choquet, M. y Plant, M. (2002). Family structure, parent-child relationships, and adolescent substance use. *Journal of Family Psychology*, *16*(1), 1-12.
- Lee, J. O., Hill, K. G., Guttmanova, K., Bailey, J. A., Hartigan, L. A., Hawkins, J. D. y Catalano, R. F. (2002). Family structure and adolescent substance use. *Journal of Family Psychology*, *16*(1), 1-12.
- Leigh, B. C. (1989). In search of the Seven Dwarves: Issues of measurement and meaning in alcoholism research. *Journal of Abnormal Psychology*, *98*(1), 1-12.
- Lerner, J. V. y Vicary, J. R. (1984). Difficult temperament and drug use: analyses from the New York Longitudinal Study. *Journal of Personality and Social Psychology*, *46*(1), 1-12.
- Lessem, J. M., Hopfer, C. J., Haberstick, B. C., Timberlake, D., Ehringer, M. A., Smolen, A. y Hewitt, J. K. (2002). Genetic and environmental influences on adolescent substance use. *Journal of Abnormal Psychology*, *111*(1), 1-12.
- Leventhal, A. M. y Schmitz, J. M. (2006). The role of drug use outcome expectancies in substance abuse. *Journal of Substance Abuse Treatment*, *29*(1), 1-12.
- Leveridge, M., Stoltenberg, C. y Beesley, D. (2005). Relationship of attachment style to personality and substance use. *Journal of Personality and Social Psychology*, *88*(1), 1-12.
- Li, C. S. y Sinha, R. (2008). Inhibitory control and emotional stress regulation: Neuroimaging evidence. *Journal of Abnormal Psychology*, *117*(1), 1-12.
- Liebschutz, J. M., Savetsky, J. B., Saitz, R., Horton, N. J., Lloyd-Travaglini, C. y Samet, J. H. (2002). Alcoholism and mental health. *Journal of Abnormal Psychology*, *111*(1), 1-12.
- Lillehoj, C. J., Trudeau, L., Spoth, R. y Madon, S. (2005). Externalizing behaviors as predictors of substance use. *Journal of Substance Abuse Treatment*, *28*(1), 1-12.
- Lin, N., Eisen, S. A., Scherrer, J. F., Goldberg, J., True, W. R., Lyons, M. J. y Tsuang, M. T. (1998). Genetic and environmental influences on adolescent substance use. *Journal of Abnormal Psychology*, *107*(1), 1-12.
- Littlefield, A. K., Sher, K. J. y Steinley, D. (2010). Developmental trajectories of impulsivity and the risk for substance use. *Journal of Abnormal Psychology*, *119*(1), 1-12.
- Liu, X., Matochik, J., Cadet, J., London, E. (1998). Smaller volume of prefrontal lobe in polysubstance abuse. *Journal of Abnormal Psychology*, *107*(1), 1-12.
- Ljubotina, D., Galic, J. y Jukic, V. (2004). Prevalence and risk factors of substance use among urban adolescents. *Journal of Substance Abuse Treatment*, *26*(1), 1-12.
- Llanos, A., Bravo, A. y Del Valle, J. F. (2006). *Perfiles problemáticos y necesidades emergentes en adolescentes*. Madrid: Alianza.
- Llorens, N., Perelló, M. y Palmer, A. (2004). Las estrategias de afrontamiento: factores de protección y riesgo. *Revista de Psicología*, *21*(1), 1-12.

- Llorens, N., Tomás, S., Aguilar, J. y Tortajada, S. (2011). Consumo de cannabis: ¿los factores de riesgo?
- Lloyd, C. H. (1998). Risk factors for problem drug use: identifying vulnerable groups. *Drugs: Education and Prevention* 3(2), 111-120.
- Lochman, J. E. (2006). Preventive Intervention Targeting Precursors. En Z. Sloboda y W. J. Bukoski (Eds.), *Drug Abuse: Prevention and Treatment* (pp. 115-130). New York: Springer.
- Locke, T. F. y Newcomb, M. D. (2004). Adolescent predictors of young adult and adult alcohol involvement. *Journal of Research on Adolescence* 14(1), 1-20.
- Locke, T. F. y Newcomb, M. D. (2004). Child maltreatment, parent alcohol-and drug-related problems, and adolescent substance use. *Journal of Research on Adolescence* 14(1), 21-40.
- Loeber, R., Wei, E., Stouthamer-Loeber, M., Huizinga, D. y Thornberry, T. P. (1999). Behavioral and emotional problems in childhood and adolescence: A risk factor for later criminality. *Journal of Research and Crime Prevention* 8(2), 245-263.
- London, E., Ernst, M., Grant, S., Bonson, K. y Weinstein, A. (2000). Orbitofrontal cortex and human decision-making: A role for working memory. *Journal of Neuroscience* 20(16), 6055-6062.
- Longest, K. C. y Shanahan, M. J. (2007). Adolescent work intensity and substance use: The mediating role of stress. *Journal of Research on Adolescence* 17(1), 1-20.
- López, A. y Becoña, E. (2006a). Consumo de cocaína y psicopatología asociada: una revisión. *Adicciones* 17(1), 1-10.
- López, A. y Becoña, E. (2006b). Patrones y trastornos de personalidad en personas con dependencia de cocaína. *Adicciones* 17(1), 11-20.
- López, S. y Rodríguez-Arias, J. L. (2010). Factores de riesgo y de protección en el consumo de drogas. *Adicciones* 21(1), 1-10.
- López, S. y Rodríguez-Arias, J. L. (2010). Factores de riesgo y protección en el consumo de drogas. *Adicciones* 21(1), 11-20.
- López, S. y Rodríguez-Arias, J. L. (2012). Factores de riesgo y de protección en el consumo de drogas. *Adicciones* 23(1), 1-10.
- Lubman, D. I., Yücel, M. y Pantelis, C. (2004). Neuroimaging and neuropsychological evidence of involvement of the orbitofrontal cortex in human decision-making. *Journal of Neuroscience* 24(46), 10212-10217.
- Lucas, G. (2012). *Programa de Prevención. Educación Secundaria*. Madrid: Agencia Antidroga.
- Lucas, G. (coord.) (2009). *Programa de Prevención Universal "Protegiéndote"*. Madrid: Agencia Antidroga.
- Luengo, M. A., Otero, J. M., Romero, E., Gómez-Fraguela, J. y Tavares-Filho, E. T. (1999). Análisis de los factores de riesgo y de protección en el consumo de drogas. *Adicciones* 10(1), 1-10.
- Luke, D. A., Harris, J. K., Shelton, S., Allen, P., Carothers, B. J. y Mueller, N. B. (2010). Systems and processes of drug addiction. *Journal of Research on Adolescence* 20(1), 1-20.
- Lupton, R., Wilson, A., May, T., Warburton, H. y Turnbull, P. J. (2002). *A rock and a hard place: drug use and mental health*. London: Routledge.
- Lynch, W. J. (2006). Sex differences in vulnerability to drug self-administration. *Experimental and Clinical Psychopharmacology* 14(1), 1-10.
- Lynskey, M. T. y Fergusson, D. M. (1995). Childhood conduct problems, attention deficit behaviors, and later drug use. *Journal of Research on Adolescence* 5(1), 1-20.
- MacCoun, R., Kilmer, B. y Reute, P. (2003). Research on drugs-crime linkages: The next generation. *Journal of Research on Crime and Delinquency* 40(1), 1-20.

- Mackie, C. J., Castellanos-Ryan, N. y Conrod, P. J. (2011). Personality moderates the longitudinal re
- Mackintosh, M. A., Earleywine, M. y Dunn, M. E. (2006). Alcohol expectancies for social facilitation:
- Maggs, J. L., Patrick, M. E. y Feinstein, L. (2008). Childhood and adolescent predictors of alcohol use
- Mahmood, O. M., Goldenberg, D., Thayer, R., Migliorini, R., Simmons, A. N. y Tapert, S. F. (2013).
- Majumder, P. P., Moss, H. B. y Murrelle, L. (1998). Familial and nonfamilial factors in the prediction
- Maldonado, R. (ed.) (2003). *Molecular biology of drug addiction*. Totowa, NJ: Humana Press.
- Malouff, J. M., Thorsteinsson, E. B., Rooke, S. E. y Schutte, N. S. (2007). Alcohol involvement and t
- Mamun, A. A., Alati, R., O'Callaghan, M., Hayatbakhsh, M. R., O'Callaghan, F. V., Najman, J. M., W
102(4), 647-654.
- Marcenko, M. O., Kemp, S. P. y Larson, N. C. (2000). Childhood experiences of abuse, later substan
- Marco, E. M., Granstrem, O., Moreno, E., Llorente, R., Adriani, W., Laviola, G. y Viveros, M. P.
Pharmacology, 557(1), 37-43.
- Marco, E. M., Llorente, R., Moreno, E., Biscaia, J. M., Guaza, C. y Viveros, M. P. (2007). Adolescent
- Mares, S. H., Van der Vorst, H., Engels, R. C. y Lichtwark-Aschoff, A. (2011). Parental alcohol u
Addictive Behaviors, 36, 209-216.
- Markez, I. y Pastor, F. (2010). Menores Extranjeros No Acompañados (MENA), un colectivo especial
- Markham, W. A., Young, R., Sweeting, H., West, P., Aveyard, P. (2012). Does school ethos explain
- Markon, K.E. y Krueger, R.F. (2005). Categorical and continuous models of liability to externalizin
- Marmorstein, N. R. (2009). Longitudinal associations between alcohol problems and depressive sym
- Marmorstein, N. R., Iacono, W. G., y Malone, S. M. (2010). Longitudinal associations between depre
- Marmorstein, N. R., White, H. R., Loeber, R. y Stouthamer-Loeber, M. (2010). Anxiety as a predicto
- Marshal, M. P. (2003). For better or for worse? The effects of alcohol use on marital functioning. *C*
- Martin, C. A., Kelly, T. H., Rayens, M. K., Brogli, B., Himelreich, K., Brenzel, A., Bingcang, C. M. y
1075-1082.

-
- Martín, L. y García del Castillo, J. A. (2009). Cine y televisión como elementos formativos en la prevención de adicciones.
- Martinez, J. L., Fuertes, A., Ramos M. y Hernández, A. (2003). Consumo de drogas en la adolescencia: factores de riesgo y protección.
- Martínez, J. M. y Robles, L. (2001). Variables de protección ante el consumo de alcohol y tabaco en la adolescencia.
- Martínez, J. M., Robles, L. y Trujillo, H. M. (2003). Diferencias sociodemográficas y protección ante el consumo de drogas.
- Martínez, M. y Alonso, C. (2003). Búsqueda de sensaciones, autoconcepto, asertividad y consumo de drogas.
- Martorell, M. C. y Silva, F. (1991). Adaptación española del IVE-J de Eysenck, Easting y Pearson. *Revista de Psicología*, 17(1), 1-10.
- Martorell, M. C., Aloy, M., Gómez, O. y Silva, F. (1993). *Cuestionario de evaluación del Autoconcepto*. Madrid: Alianza.
- Marzuk, P. M. (1996). Violence and crime, and mental illness: How strong a link?. *Archives of General Psychiatry*, 53(11), 1013-1017.
- Mason, W. A. y Spoth, R. L. (2011). Thrill seeking and religiosity in relation to adolescent substance use. *Journal of Research on Adolescence*, 21(1), 1-20.
- Mason, W. A., Hawkins, J. D., Kosterman, R. y Catalano, R. F. (2010). Alcohol use disorders and delinquency: A developmental perspective. *Journal of Research on Adolescence*, 20(1), 1-20.
- Masten, A.S. y Garmezy, N. (1985). Risk, vulnerability and protective factors in developmental psychopathology. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 24(1), 1-10.
- Maxwell, K. A. (2002). Friends: The role of peer influence across adolescent risk behaviors. *Journal of Research on Adolescence*, 12(1), 1-20.
- May, D. C., Vartanian, L. R. y Virgo, K. (2002). The impact of parental attachment and supervision on adolescent substance use. *Journal of Research on Adolescence*, 12(1), 1-20.
- Mayberry, M. L., Espelage, D. L., Koenig, B. (2009). Multilevel modeling of direct effects and interactions on adolescent substance use. *Journal of Research on Adolescence*, 19(1), 1-20.
- Mayet, A., Legleye, S., Chau, N. y Falissard, B. (2010). The mediation role of licit drugs in the influence of parental supervision on adolescent substance use. *Journal of Research on Adolescence*, 20(1), 1-20.
- Mayet, A., Legleye, S., Falissard, B. y Chau, N. (2012). Cannabis use stages as predictors of subsequent substance use. *Journal of Research on Adolescence*, 22(1), 1-20.
- Mayfield, R., Harris, R. y Schuckit, M. (2008). Genetic factors influencing alcohol dependence. *British Journal of Psychiatry*, 193(5), 336-341.
- Maze, I., Russo, S. J. (2010). Transcriptional mechanisms underlying addiction-related structural plasticity. *Journal of Neurobiology*, 77(1), 1-10.
- Mc Ardle, P., Wiegersma, A., Gilvarry, E., Kolte, B., McCarthy, S., Fitzgerald, M. Brinkley, A., Blomquist, A. L., et al. (2009). Genetic and environmental influences on alcohol dependence: A twin study of 12,000 Swedish twins. *Journal of Research on Personality*, 43(3), 336-341.
- Mc Ardle, P., Wiegersma, A., Gilvarry, E., Mc Carthy, S., Fitzgerald, M., Kolte, B., Brinkley, A., Blomquist, A. L., et al. (2009). Genetic and environmental influences on alcohol dependence: A twin study of 12,000 Swedish twins. *Journal of Research on Personality*, 43(3), 336-341.
- Mc Ardle, P., Wiegersma, A., Gilvarry, E., Mc Carthy, S., Fitzgerald, M., Kolte, B., Brinkley, A., Blomquist, A. L., et al. (2009). Genetic and environmental influences on alcohol dependence: A twin study of 12,000 Swedish twins. *Journal of Research on Personality*, 43(3), 336-341.
- McCarty, C. A., Kosterman, R., Mason, W. A., McCauley, E., Hawkins, J. D., Herrenkohl, T. I. y Lengua

- McDonald, D. I. (1984). Drug, drinking and adolescence. *American Journal of Disease Child*, 138(2),
- McDonald, R. y Marsh, J. (2006). Crossing the Rubicon: youth transitions, poverty, drugs and social
- McGee, L. y Newcomb, M. D. (1992). General deviance syndrome: Expand hierarchical evaluations at
- McMillen, J. C., Zima, B. T., Scott, L. D., Auslander, W. F., Munson, M. R., Ollie, M. T., et al. (2005)
- McMorris, B., y C. Uggem. (2000). Alcohol and employment in the transition to adulthood. *Journal of*
- McQueen, A. Greg Getz, J. y Bray, J. H. (2003). Acculturation, substance use, and deviant behavior
- Megías, E. y Méndez, S. (cds.). (2006). Prevenir para Vivir. Guía didáctica. Madrid: Fundación de Ay
- Mehrabian, A. y Epstein, N. (1972). A measure of Emotional Empathy. *Journal of Personality*, 40(4),
- Merenäkk, L., Harro, M., Kiive, E., Laidra, K., Eensoo, D., Allik, J., Oreland, L. y Harro, J. (2003). As
- Merikangas, K. R. y Avenevoli, S. (2000). Implications of genetic epidemiology for the prevention of
- Merikangas, K. R., Dierker, L. y Fenton, B. (1998). Familial factors and substance abuse: Implications
Department of Health and Human services.
- Merline, A., Jager, J. y Schulenberg, J. E. (2008). Adolescent risk factors for adult alcohol use and
- Mermelstein, R. J., Colvin, P. J., Klingemann, S. D. (2009). Dating and changes in adolescent cigarette
- Messman-Moore, T. L. y Long, P. J. (2003). The role of childhood sexual abuse sequelae in the sexual
- Mestre, V., Samper, P. y Frías, M. D. (2002). Procesos cognitivos predictores de la conducta prosocial
- Miklowitz, D. J. (2012). Family treatment for bipolar disorder and substance abuse in late adolescence
- Miller, P. (1997). Family structure, personality, drinking, smoking and illicit drug use: A study of UK
- Miron, L., Serrano, G., Godas, A. y Rodriguez, D. (1997). Conducta antisocial y consumo de drogas
- Modesto-Lowe, V., Danforth, J. S., Neering, C. y Easton, C. (2010). Can we prevent smoking in children
- Modrzejewska, R. (2010). Comorbidity in adolescence: simultaneous declaration of depressive, eating
- Molina, B. S. y Pelham, W. E. Jr.(2003). Childhood predictors of adolescent substance use in a longitudinal
- Moncada, S. (1997). Factores de riesgo y protección en el consumo de drogas. En Plan Nacional Sobre

- Morales, C., Bueno-Cañigral, F., Benavent, R. y Valderrama, J. (2011). Creencias y motivos asociados al consumo de cannabis en adolescentes.
- Morales, E., Ariza, C., Nebot, M., Pérez, A. y Sánchez, F. (2008). Consumo de cannabis en los estudiantes de secundaria.
- Morales-Manrique, C. C., Bueno-Cañigral, F. J., Aleixandre-Benavent, R. y Valderrama-Zurián, J. C. (2011). Consumo de cannabis en adolescentes: factores de riesgo y protección.
- Moran, P. B., Vuchinich, S. y Hall, N. K. (2004). Associations between types of maltreatment and substance use in adolescence.
- Morgan, M. y Grube, J. W. (1991). Closeness and peer group influence. *British Journal of Social Psychology*, 62, 1-11.
- Morojele, N. K. y Brook, J. S. (2001). Adolescent precursors of intensity of marijuana and other illicit drug use.
- Mota, N. (2011). *Estudio longitudinal del perfil neuropsicológico del consumo intensivo de alcohol en adolescentes*.
- Moya, J. (2008). *Estudio prospectivo de personalidad y otras variables psicosociales implicadas en el consumo de cannabis*.
- Moya, J., Ibáñez, M. I., Ruipérez, M. A., Villa, H., Mestre, H. y Ortet, G. (2006, Julio). Psychosocial factors associated with cannabis use in adolescents.
- Muenster, E., Zier, U., Letzel, S., Ochsmann, E., Weirich, H. H. y Toschke, A. M. (2011). Low social support and high risk of substance use in adolescents.
- Mulder, J., Ter Bogt, T. F., Raaijmakers, Q. A., Nic Gabhainn, S., Monshouwer, K. y Vollebergh, W. (2009). Social support and substance use in adolescents.
- Mulia, N. y Karriker-Jaffe, K. J. (2012). Interactive influences of neighborhood and individual socioeconomic factors on adolescent substance use.
- Muñoz-Rivas, M. J. y Graña, J. L. (2001). Factores familiares de riesgo y de protección para el consumo de cannabis en adolescentes.
- Muñoz-Rivas, M. J. y Graña, J. L. (2005). Influencia del grupo de iguales y satisfacción con la ocupación en el consumo de cannabis en adolescentes.
- Muñoz-Rivas, M. J., Gámez-Guadix, M., Graña, J. L. y Fernández, L. (2010). Violencia en el noviazgo y consumo de cannabis en adolescentes.
- Muñoz-Rivas, M. J., Graña, J. L. y Cruzado, J. A. (2000). *Factores de riesgo en drogodependencias: estudio de adolescentes*.
- Muñoz-Rivas, M., Gámez, M., Graña, J.L. y Fernández, L. (2010). Violencia en el noviazgo y consumo de cannabis en adolescentes.
- Muñoz-Rivas, M., Redondo, N. y Graña, J. L. (2012). Factores de riesgo y protección para el consumo de cannabis en adolescentes.
- Musitu, G. y Herrero, J. (2003). El rol de la autoestima en el consumo moderado de drogas en la adolescencia.
- Nagin, D. S. y Tremblay, R. E. (2001). Analyzing developmental trajectories of distinct but related behaviors or states: examples from education and mental health disorders.
- National Institute on Drug Abuse (2003). *Preventing drug use among children and adolescents. A research guide for parents and educators*.
- Navarro, J. (2000). *Factores de riesgo y protección de carácter social relacionados con el consumo de cannabis*.

- Neff, J. A. (1994). Adult children of alcoholic or mentally ill parents: Alcohol consumption and psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology, 103*, 109-124.
- Nestler, E. J. (2004). Molecular mechanisms of drug addiction. *Neuropharmacology, 47*(1), 24-32.
- Nestler, E. J. (2005). Is there a common molecular pathway for addiction? *Nature Neuroscience, 8*(11), 1445-1449.
- Newcomb, M. D. y Felix-Ortiz, M. (1992). Multiple protective and risk factors for drug use and abuse. *Journal of Abnormal Psychology, 101*, 109-124.
- Nichols, T., Mahadeo, M., Bryant, K. y Botvin, G. (2008). Examining anger as a predictor of drug use. *Journal of Abnormal Psychology, 117*, 109-124.
- Niemelä, S., Brunstein-Klomek, A., Sillanmäki, L., Helenius, H., Piha, J., Kumpulainen, K., Moilanen, J. y et al. (2007). Attachment and substance use. *Behavior, 36*(3), 256-260.
- Nonnemaker, J. M., Crankshaw, E. C., Shive, D. R., Hussin, A. H. y Farrelly, M.C. (2011). Inhalant use and mental health. *Journal of Abnormal Psychology, 120*, 109-124.
- Nunes-Costa, R., Lamela, D. y Figueiredo, B. (2009). Psychosocial adjustment and physical health. *Journal of Abnormal Psychology, 118*, 109-124.
- O'Donnell, J., Hawkins, J. D. y Abott, R. D. (1995). Predicting serious delinquency and substance use. *Journal of Abnormal Psychology, 104*, 109-124.
- O'Moore, M. y Kirkman, C. (2001). Self-esteem and its relationship to bullying behavior. *Aggressive Behavior, 27*, 109-124.
- Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (2009). Encuesta Estatal sobre uso de drogas. *Informe Social*.
- Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (2009). Situaciones y tendencias de los problemas de drogas. *Informe Social*.
- Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (2011). *El problema de las Drogodependencias*.
- O'Callaghan, F. V., Reid, A. y Copeland, J. (2006). Risk perception and cannabis use among a sample of adolescents. *Journal of Abnormal Psychology, 115*, 109-124.
- Oetting, E. R., Deffenbacher, J. L. y Donnermeyer, J. F. (1998). Primary socialization theory. The role of family and community. *Journal of Abnormal Psychology, 107*, 109-124.
- Oetting, E., Edwards, R., Kelly, K. y Beauvais, F. (1997). Risk and protective factors for drug use. *Monograph No. 168* (pp. 90-130). Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- Offord, D. R. y Kraemer, C. (2000). Risk factors and prevention. *Evidence-Based Mental Health EBMH, 5*, 109-124.
- Ohannessian, C. M. y Hesselbrock, V. M. (2008). Paternal alcoholism and youth substance abuse: The role of family structure. *Journal of Abnormal Psychology, 117*, 109-124.
- Oliva, A., Parra, A. y Sánchez-Queija, I. (2008). Consumo de sustancias durante la adolescencia: Un estudio longitudinal. *Journal of Abnormal Psychology, 117*, 109-124.
- Oman, R. F., Vesely, S. K., Tolma, E., Aspy, C. B., Rodine, S. y Marshall, L. (2007). Does family structure matter? *Journal of Abnormal Psychology, 116*, 109-124.

- Oshri, A., Rogosch, F. A., Burnette, M. L. y Cicchetti, D. (2011). Developmental pathways to adolescent substance use. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 50(6), 644.
- Otero, J. M., Mirón, L. y Luengo, A. (1989). Influence of family and peer group on the use of drug by adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 28(4), 544-550.
- Otten, R., Engels, R. C., van de Ven, M. O. y Bricker, J. B. (2007). Parental smoking and adolescent smoking initiation. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46(11), 1211-1218.
- Oviedo, E. (2003). *Consumo de alcohol y otras drogas en una muestra de estudiantes universitarios*. Madrid: Alianza.
- Paniagua, H., García, S., Castellano, G., Sarrallé, R. y Redondo, C. (2001). Consumo de tabaco, alcohol y drogas ilegales en adolescentes. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 6(1), 1-10.
- Parada, M., Corral, M., Caamaño-Isorna, F., Mota, N., Crego, A., Rodríguez Holguín, S. y Cadaveira, F. (2012). Executive functions and substance use in adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 51(12), 1311-1318.
- Parada, M., Corral, M., Mota, N., Crego, A., Rodríguez Holguín, S. y Cadaveira, F. (2012). Executive functions and substance use in adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 51(12), 1311-1318.
- Pardini, D., White, H. R. y Stouthamer-Loeber, M. (2007). Early adolescent psychopathology as a predictor of substance use. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46(11), 1211-1218.
- Parker, H., Williams, L. y Aldridge, J. (2002). The normalization of "Sensible" recreational drug use: implications for mental health. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41(11), 1311-1318.
- Parkinson, J. A., Dalley, J. W., Cardinal, R. N., Bamford, A., Fehnert, B., Lachenal, G., Rudarakar, S. y Dalley, J. W. (2005). Impaired decision-making behaviour: implications for mesoaccumbens dopamine function. *Behavioural Brain Research*, 162(1-2), 1-10.
- Parkinson, J. A., Dalley, J. W., Cardinal, R. N., Bamford, A., Fehnert, B., Lachenal, G., Rudarakar, S. y Dalley, J. W. (2005). Impaired decision-making behaviour: implications for mesoaccumbens dopamine function. *Behavioural Brain Research*, 162(1-2), 1-10.
- Pasch, K. E., Velazquez, C. E., Cance, J. D., Moe, S. G. y Lytle, L.A. (2012). Youth substance use and mental health. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 51(12), 1311-1318.
- Pascual, F. (2000). Percepción del alcohol entre los jóvenes. *Adicciones*, 14(1), 115-122.
- Pascual, F. (2002). Aspectos sociológicos y económicos del consumo de bebidas alcohólicas en España. *Adicciones*, 16(1), 1-10.
- Patterson, G. R., Capaldi, D. y Bank, L. (1991). An early starter model for predicting delinquency. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30(1), 1-10.
- Patton, G. C., Coffey, C., Carlin, J. B., Sawyer, S. M. y Wakefiel, M. (2006). Teen smokers reach the age of 18. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45(11), 1211-1218.
- Patton, G. C., Coffey, C., Lynskey, M. T., Reid, S., Hemphill, S., Carlin, J. B. y Hall, W. (2007). Trajectories of smoking initiation and cessation in adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46(11), 1211-1218.
- Paulus, M. P., Tapert, S. F. y Schuckit, M. A. (2005). Neural activation patterns of methamphetamine in adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44(11), 1211-1218.
- Pejnović, I., Kuzman, M., Pavić, I. y Kern, J. (2011). Impact of environmental factors on marijuana use in adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 50(6), 644.
- Pentz, M. A. (1983). Prevention of adolescent substance abuse through social skill development. *NIH Publication*, 83-0012.
- Pentz, M. A. (1999). Prevention. En M. Galanter y H. D. Kleber (eds.), *American Psychiatric Press text book of substance abuse treatment* (4th ed., pp. 1-10). Washington, DC: American Psychiatric Press.

- Peña, M. E., Andreu, J. M. y Graña, J. L. (2009). Multivariate model of antisocial behavior and substance use.
- Pérez de los Cobos, J., Díaz, R. y Goti, J. (2009). *Trastornos duales: adicciones relacionadas con trastornos mentales*. Madrid: Alianza.
- Pérez, A., Ariza, C., Sánchez-Martínez, F. y Nebot, M. (2010). Cannabis consumption initiation among adolescents.
- Pérez, B. (2010). *Factores de inicio y mantenimiento del consumo de cánnabis entre adolescentes: un estudio de caso-control*. Madrid: Alianza.
- Pérez, B. (2012). *Consumo de alcohol y factores asociados entre los adolescentes de la provincia de Madrid*. Madrid: Alianza.
- Pérez, J., Ortet, G., Plá, S. y Simó, S. (1987). Escala de búsqueda de sensaciones para niños y adolescentes.
- Pertusa, M., García del Castillo, J. A. y Espada, J. P. (2011). Eficacia diferencial de dos programas de intervención para adolescentes con consumo de alcohol y cannabis.
- Petraitis, J., Flay, B. R., Miller, T. Q., Torpy, E. J. y Greiner, B. (1998). Illicit substance use among adolescents: a national survey.
- Petterson, P. L., Hawkins, J. D. y Catalano, R. F. (1992). Evaluating comprehensive community drug abuse prevention programs.
- Pickens, R. W., Svikis, D. S., McGue, M. y LaBuda, M.C. (1995). Common genetic mechanisms in alcoholism and antisocial behavior.
- Pickering, R. P., Goldstein, R. B., Hasin, D. S., Blanco, C., Smith, S. M., Huang, B., Pulay, A. J., et al. (2004). Substance use and anxiety disorders: results from a prospective study, the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions.
- Piko, B. F. y Balázs, M. A. (2012). Authoritative parenting style and adolescent smoking and drinking.
- Piko, B. F. y Fitzpatrick, K. M. (2004). Substance use, religiosity and other protective factors among adolescents.
- Piko, B. F. y Kovács, E. (2010). Do parents and school matter? Protective factors for adolescent substance use.
- Pilowsky, D. J. y Wu, L. T. (2006). Psychiatric symptoms and substance use disorders in a nationally representative sample.
- Piran, N. y Robinson, S. R. (2006). The association between disordered eating and substance use among adolescents.
- Pistis, M., Perra, S., Pillolla, G., Melis, M., Muntoni, A. L. y Gessa, G. L. (2004). Adolescent exposure to alcohol and drug use.
- Pitkänen, T., Kokko, K., Lyyra, A. L. y Pulkkinen, L. (2008). A developmental approach to alcohol drinking.
- Plan Nacional sobre Drogas (2009). *Estrategia nacional sobre drogas*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Plan Nacional sobre Drogas (2009). *Observatorio español sobre drogas. Informe 2008*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Plan Nacional sobre Drogas. (2006). *Catálogo de programas escolares de prevención*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Plan Nacional sobre Drogas. (2006). *Guía para la prevención de drogodependencias*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Plan Nacional sobre Drogas. (2007). *Encuesta sobre Drogas a la Población Escolar 2006-2007*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

-
- Plan Nacional sobre Drogas. (2011). *Encuesta sobre Drogas a la Población Escolar 2009-2010*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- Pollard, J. A., Catalano, R. F., Hawkins, J. D. y Arthur, M. W. (1997). *Development of a school-based drug prevention program*. Washington. Manuscrito no publicado.
- Pollard, M. S., Tucker, J. S., Green, H. D., Kennedy, D., Go, M.H. (2010). Friendship networks and tobacco use among adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 46(2), 145-152.
- Pomerleau, C. S. y Pomerleau, O. F. (1987). The effects of a psychological stressor on cigarette smoking. *Journal of Abnormal Psychology*, 96(1), 1-10.
- Pons, J. y Berjano, E. (1999). *El consumo abusivo de alcohol en la adolescencia: Un modelo explicativo*. Madrid: Alianza.
- Pons, J. y Buelga, S. (2011). Factores asociados al consumo juvenil de alcohol: una revisión desde la psicología. *Revista de Psicología*, 26(1), 1-15.
- Pons, J., Berjano, E. y García, F. (1996). Variables psicosociales que discriminan el consumo abusivo de alcohol en la adolescencia. *Revista de Psicología*, 11(1), 1-15.
- Pope, H. G. Jr., Kanayama, G. y Hudson, J. I. (2012). Risk factors for illicit anabolic-androgenic steroid use in adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 51(2), 145-152.
- Porath-Waller, A. J., Beasley, E. y Beirness, D.J. (2010). A meta-analytic review of school-based prevention programs for alcohol and other drug use. *Journal of Adolescent Health*, 46(2), 145-152.
- Preston, P. y Goodfellow, M. (2006). Cohort comparisons: social learning explanations for alcohol use. *Journal of Adolescent Health*, 39(2), 145-152.
- Prince van Leeuwen, A. P., Verhulst, F. C., Reijneveld, S. A., Vollebergh, W. A., Ormel, J., Huizink, C. H. et al. (2005). The TRAILS study. *Journal of Adolescent Health*, 48(1), 73-78.
- Putnam, F. W. (2003). Ten-year research update review: child sexual abuse. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42(1), 1-15.
- Quigley, B. M. y Leonard, K. E. (2000). *Alcohol, drugs, and violence*. En V.B. Van Hasselt y M. Hershey (Eds.), *Handbook of antisocial behavior* (pp. 1-15). New York: Wiley.
- Ramírez, J. R., Crano, W. D., Quist, R., Burgoon, M., Alvaro, E. M. y Grandpre, J. (2003). Acculturation and alcohol consumption among adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 33(2), 145-152.
- Ramsden, S. R. y Hubbard, J. A. (2002). Family expressiveness and parental emotion coaching: The role of family expressiveness. *Journal of Family Psychology*, 16(1), 1-15.
- Rao, U., Ryan, N. D., Dahl, R. E., Birmaher, B., Rao, R., Williamson, D. E. y Perel, J. M. (1999). Factors associated with adolescent alcohol use. *Journal of Adolescent Health*, 25(2), 145-152.
- Realini, N., Rubino, T. y Parolaro, D. (2009). Neurobiological alterations at adult age triggered by adolescent alcohol use. *Journal of Adolescent Health*, 45(2), 145-152.
- Reboussin, B. A., Song, E., Shrestha, A., Lohman, K. K. y Wolfson, M. (2006). A latent class analysis of adolescent alcohol use. *Journal of Adolescent Health*, 39(2), 145-152.
- Recio, J. L. (1995). The influence of family, school and peers on adolescent drug misuse. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 7(1), 1-15.
- Recio, J. L., Santos, C., Sanchez, M. A., Escamilla, J. P., Barahona, M. J. y Plaza, L. A. (1992). *Papeles de Psicología*, 13(1), 1-15.
- Reebye, P., Moretti, M. M. y Lessard, J. C. (1995). Conduct disorder and substance use disorder: Correlates and outcomes. *Journal of Adolescent Health*, 17(2), 145-152.
- Rehn, N., Room, R. y Edwards, G. (2001). *Alcohol in the European Region- Consumption, Harm, and Policy*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

-
- Reifman, A., Barnes, G. M., Dintcheff, B. A., Uhteg, L. y Farrell, M. P. (2001). Health values buffer s
- Repetti, R., Taylor, S. y Seeman, T. (2002). Risky families: Family social environments and the mer
- Resnick, M. D., Bearman, P. S., Blum, R. W., Bauman, K. E., Harris, K. M., Jones, J., Tabor, J., B health. *The journal of the American Medical Association*, 278(10), 823-832.
- Rhee, S. H., Hewitt, J. K., Young, S. E., Corley, R. P., Crowley, T. J. y Stallings, M.C. (2003). Genet
- Rhodes, T., Lilly, R., Fernández, C., Kemmesis, U. E., Ossebaard, H.C., Lalam, N., Faaser, I. y Span
- Riala, K., Taanila, A., Hakko, H. y Rasanen, P. (2009). Longitudinal smoking habits as risk factors fo
- Richardson, L. P., Russo, J. E., Katon, W., McCarty, C. A., DeVries, A., Edlund, M. J., Martin, B. C. y
- Ringwalt, C. L., Vincus, A. A., Hanley, S., Ennett, S. T., Bowling, J. M. y Haws, S. (2011).The preval
- Ritter, J., Stewart, M., Bernet, C., Coe, M. y Brown, S. A. (2002). Effects of childhood exposure to f
- Rivas C. y Gimeno, A. (2012). Ver fumar en las películas aumenta el riesgo de iniciarse en el consum
- Roberts, R. E., Roberts, C. R. , Xing, Y. (2007). Are Mexican American adolescents at greater risk of
- Robins, L. N. (1998). The intimate connection between antisocial personality and substance abuse.
- Robinson, T. N., Chen, H. L. y Killen, J. D. (1998). Television and music video exposure and risk of
- Rodríguez, A., Hernán, M., Cabrera, A., Romo, N., García, J.M. y Gutiérrez, J.L. (2006). ¿Tienen ado
- Rodríguez, J., Hernández, E. y Fernández, A. M. (2007). Descripción del consumo de drogas lícitas e
- Rogosch, F. A., Oshri, A., Cicchetti, D. (2010). From child maltreatment to adolescent cannabis abu
- Rohde, P., Lewinsohn, P. M. y Seeley, J. R. (1996). Psychiatric comorbidity with problematic alcohol
- Rokach, A. (2002). Loneliness and drug use in young adults. *International Journal of Adolescence a*
- Romero, A. y Ruiz, M. (2007). Does familism lead to increased parental monitoring?: Protective fact
- Romero, E., Luengo, M. A. y Otero, J. M. (1995): La relación entre autoestima y consumo de drogas

-
- Romo, N. Gómez, J. y Meneses, C. (2010). *Riesgo y legalidad. Factores socioculturales que facilitan*
- Room, R. y Rossow, I. (2001). The share of violence attributable to drinking. *Journal of Substance Use*
- Root, T. L., Pinheiro, A. P., Thornton, L., Strober, M., Fernandez Aranda, F., Brandt, H. y Johnson, C.
- Rubino, T., Realini, N., Braidà, D., Guidi, S., Capurro, V., Vigano, D., Guidali, C., Pinter, M., Sala, S. y
adulthood. *Hippocampus*, 19(8), 763-772.
- Rubio, G., Rodríguez, R., Ponce, G., Jiménez-Arriero, M. A., San, L. y Palomo, T. (2004). Impulsividad
- Ruiz, F. y Ruiz, J. (2011). Variables predictoras de consumo de alcohol entre adolescentes españoles
- Ruiz, M. A., Pincus, A. L. y Schinka, J. A. (2008). Externalizing pathology and the Five-Factor Model
- Russo, M. F., Loeber, R., Lahey, B. B. y Kennan, K. (1994). Oppositional defiant and conduct disorder
- Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity: protective factor and resistance to psychiatric disorder
- Rutter, M. (1990). Psychosocial resilience and protective mechanisms. En J., Rolf, A., Masten, D., Cicchetti, D.,
Ryan, S. M., Jorm, A. F., Lubman, D. I. (2010). Parenting factors associated with reduced adolescent
- Ryb, G. E., Dischinger, P. C., Kufera, J. A., Read, K. M. (2006). Risk perception and impulsivity: Assessment
- Saccone, N. L., Wang, J. C., Breslau, N., Johnson, E. O., Hatsukami, D. y Saccone, S. F. (2009). Genetic
cluster affects risk for nicotine dependence in African-Americans and in European-Americans
- Samdal, O., Wold, B., Klepp, K. I., Kannas, L. (2000). Students' perceptions of school and their smoking
- San, L. (2004). *Consenso de la SEP sobre patología dual*. Barcelona: Psiquiatría Editores.
- Sánchez, I., Moreno, M. C., Muñoz, M. V. y Pérez, P. (2007). Adolescencia, grupo de iguales y consumo
- Sánchez, L. (2011). *Instrumentos para la evaluación de los programas incluidos en la cartera de servicios*
- Sánchez, L. (2012). *Impacto de la publicidad en los hábitos de consumo de alcohol*.
http://umaantelasdrogas.files.wordpress.com/2012/06/result_invest_impacto_publicidad_co

- Sheier, L. M. (ed.) (2009). *Handbook of drug use etiology: theory, methods, and empirical findings*.
- Sher, K. J., Bartholow, B. D. y Wood, M. D. (2000). Personality and substance abuse disorders: A p
- Shin, S. H., Hong, H. G., Jeon, S. (2012). Personality and alcohol use: The role of impulsivity. *Addic*
- Shuckit, M. A. (1995). *Drug and alcohol abuse. A clinical guide to diagnosis and treatment*. Nueva Y
- Silberg, J., Rutter, M., D'Onofrio, B. y Eaves. L. (2003). Genetic and environmental risk factors in a
- Silva, F., Martorell, M. C. y Clemente, A. (1986). Adaptación española de la escala de conducta anti
- Simons-Morton, B. y Chen, R. S. (2006). Over time relationships between early adolescent and pee
- Simpson, T. L. y Miller, W. R. (2002). Concomitance between childhood sexual and physical abuse a
- Skinstad, A. H. y Swain, A. (2001). Comorbidity in a clinical sample of substance abusers. *American*
- Sloboda, Z. y Bukoski, W. J. (eds.) (2003). *Handbook of Drug Abuse Prevention*. New York: Springer
- Sloboda, Z., Stephens, R. C., Stephens, P. C., Grey, S. F., Teasdale, B., Hawthorne, R. D., Will
Dependence, 102(1), 1-10.
- Slonim-Nevo, V. y Auslander, W. F. (1996). The long-term impact of AIDS-preventive interventions
- Smart, R. G., Gray, G. y Bennett, C. (1978). Predictors of drinking and sings of heavy drinking amon
- Smith, L. y Foxcroft, D. (2007). The effect of alcohol advertising and marketing on drinking behavior
- Snyder, L. B. y Fleming-Milici, F. (2005, Mayo). *Disentangling the influence of peer and parental n*
EE.UU.
- Sobral, J., Romero, E., Luengo, A. y Marzoa, J. (2000). Personalidad y conducta antisocial: Amplific
- Song, E. Y., Smiler, A. P., Wagoner, K. G. y Wolfson, M. (2012). Everyone says it's ok: adolescents'
- Speranza, M., Stephan, P., Corcos, M., Loas, G., Taieb, O., y Guilbaud, O., Pérez, F., Venisse, J. L.
65-75.
- Spielberger, C. D. (1973). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory for Children*. Palo Alto, CA: :
- Spielberger, C. D. (1999). *Professional manual for the State-Trait Anger Expression Inventory-2 (ST*
- Spillane, N. S., Smith, G. T., Kahler, C. W. (2010). Impulsivity-like traits and smoking behavior in c
- Spoth, R. L., Greenberg, M., Turrisi, R. (2008). Preventive interventions addressing underage drinki
- Spoth, R. L., Redmond, D., Trudeau, L. y Shin, C. (2002). Longitudinal substance initiation outcome
- Stacy, A. W. , Galaf, E. R., Sussman, S. y Dent, C. W. (1996). Self-generated drug outcomes in hig

- Stacy, A. W., Zogg, J. B., Unger, J. B. y Dent, C. W. (2004). Exposure to televised alcohol ads and s
- Steffenhagen, R. A. (1980). Self-esteem theory of drug abuse. En D.J. Lettieri, M. Sayers y H. W. P
- Stein, J. A., Newcomb, M. D. y Bentler, P.M. (1994). Psychosocial correlates and predictors of AIDS
- Steinberg, L. (2010). A behavioral scientist looks at the science of adolescent brain development. *B*
- Steinhausen, H. C., Eschmann, S., Heimgartner, A. y Metzke, C. W. (2008). Frequency, course and
- Stephenson, M. T., Helme, D. W. (2006). Authoritative parenting and sensation seeking as predicto
- Stephenson, M. T., Velez, L. F., Chalela, P., Ramirez, A. y Hoyle, R. H. (2007). The reliability and va
- Stice, E. y Shaw, H. (2003). Prospective relations of body image, eating, and affective disturbances
- Stice, E., Fisher, M. y Martinez, E. (2004). Eating disorder diagnostic scale: Additional evidence of r
- Stock, S. L., Goldberg, E., Corbett, S. y Katzman, D. K. (2002). Substance use in female adolescent
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2010). *Results from the 2009 Nationa*
- Sugranyes, G., Flamarique, I., Parellada, E., Baeza, I., Goti, J., Fernandez-Egea, E. y Bernardo, M.
- Sumnall, H. R., Beynon, C. M., Conchie, S. M., Riley, S. C. y Cole, J. C. (2007). An investigation of t
- Sumnall, H. R., Beynon, C. M., Riley, S. C. y Cole, J. C. (2007). Drugs, alcohol, and sexual behaviou
- Sussman, S., Dent, C. W., Stacy, A. W. y Craig, S. (1998). One-year outcomes of proyect towards r
- Talbott, L. L., Martin, R. J., Usdan, S. L., Leeper, J. D., Umstattd, M. R., Cremeens, J. L. y Geiger, B
- Tarter, R. E., Fishbein, D., Kirisci, L., Mezzich, A., Ridenour, T., Vanyukov, M. (2011). Deviant socia
- Tarter, R., Kirisci, L., Mezzich, A., Cornelius, J., Pajer, K., Vanyukov, M., Gadner, W., Blackson, T. y
- Taussig, H. (2002). Risk behaviors in maltreated youth placed in foster care: A longitudinal study of
- Taylor, J. (2005). Substance use disorders and cluster B personality disorders: Physiological, cognit
- Temple, J. R. y Freeman, D. H. Jr. (2011). Dating violence and substance use among ethnically dive

- Teplin, L. A., Abram, K. M., McClelland, G. M., Dulcan, M. K. y Mericle, A. A. (2002). Psychiatric disorders among adolescents with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 16(1), 1-11.
- Terry-McElrath, Y. M., Emery, S., Szczypka, G. y Johnston, L. D. (2011). Potential exposure to anti-tobacco advertising among U.S. youth. *Journal of Adolescent Health*, 48(2), 155-161.
- Thatcher, D. L. y Duncan, B. C. (2008). Adolescents at Risk for Substance Use Disorders Alcohol Research & Health, 32(1), 1-11.
- The Gallup Organization (2011). *Youth attitudes on drugs: analytical report*. Bruselas: Comisión Europea.
- Thompson, R. G. y Auslander, W. F. (2007). Risk factors for alcohol and marijuana use among adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 41(1), 1-11.
- Thompson, R. G., Lizardi, D., Keyes, K. M. y Hasin, D. S. (2008). Childhood or adolescent parental substance use and adolescent substance use. *Journal of Adolescent Health*, 43(1), 1-11.
- Thorlindsson, T. y Bernburg, J. G. (2006). Peer groups and substance use: examining the direct and indirect effects. *Journal of Adolescent Health*, 39(1), 1-11.
- Thornton, L. K., Baker, A. L., Lewin, T. J., Kay Lambkin, F. J., Kavanagh, D., Richmond, R., Kelly, B., et al. (2007). The National Longitudinal Survey of Children and Youth: A Study of the Development of Children and Their Families. *Journal of Adolescent Health*, 41(1), 1-11.
- Timberlake, D. S., Haberstick, B. C., Hopfer, C. J., Bricker, J., Sakai, J. T., Lessem, J. M. y Hewitt, J. K. (2007). Genetic and environmental influences on adolescent substance use. *Journal of Adolescent Health*, 41(1), 1-11.
- Timmermans, M., Van Lier, P. A. y Koot, H. M. (2008). Which forms of child/adolescent externalizing problems are associated with parental substance use? *Journal of Adolescent Health*, 43(1), 1-11.
- Tobal, J. J., Casado, M. I., Cano, A. y Spielberger, C. D. (2001). *Inventario de Expresión Ira Estado*. Madrid: TEA Ediciones.
- Torres, A. J. y Domínguez, M. D. (1997). Consumo de drogas ilegales y variables sociodemográficas. *Revista de Psicología*, 16(1), 1-11.
- Torsheim, T., Wold, B. y Samdal, O. (2000). The teacher and classmate support scale: Factor structure and reliability. *Journal of Adolescent Health*, 26(1), 1-11.
- Trainor, S., Delfabbro, P., Anderson, S. y Winefield, A. (2010). Leisure activities and adolescent psychological well-being. *Journal of Adolescent Health*, 46(1), 1-11.
- Traube, D. E., James, S., Zhang, J. y Landsverk, J. (2012). A National study of risk and protective factors for adolescent substance use. *Journal of Adolescent Health*, 50(1), 1-11.
- Trim, R. S., Leuthe, E. y Chassin, L. (2006). Sibling influence on alcohol use in a young adult, high-risk population. *Journal of Adolescent Health*, 39(1), 1-11.
- Tucker, J. S., Ellickson, P. L. y Klein, D. J. (2003). Predictors of the transition to regular smoking during adolescence. *Journal of Adolescent Health*, 33(1), 1-11.
- Tucker, J. S., Green, H. D, Jr., Zhou, A. J., Miles, J. N., Shih, R. A., D'Amico, E. J.(2011). Substance use and mental health among adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 48(1), 1-11.
- Turrisi, R., Wiersma, K. A. y Hughes, K. K. (2000). Binge-drinking-related consequences in college students. *Journal of Adolescent Health*, 26(1), 1-11.
- Upmark, M., Lundberg, I., Sadigh, J., Allebeck, P. y Bigert, C. (1999). Psychosocial characteristics in relation to alcohol consumption among adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 25(1), 1-11.
- Upmark, M., Lundberg, I., Sadigh, J., Allebeck, P. y Bigert, C. (1999). Psychosocial characteristics in relation to alcohol consumption among adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 25(1), 1-11.

- Van den Bree, M. B. (2005). Combining research approaches to advance our understanding of drug use. *Journal of Health Economics*, 24(4), 671–690.
- Van Ours, J. C. (2006). Is cannabis a stepping-stone for cocaine? *Journal of Health Economics*, 22(4), 671–690.
- Van Ours, J. y Pudney, S. (2006). On the economics of illicit drugs. *The Economist*, 154, 483–490.
- Vanderploeg, J. J., Connell, C. M., Caron, C., Saunders, L., Katz, K. H., y Tebes, J. K. (2007). The impact of substance use on mental health. *Journal of Health Economics*, 26(4), 671–690.
- Vargas, C. (2003). *Secuencia en el uso de drogas. Factores de riesgo y protección en el consumo de drogas*. Bogotá: Universidad de los Andes.
- Vargas, C. y Trujillo, H. M. (2006). Secuencia, asociación y riesgo de consumo de drogas legales e ilegales. *Revista Colombiana de Psicología*, 17(1), 1–12.
- Vaughn, M. G., Ollie, M. T., McMillen, J. C., Scott, L. y Munson, M. (2007). Substance use and abuse among adolescents. *Journal of Health Economics*, 26(4), 671–690.
- Vega, W. A., Gil, A. G. (2005). Revisiting drug progression: long-range effects of early tobacco use. *Journal of Health Economics*, 24(4), 671–690.
- Verdejo-García, A., Lawrence, A. J. y Clark, L. (2008). Impulsivity as a vulnerability marker for substance abuse. *Current Directions in Psychological Science*, 17(2), 101–109.
- Verheul, R. y Van den Brink, W. (2005). Causal pathways between substance use disorders and personality disorders. *Journal of Health Economics*, 24(4), 671–690.
- Vermeulen-Smit, E., Koning, I. M., Verdurmen, J. E., Van der Vorst, H., Engels, R. C. y Vollebbergh, L. (2008). The impact of alcohol consumption on mental health. *Journal of Health Economics*, 27(4), 671–690.
- Vijayasiri, G., Richman, J. A. y Rospenda, K. M. (2012). The Great Recession, somatic symptomatology, and mental health. *Journal of Health Economics*, 31(4), 671–690.
- Villa, M., Rodríguez, F. J. y Sirvent, C. (2006). Factores relacionados con las actitudes juveniles hacia el consumo de drogas. *Revista Colombiana de Psicología*, 17(1), 1–12.
- Villa, M., Rodríguez, F. J., Ovejero, A. (2010). Correlatos psicosociales del consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes. *Revista Colombiana de Psicología*, 21(1), 1–12.
- Villarreal, M. E., Sánchez, J. C., Misutu, G. y Varela, R. (2010). El consumo de alcohol en adolescentes. *Revista Colombiana de Psicología*, 21(1), 1–12.
- Violence Prevention Alliance working group on youth violence, alcohol and nightlife (2007). *Youth violence prevention: A national strategy*. Ottawa: Violence Prevention Alliance.
- Volkow, N. D., Fowler, J. S. y Wang, G. J. (2003). The addicted human brain: insights from imaging studies. *Current Directions in Psychological Science*, 12(1), 1–12.
- Volkow, N. D., Wang, G. J., Telang, F., Fowler, J. S., Logan, J., Childress, A. R., Jayne, M., Ma, Y. y Mattay, V. S. (2009). Brain and behavior changes associated with addiction. *Current Directions in Psychological Science*, 18(1), 1–12.
- Wade, T. J. y Pevalin, D. J. (2005). Adolescent delinquency and health. *Journal Canadian Journal of Psychiatry*, 50(4), 671–690.
- Wagenaar, A. C., Salois, M. J. y Komro, K. A. (2009). Effects of beverage alcohol price and tax level on alcohol consumption and binge drinking. *Journal of Health Economics*, 28(4), 671–690.
- Wagner, E. F., Myers, M. G. y McInich, J. L. (1999). Stress-coping and temptation-coping as predictors of substance use. *Journal of Health Economics*, 18(4), 671–690.
- Wagner, K. D., Ritt-Olson, A., Soto, D. W. y Unger, J. B. (2008). Variation in family structure among adolescents and young adults. *Journal of Health Economics*, 27(4), 671–690.
- Wahl, A. M., Eitle, T. M. (2010). Gender, acculturation and alcohol use among Latina/o adolescents. *Journal of Health Economics*, 29(4), 671–690.

- Wakschlag, L.S., Kistner, E.O., Pine, D.S., Biesecker, G., Pickett, K.E., Skol, A.D., Dukic, V., Blair, R., et al. (2008). Genetic influences on antisocial behavior. *Molecular Psychiatry*, 15(9), 928–937.
- Waldron, H. B. y Turner, C.W. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for adolescent substance use. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 47(10), 1106–1117.
- Wall, A. E. y Kohl, P. L. (2007). Substance use in maltreated youth: Findings from the National Survey of Child Abuse and Neglect. *Child Abuse and Neglect*, 31(1), 1–12.
- Wallace, J. M., Bachman, J. G., O'Malley, P. M., Schulenberg, J. E., Cooper, S. M. y Johnston, L. D. (2003). Substance use in adolescence: A national perspective. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42(11), 1397–1407.
- Watzke, A. B., Schmidt, C. O., Zimmerman, J. y Preuss, U. W. (2008). Personality disorders in a clinical sample of adolescents. *Journal of Personality Disorders*, 22(1), 1–12.
- Webb, J. A., Bray, J. H., Getz, J. G., y Adams, G. J. (2010). Gender, perceived parental monitoring, and adolescent substance use. *Journal of Research on Adolescence*, 20(1), 1–20.
- Webster-Stratton, C. y Taylor, T. (2001). Nipping early risk factors in the bud: preventing substance use and delinquency in adolescence and beyond by intervening in childhood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42(1), 1–20.
- Weintraub, S. A. (1990). Children and adolescents at risk for substance abuse and psychopathology. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29(1), 1–12.
- Welte, J. W. y Wieczorek, W. F. (1998). Alcohol, intelligence and violent crime in young males. *Journal of Studies on Alcohol*, 59(1), 1–12.
- Werch, C. E. y Anzalone, D. (1995). Stage theory and research on tobacco, alcohol, and other drug use. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34(1), 1–12.
- Werner, E. E. (1984). Resilient children. *Young Children*, 40(1), 68-72.
- White H. R. y Gorman, D. M. (2000). Dynamics of the drug crime relationship. En G. LaFree (ed.), *Drug Crime and Crime Prevention*. New York: Springer.
- White, B., Degenhardt, L., Breen, C., Newman, J. y Proudfoot, P. (2006). Risk and benefit perceptions of alcohol and drug use among young people. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45(1), 1–12.
- White, H. R. (2004). *Alcohol y Drogas*. VIII Reunión Intenacional sobre Biología y Sociología de la Violencia. Madrid: Alianza.
- White, H. R. y Labouvie, E. W. (1994). Generality versus specificity of problem behavior: Psychological and social correlates. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33(1), 1–12.
- White, H. R., Fleming, C. B., Kim, M. J., Catalano, R. F. y McMorris, B. J. (2008). Identifying two populations of young people at risk for substance use. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 47(10), 1106–1117.
- White, H. R., Loeber, R., Stouthamer-Loeber, M. y Farrington, D. P. (1999). Developmental associations between conduct disorder and substance use. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38(1), 1–12.
- White, H. R., McMorris, B. J., Catalano, R. F., Fleming, C. B., Haggerty, K. P. y Abbott, R. D. (2006). Identifying two populations of young people at risk for substance use. *Journal of Studies on Alcohol*, 67(6), 810–822.
- Whiteman, S. D., Jensen, A. C., Maggs, J. L. (2013). Similarities in adolescent siblings' substance use. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 52(1), 1–12.
- Whitesyde, S. P., Lynam, D. R. (2001). The five factor model and impulsivity: Using a structural model to represent impulsivity. *Personality and Individual Differences*, 30(1), 1–12.
- Wiesner, M., Kim, H. K., y Capaldi, D.M. (2005). Developmental trajectories of offending: Validation of a typology. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44(1), 1–12.
- Wild, L. G., Flisher, A. J., Bhana, A. y Lombard, C. (2004). Associations among adolescent risk behaviors. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43(1), 1–12.

- Wilens, T. E., Biederman, J., Mick, E., Faraone, S. V. y Spenser, T. (1997). Attention deficit hyperact
- Wilens, T. E., Martelon, M., Joshi, G., Bateman, C., Fried, R., Petty y C., Biederman, J. (2011). Does
- Wilens, T.E., Biederman, J., Mick, E., Faraone, S.V. y Spencer, T. (1995). Attention deficit hyperacti
- Williams, R. J., Connor, J. P. y Ricciardelli, L. A. (1998). Self-efficacy of refusal mediated by outcom
- Willner, P. (2001). A view through the gateway: expectancies as a possible pathway from alcohol to
- Wills, T. A. (1986). Stress and coping in early adolescence: relationships to substance use in urban
- Wills, T. A. y Cleary, S. D. (1996). How are social support affects mediated? A test with parental su
- Wills, T. A. y Hirky, A. E. (1996). Coping and substance abuse: A theoretical model and rview of the
- Wills, T. A. y Shiffman, S. (1985). Coping and substance use: a conceptual framework. En S. Shiffm
- Wills, T. A., Pierce, J. P. y Evans, R. L. (1996). Large-scale environmental risk factors for substance
- Wills, T. A., Sandy, J. M., Yaeger, A. M., Cleary, S. D. y Shinar, O. (2001). Coping dimensions, life s
- Wills, T. A., Sargent, J. D., Gibbons, F. X., Gerard, M. y Stoomiller, M. (2009): Movie exposure to al
- Wills, T.A., McNamara, G. y Vaccaro, D. (1995). Parental aducation related to adeolescent stress-co
- Wilson, H. W. y Widom, C. S.(2010). Predictors of drug-use patterns in maltreated children and ma
- Wilson, K. G. y Luciano, M. C. (2008). *Terapia de aceptación y compromiso (ACT)*. Madrid: Pirámide
- Wilson, N., Battistich, V., Syme, S. L. y Boyce, W. T. (2002). Does elementary school alcohol, tobac
- Windle, M. y Windle, R.C. (2012). Early onset problem behaviors and alcohol, tobacco and other sub
- Windle, M., Mun, E. Y. y Windle, R. C. (2005). Adolescent-to-young adulthood heavy drinking trajec
- Winlow, S. y Hall, S. (2006). *Violent night. Urban leisure and contemporary culture*. New York: Berg
- Winters, K. C., Botzet, A. M., Fahnhorst, T., Stinchfield, R. y Koskey, R. (2009). Adolescent substan
(pp. 73-96). New York: Springer.
- Wise, R. A., Morales, M. (2010). A ventral tegmental CRF-glutamate-dopamine interaction in addicti
- Wit, D. J., Silverman, G., Goodstadt, M. y Stoduto, G. (1995). The construction of risk and protectiv

- Wittchen, H. U., Frohlich, C., Behrendt, S., Gunther, A., Rehm, J., Zimmermann, P., Lieb, R. y Perkonig, S. M. (2004). *Dependence*, 88(1), 60-70.
- Wolitzky-Taylor, K., Bobova, L., Zinbarg, R. E., Mineka, S., Craske, M. G. (2012). Longitudinal investigation of the role of anxiety in the development of substance use disorders.
- Wonderlich, S. A., Connolly, K. M. y Stice, E. (2004). Impulsivity as a risk factor for eating disorder symptoms.
- Wong, M. M., Brower, K. J., Nigg, J. T. y Zucker, R. A. (2010). Childhood sleep problems, response inhibition, and later substance use.
- World Health Organization (2004). *The World Health Report*. World Health Organization. Switzerland.
- Wu, P., Goodwin, R. D., Fuller, C., Liu, X., Comer, J. S., Cohen, P., Hoven, C. W. (2010). The relationship between childhood trauma and later substance use.
- Wyllie, A., Zhang, J. F. y Casswell, S. (1998). Responses to televised alcohol advertisements associated with alcohol consumption.
- Xiaoming, L., Stanton, B., Cottrell, L., Burns, J., Pack, R., Kaljee, L. (2000). Patterns of initiation of substance use.
- Yamaguchi, K. y Kandel, D. B. (1984a). Patterns of drug use from adolescence to young adulthood: I. Prevalence and chronicity.
- Yamaguchi, K. y Kandel, D. B. (1984b). Patterns of drug use from adolescence to young adulthood: II. Psychological and social consequences.
- Yamaguchi, K. y Kandel, D. B. (1985). On the resolution of role incompatibility. A life event history approach.
- Yáñez, A. M., López, R., Serra-Batlles, J., Roger, N., Arnau, A. y Roura, P. (2006). Consumo de tabaco y alcohol en España.
- Young, R., Sweeting, H. y West, P. (2008). Estudio longitudinal del consumo de alcohol y el comportamiento de riesgo en la adolescencia.
- Young, S., Heptinstall, E., Sonuga-Barke, E. J., Chadwick, O., Taylor, E. (2005). The adolescent outcome of childhood conduct disorder.
- Younoszai, T. M., Lohrmann, D. K., Seefeldt, C. A. y Greene, R. (1999). Trends from 1987 to 1991 in the use of alcohol, tobacco, and marijuana.
- Yu, J. y Willoford, W. R. (1992). The age of alcohol onset and alcohol, cigarette, and marijuana use.
- Zeinali, A., Sharifi, H., Enayati, M., Asgari, P. Pasha, G. (2011). The mediational pathway among parental substance use and child outcomes.
- Zimmerman, P. y Becker-Stoll, F. (2002). Stability of attachment representations during adolescence.
- Zlotnick, C., Tam, T., y Robertson, M. J. (2004). Adverse childhood events, substance abuse, and mental health.
- Zucker, R. A. (2008). Anticipating problem alcohol use developmentally from childhood into middle adulthood.
- Zuckerman, M. (1979). *Sensation seeking: Beyond the optimal level of arousal*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Zuckerman, M. (1984). Sensation seeking: a comparative approach to a human trait. *Behavioral and Brain Sciences*, 7, 1-67.

Zuckerman, M. (1988). Behavior and biology: Research on sensation-seeking and reactions to medication. *Journal of Personality and Social Psychology*, 55, 103-111.

Zuckerman, M. (1994). *Biological expressions of bio-social bases of sensation seeking*. New York: Cambridge University Press.

Zullig, K. J. y Divin, A. L. (2012). The association between non-medical prescription drug use, depression, and sensation seeking. *Journal of Personality and Social Psychology*, 102, 103-111.

ANEXOS

ANEXO 1. INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN

ANEXO I

RESIDENCIA/PISO/PVI:.....			
EDAD	SEXO	<input type="checkbox"/> Varón	<input type="checkbox"/> Mujer
PAÍS DE NACIMIENTO	<input type="checkbox"/> España	<input type="checkbox"/> Otro	(señala cuál)
.....			

1. ¿Sabes por qué estás en este centro?

 SI

Porque.....

 NO

1. En general, en este centro me encuentro:

 Muy Bien Bien Regular Mal Muy Mal

AREA ARTÍSTICA

 Muy mala Mala Regular Buena Muy buena

AREA AFECTIVA

 Muy mala Mala Regular Buena Muy buena

2. ¿Cómo es tu valoración de tu centro en?:

AREA INTELECTUAL AREA FÍSICA

 Muy mala Mala Regular Buena Muy buena Muy mala Mala Regular Buena Muy buena

3. Generalmente, ¿cómo es tu relación con los compañeros del centro?

 Muy Mala Mala Indiferente Buena Muy Buena

4. ¿Y con los educadores/adultos del centro?

- Muy Mala
- Mala
- Indiferente
- Buena
- Muy Buena

5. Cuando tengo alguna duda o dificultad con mis estudios acudo a los educadores/adultos del centro para que me digan lo que puedo hacer

- Nunca
- Algunas veces
- Muchas veces
- Casi siempre
- Siempre

6. Cuando tengo alguna duda o dificultad en mis relaciones sentimentales, acudo a los educadores/adultos del centro para que me digan lo que puedo hacer

- Nunca
- Algunas veces
- Muchas veces
- Casi siempre
- Siempre

7. Me siento muy cercano a los educadores/adultos del centro:

- Nunca
- Algunas veces
- Con frecuencia
- Con mucha frecuencia
- Siempre

8. Los educadores/adultos del centro acostumbran a elogiarme (alabarme) por las cosas que hago bien

- Nunca
- Algunas veces
- Con frecuencia
- Con mucha frecuencia
- Siempre

9. Hablo con sinceridad y confianza con los educadores/adultos del centro sobre mis problemas personales:

- Nunca
- Algunas veces
- Con frecuencia
- Con mucha frecuencia
- Siempre

10. En este momento, ¿con qué frecuencia tienes contacto con tu familia?

- Nunca
- Algunas veces
- Una vez al mes
- Una vez a la semana
- Todos los días

11. En general, ¿cómo es la relación con tu familia?

- Muy Mala
- Mala
- Indiferente
- Buena
- Muy Buena

En este apartado se pregunta por el **consumo de distintas drogas**. Señala con una **X** o rodea con un círculo la respuesta que corresponda a tu caso (NO o Nada, si nunca has consumido dicha sustancia; y SI, la frecuencia y la edad del primer consumo, si las has consumido en alguna ocasión).

	¿La has usado ALGUNA VEZ?	¿La has usado en los ULTIMOS SEIS MESES?	¿Con qué frecuencia la has usado en el ÚLTIMO MES?
TABACO	<input type="checkbox"/> SI ¿A qué edad? _____ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Menos de una vez por semana <input type="checkbox"/> Una vez por semana <input type="checkbox"/> De dos a seis veces por semana <input type="checkbox"/> Una vez diariamente <input type="checkbox"/> Dos o más veces diariamente
CERVEZA	<input type="checkbox"/> SI ¿A qué edad? _____ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Menos de una vez por semana <input type="checkbox"/> Una vez por semana <input type="checkbox"/> De dos a seis veces por semana <input type="checkbox"/> Una vez diariamente <input type="checkbox"/> Dos o más veces diariamente
VINO	<input type="checkbox"/> SI ¿A qué edad? _____ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Menos de una vez por semana <input type="checkbox"/> Una vez por semana <input type="checkbox"/> De dos a seis veces por semana <input type="checkbox"/> Una vez diariamente <input type="checkbox"/> Dos o más veces diariamente

En este apartado se pregunta por el **consumo de distintas drogas**. Señala con una **X** o rodea con un círculo la respuesta que corresponda a tu caso (NO o Nada, si nunca has consumido dicha sustancia; y SI, la frecuencia y la edad del primer consumo, si las has consumido en alguna ocasión).

	¿La has usado ALGUNA VEZ?	¿La has usado en los ULTIMOS SEIS MESES?	¿Con qué frecuencia la has usado en el ÚLTIMO MES?
COMBINADOS (Cubalibres, Gintonicos, Whisky con Coca-Cola, etc.)	<input type="checkbox"/> SI ¿A qué edad? _____ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Menos de una vez por semana <input type="checkbox"/> Una vez por semana <input type="checkbox"/> De dos a seis veces por semana <input type="checkbox"/> Una vez diariamente <input type="checkbox"/> Dos o más veces diariamente
CANNABIS (hachís, marihuana)	<input type="checkbox"/> SI ¿A qué edad? _____ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Menos de una vez por semana <input type="checkbox"/> Una vez por semana <input type="checkbox"/> De dos a seis veces por semana <input type="checkbox"/> Una vez diariamente <input type="checkbox"/> Dos o más veces diariamente
COCAÍNA	<input type="checkbox"/> SI ¿A qué edad? _____ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Menos de una vez por semana <input type="checkbox"/> Una vez por semana <input type="checkbox"/> De dos a seis veces por semana <input type="checkbox"/> Una vez diariamente <input type="checkbox"/> Dos o más veces diariamente

En este apartado se pregunta por el **consumo de distintas drogas**. Señala con una **X** o rodea con un círculo la respuesta que corresponda a tu caso (NO o Nada, si nunca has consumido dicha sustancia; y SI, la frecuencia y la edad del primer consumo, si las has consumido en alguna ocasión).

	¿La has usado ALGUNA VEZ?	¿La has usado en los ULTIMOS SEIS MESES?	¿Con qué frecuencia la has usado en el ÚLTIMO MES?
ANFETAMINAS (pastillas para no dormir, adelgazar, estimulantes)	<input type="checkbox"/> SI ¿A qué edad? _____ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Menos de una vez por semana <input type="checkbox"/> Una vez por semana <input type="checkbox"/> De dos a seis veces por semana <input type="checkbox"/> Una vez diariamente <input type="checkbox"/> Dos o más veces diariamente
ALUCINÓGENOS (TRIPIS, SETAS, LSD)	<input type="checkbox"/> SI ¿A qué edad? _____ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Menos de una vez por semana <input type="checkbox"/> Una vez por semana <input type="checkbox"/> De dos a seis veces por semana <input type="checkbox"/> Una vez diariamente <input type="checkbox"/> Dos o más veces diariamente
INHALANTES (PEGAMENTO, COLAS, DISOLVENTES)	<input type="checkbox"/> SI ¿A qué edad? _____ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Menos de una vez por semana <input type="checkbox"/> Una vez por semana <input type="checkbox"/> De dos a seis veces por semana <input type="checkbox"/> Una vez diariamente <input type="checkbox"/> Dos o más veces diariamente

En este apartado se pregunta por el **consumo de distintas drogas**. Señala con una **X** o rodea con un círculo la respuesta que corresponda a tu caso (NO o Nada, si nunca has consumido dicha sustancia; y SI, la frecuencia y la edad del primer consumo, si las has consumido en alguna ocasión).

	¿La has usado ALGUNA VEZ?	¿La has usado en los ÚLTIMOS SEIS MESES?	¿Con qué frecuencia la has usado en el ÚLTIMO MES?
DROGAS DE SÍNTESIS (éxtasis)	<input type="checkbox"/> SI ¿A qué edad? _____ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Menos de una vez por semana <input type="checkbox"/> Una vez por semana <input type="checkbox"/> De dos a seis veces por semana <input type="checkbox"/> Una vez diariamente <input type="checkbox"/> Dos o más veces diariamente
HEROÍNA	<input type="checkbox"/> SI ¿A qué edad? _____ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Menos de una vez por semana <input type="checkbox"/> Una vez por semana <input type="checkbox"/> De dos a seis veces por semana <input type="checkbox"/> Una vez diariamente <input type="checkbox"/> Dos o más veces diariamente
	... ALGUNA VEZ?	...EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES?	¿EN LOS ÚLTIMOS 30 DÍAS?
¿Te has emborrachado...	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Menos de una vez por semana <input type="checkbox"/> Una vez por semana <input type="checkbox"/> De dos a seis veces por semana <input type="checkbox"/> Una vez diariamente

12. ¿Qué grado de dificultad te supondría conseguir alguna de estas sustancias?

	Muy difícil	Difícil	Fácil	Muy fácil
Cerveza, vino o licores (vodka, whisky, ginebra, etc.)				
Tabaco				
Cánnabis				
Cocaína				
Anfetaminas (pastillas para no dormir, adelgazar, estimulantes)				
Alucinógenos (Tripis, Setas, LSD)				
Inhalantes (Pegamento, Colas, Disolventes)				
Drogas de síntesis (éxtasis)				
Heroína				

13. ¿Cuánto riesgo crees que corren las personas que?

	Ningún riesgo	Algún riesgo	Riesgo moderado	Mucho riesgo
Fuman 1 o más paquetes de tabaco diarios				
Prueban porros 1 o 2 veces				
Fuman porros casi todos los días				
Beben 1 o más copas de bebidas alcohólicas casi todos los días				
Prueban cocaína 1 o 2 veces				
Consumen cocaína casi todos los días				
Prueban cocaína 1 o 2 veces				
Consumen cocaína casi todos los días				
Prueban pegamento 1 o 2 veces				
Consumen pegamento casi todos los días				
Prueban tripis 1 o 2 veces				
Consumen tripis casi todos los días				

14. ¿Qué crees que le parece a los adultos de la zona donde está tu residencia/piso/PVI que jóvenes de tu edad consuman alguna de las siguientes sustancias?

	Muy mal	Mal	Regular	Bien	Muy bien
Alcohol					
Tabaco					
Cánnabis					
Otras drogas (Tripis, Pegamento, Cocaína)					

15. ¿Sabes si alguno de tus padres o hermanos padece o ha padecido algún problema psicológico (depresión, ansiedad...)?

SI

NO

17. ¿Con qué frecuencia asistes a actividades religiosas?

Nunca

Raramente

1 vez al mes

1 vez cada 15 días

1 vez a la semana o más

16. ¿En qué medida te sientes integrado en la zona donde está tu residencia/piso/PVI y sientes apego (o cariño) por él?

Nada

Poco

Algo

Bastante

Mucho

18. Señala con qué frecuencia se imponen las siguientes normas en el centro donde vives:

NORMAS	Nunca	Pocas veces	Bastantes veces	Muchas veces	Siempre
Cumplir horarios (regresar a una hora fija, acostarse a una hora)					
Realizar los deberes					
Colaborar en las tareas del centro					
No consumir drogas					

19. ¿Cómo es la relación con tus amigos/as?

Muy mala

Mala

Regular

Buena

Muy buena

20. ¿Con qué frecuencia ves a tus mejores amigos/as?

Nunca

Ocasionalmente

Los fines de semana

Varios días en semana

Todos los días

21. Señala con qué frecuencia realizas las siguientes actividades cuando sales con tus amigos/as:

	Nunca	Menos de una vez al mes	Una vez al mes	Una vez por semana	De 2 a 6 veces por semana	Diariamente
Ir a pubs, bares, discotecas						
Estar en la calle, en una plaza o parque						
Ir al cine						
Practicar deportes						
Ir al conciertos						
Ir a la casa de alguno						
Participar en una asociación o grupo						
Ir de excursión						

22. Señala cuantas veces tus amigos consumen las siguientes sustancias:

	Nunca	Menos de una vez al mes	Una vez al mes	Una vez por semana	De 2 a 6 veces por semana	Diariamente	2 o más veces al día
Tabaco							
Alcohol							
Cánnabis							
Cocaína							
Anfetaminas							
Alucinógenos (Tripis, Setas, LSD)							

	Nunca	Menos de una vez al mes	Una vez al mes	Una vez por semana	De 2 a 6 veces por semana	Diariamente	2 o más veces al día
Inhalantes (Pegamento, Colas, Disolventes)							
Drogas de síntesis							

23. Imagina las siguientes situaciones y piensa con qué frecuencia reaccionarías de ese modo

	Nunca	Alguna vez	Con frecuencia	Con mucha frecuencia	Siempre
Si un amigo/a fuera a faltar a clase y me pidiese que lo acompañara, yo lo haría.					
Aunque tuviese que estudiar, si mis amigos me presionasen para salir, lo haría.					
Si un amigo/a me retara a fumar un cigarrillo, lo haría aunque no me apeteciese.					
Me sentiría desplazado/a si no bebiese alcohol en una fiesta que todos lo hacen.					

24. ¿Con qué frecuencia realizas las siguientes actividades en tu tiempo de ocio y tiempo libre?

	Nunca	Menos de una vez al mes	Una vez al mes	Una vez por semana	De 2 a 6 veces por semana	Diariamente
Ver la televisión o el vídeo						
Escuchar música						
Leer libros o novelas						
Leer tebeos, comics						
Asistir a algún espectáculo deportivo						
Internet						
Dibujar, hacer colecciones						

25. ¿Con qué frecuencia ocurren las siguientes situaciones en tu residencia/piso/PVI?

	Nunca	Algunas veces	Con frecuencia	Con mucha frecuencia	Siempre
Delincuencia y/o venta de drogas					
Peleas					
Grafiti (pintadas)					

26. Señala las veces que has estropeado o roto objetos en estos lugares:

	Nunca	Alguna vez	Con frecuencia	Con mucha frecuencia	Siempre
En el centro de protección					
En colegios					
En pubs, bares, discotecas					
En la calle, parques, jardines, casas deshabitadas					
En el metro u otro transporte público					
En concentraciones deportivas					
En conciertos o espectáculos					
A casas, coches o trenes (tirar piedras o romper cosas)					
En otros lugares					

Lee cada frase y piensa si coincide con tu forma de pensar o actuar . Señala con una X la casilla que más se ajusta a la respuesta que has elegido. POR FAVOR, ¡NO DEJES NINGUNA PREGUNTA SIN RESPONDER!					
	Nunca o casi nunca	Algunas veces	Bastantes veces	Muchas veces	Siempre
1. Mis profesores están contentos conmigo					
2. Me siento una persona importante					
3. Soy una persona con suerte					
4. Aunque me cueste, cuando me propongo algo lo logro					
5. Soy torpe					
6. Me resulta difícil hacer lo que hacen los demás					
7. Estoy triste siempre					
8. Nada me divierte					
9. Me cuesta dormirme.					
10. Estoy cansado siempre.					
11. Todo lo hago mal.					
12. No me concentro al hacer los deberes.					
13. Quiero morirme.					
14. Me encuentro inquieto/a.					
15. Me siento nervioso/a.					
16. Estoy preocupado/a.					
17. Estoy relajado/a.					
18. Me siento angustiado/a.					
19. Me encuentro atemorizado/a.					

Lee cada frase y piensa si coincide con tu forma de pensar o actuar . Señala con una X la casilla que más se ajusta a la respuesta que has elegido. POR FAVOR, ¡NO DEJES NINGUNA PREGUNTA SIN RESPONDER!					
	Nunca o casi nunca	Algunas veces	Bastantes veces	Muchas veces	Siempre
20. Suelo echar de menos más bullicio y animación.					
21. Me da pena ver a una persona nueva que está sola en un grupo.					
22. Me gusta mucho correr riesgos.					
23. Suelo hacer o decir cosas sin pararme a pensar.					
24. Creo que es tonto llorar de felicidad.					
25. Soy una persona impulsiva.					
26. Me gustan los acontecimientos y sensaciones nuevas y excitantes, aunque causen un poco de miedo y sean poco corrientes.					
27. Me gustaría aprender a pilotar un avión.					
28. Me identifico profundamente con los sentimientos de un personaje de película, novela.					
29. Me dejo arrastrar por el momento.					
30. Me salto a veces las reglas sin pensarlo.					
31. Me gusta mucho arriesgarme.					

Lee cada frase y piensa si coincide con tu forma de pensar o actuar . Señala con una X la casilla que más se ajusta a la respuesta que has elegido. POR FAVOR, ¡NO DEJES NINGUNA PREGUNTA SIN RESPONDER!					
	Nunca o casi nunca	Algunas veces	Bastantes veces	Muchas veces	Siempre
32. Puedo tomar decisiones sin preocuparme por los sentimientos de otras personas.					
33. Me gusta hacer cosas que dan un poco de miedo.					
34. Necesito controlarme mucho para no meterme en problemas.					
35. Una vida sin peligro sería demasiado aburrida para mí.					
36. Siento más enfado que pena cuando veo a alguien llorando.					
37. Me gusta mirar a los demás cuando abren sus regalos.					
38. Me gustaría vivir en un país donde no existieran prohibiciones de ningún tipo.					
39. Sería capaz de escaparme de casa y dormir en la calle o en un parque.					
40. Robo cosas en el colegio.					
41. Robo dinero a otros.					
42. Robo algo que pertenece a otro chico o chica.					
43. Soy mal educado/a con personas desconocidas.					
44. Me meto en peleas.					

Lee cada frase y piensa si coincide con tu forma de pensar o actuar . Señala con una X la casilla que más se ajusta a la respuesta que has elegido. POR FAVOR, ¡NO DEJES NINGUNA PREGUNTA SIN RESPONDER!					
	Nunca o casi nunca	Algunas veces	Bastantes veces	Muchas veces	Siempre
45. A veces no puedo controlar el impulso de golpear a otra persona.					
46. Si se me provoca lo suficiente, puedo golpear a otra persona.					
47. Si alguien me golpea, le respondo golpeándole.					
48. Me siento como un barril de pólvora a punto de estallar.					
49. Hago cosas como dar portazos.					
50. Si tengo que recurrir a la violencia para proteger mis derechos, lo hago.					
51. Mis amigos dicen que discuto mucho.					
52. Hay gente que me incita hasta tal punto que llegamos a pegarnos.					
53. He amenazado a gente que conozco (amigos, familiares, profesores).					
54. He llegado a estar tan furioso que he utilizado algún arma para agredir a otro.					
55. Me gustan los deportes arriesgados					
56. Me gustan las fiestas donde se puede hacer lo que se quiera					

Lee cada frase y piensa si coincide con **tu forma de pensar o actuar**. Señala con una **X** la casilla que más se ajusta a la respuesta que has elegido. **POR FAVOR, ¡NO DEJES NINGUNA PREGUNTA SIN RESPONDER!**

	Nunca o casi nunca	Algunas veces	Bastantes veces	Muchas veces	Siempre
57. A menudo desearía ser un escalador de montañas					
58. A menudo me gusta beber alcohol o fumar hierba (marihuana)					
59. Tiendo a perder los estribos.					
60. Me cabreo con facilidad.					
61. Pierdo la paciencia.					
62. Ardo por dentro aunque no lo demuestre.					
63. Me irrito más de lo que la gente se cree.					

CONTESTA A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SOLO SI VAS AL COLEGIO/INSTITUTO O A CUALQUIER TALLER FORMATIVO

27. ¿Qué tipo de estudiante te consideras?

- Muy malo/a
- Malo/a
- Regular
- Bueno/a
- Muy bueno/a

28. ¿Cuál es tu valoración del nivel de enseñanza que recibes en colegio/instituto en las siguientes áreas?

A. INTELLECTUAL

Muy mala

Mala

Regular

Buena

Muy buena

B. FÍSICA

Muy mala

Mala

Regular

Buena

Muy buena

C. ARTÍSTICA

Muy mala

Mala

Regular

Buena

Muy buena

D. AFECTIVA

Muy mala

Mala

Regular

Buena

Muy buena

29. ¿Sueles faltar a clase sin motivo justificado? (hacer pellas)

Nunca

Algunas veces

Con frecuencia

Con mucha frecuencia

Siempre

ANEXO 2. ESCALAS

AC

A continuación se enumeran una serie de preguntas que hacen referencia a tu modo de pensar y actuar. Lee cada frase y piensa si NUNCA o CASI NUNCA, ALGUNAS VECES, MUCHAS VECES o SIEMPRE es tu forma de pensar o actuar habitualmente. A continuación, señala con una X la casilla que se ajusta a la respuesta que has elegido.

¡POR FAVOR, NO DEJES NINGUNA PREGUNTA SIN RESPONDER!

	CASI NUNCA O NUNCA	ALGUNAS VECES	MUCHAS VECES	CASI SIEMPRE O SIEMPRE
1. Mis superiores (profesores, jefes) están contentos conmigo				
2. Soy muy popular entre mis amigos				
3. Me siento una persona importante				
4. Mis superiores (profesores, jefes) piensan que soy un buen trabajador				
5. Hablo mejor que mis compañeros				
6. Soy una persona con suerte				
7. Soy una persona importante				
8. Soy una persona agradable				
9. Los demás piensan que soy menos inteligente que ellos				
10. Me asusto con facilidad				
11. Estoy triste				
12. Llora con facilidad				
13. Hago las cosas mejor que mis amigos				
14. Soy un buen trabajador (estudiante)				
15. Los demás aceptan mis ideas y sugerencias				
16. Aunque me cueste, cuando me propongo algo lo logro				

	CASI NUNCA O NUNCA	ALGUNAS VECES	MUCHAS VECES	CASI SIEMPRE O SIEMPRE
17. Soy importante en el trabajo (colegio o lugar de trabajo)				
18. Me desanimo con facilidad				
19. Soy torpe				
20. Mis compañeros se burlan de mí				
21. Me distraigo con facilidad				
22. Cuando los mayores (o mis superiores) me dicen algo me pongo muy nervioso				
23. Me siento desgraciado				
24. Soy tímido				
25. Mis pensamientos son estúpidos				
26. Me resulta difícil hacer lo que hacen los demás				
27. Tengo buenos amigos				
28. Soy buena persona				
29. Soy una persona importante para mi familia				
30. Soy atractivo físicamente				
31. Duermo mal por las noches				
32. Me siento avergonzado por mi forma de comportarme				
33. Me siento nervioso				
34. Soy menos inteligente que los demás				
35. Mi familia piensa que soy activo y trabajador				
36. Olvido con facilidad lo que he aprendido				
37. Soy líder tanto con los amigos como en el trabajo				
38. Soy el preferido de mi familia				

CDI

A continuación se plantean diferentes sentimientos e ideas. Pon un aspa (x) en la frase que mejor se ajuste a lo que has sentido durante las DOS ÚLTIMAS SEMANAS.

1	Estoy triste de vez en cuando Estoy triste muchas veces Estoy triste siempre
2	Nunca me saldrá nada bien No estoy seguro de si las cosas me saldrán bien Las cosas saldrán bien
3	Hago bien la mayoría de las cosas Hago mal muchas cosas Todo lo hago mal
4	Me divierten muchas cosas Me divierten algunas cosas Nada me divierte
5	Soy malo siempre Soy malo muchas veces Soy malo algunas veces
6	A veces pienso que me pueden ocurrir cosas malas Me preocupa que me ocurran cosas malas Estoy seguro de que me van a ocurrir cosas malas
7	Me odio No me gusta como soy Me gusta como soy
8	Todas las cosa malas son culpa mía Muchas cosas malas son culpa mía Generalmente no tengo la culpa de que ocurran cosas malas
9	No pienso en matarme Pienso en matarme pero no lo haría Quiero matarme
10	Tengo ganas de llorar todos los días Tengo ganas de llorar muchos días Tengo ganas de llorar de vez en cuando
11	Las cosas me preocupan siempre Las cosas me preocupan muchas veces Las cosas me preocupan de vez en cuando
12	Me gusta estar con la gente Muy a menudo no me gusta estar con la gente No quiero en absoluto estar con la gente
13	No puedo decidirme Me cuesta decidirme Me decido fácilmente
14	Tengo buen aspecto Hay algunas cosas de mi aspecto que no me gustan

	Soy feo o fea
15	Siempre me cuesta ponerme a hacer los deberes Muchas veces me cuesta ponerme a hacer los deberes No me cuesta ponerme a hacer los deberes
16	Todas las noches me cuesta dormir Muchas veces me cuesta dormir Duelmo muy bien
17	Estoy cansado de vez en cuando Estoy cansado muchos días Estoy cansado siempre
18	La mayoría de los días no tengo ganas de comer Muchos días no tengo ganas de comer Como muy bien
19	No me preocupa el dolor ni la enfermedad Muchas veces me preocupa el dolor y la enfermedad Siempre me preocupa el dolor y la enfermedad
20	Nunca me siento solo Me siento solo muchas veces Me siento solo siempre
21	Nunca me divierto en el colegio Me divierto en el colegio sólo de vez en cuando Me divierto en el colegio muchas veces
22	Tengo muchos amigos Tengo algunos amigos, pero me gustaría tener más
23	Mi trabajo en el colegio es bueno Mi trabajo en el colegio no es tan bueno como antes Llevo muy mal las asignaturas que antes llevaba muy bien
24	Nunca podré ser tan bueno como otros niños Si quiero, puedo ser tan bueno como otros niños Soy tan bueno como otros niños
25	Nadie me quiere No estoy seguro de que alguien me quiera Estoy seguro de que alguien me quiere
26	Generalmente hago lo que me dicen Muchas veces no hago lo que me dicen Nunca hago lo que me dicen
27	Me llevo bien con la gente Me peleo muchas veces Me peleo siempre

IVE-J

Por favor, contesta poniendo un aspa (X) en la casilla SI o NO que corresponda a cada una de las preguntas que se enumeran a continuación. No hay respuestas buenas ni malas y tampoco hay truco en las preguntas. Trabaja rápidamente y no pienses demasiado en el significado de las preguntas. **ATENCIÓN CONTESTA A TODAS LAS PREGUNTAS.**

	SI	NO
1. ¿Te gustaría hacer esquí acuático?		
2. ¿Estás a veces tan intranquilo que no puedes permanecer sentado durante mucho rato?		
3. ¿Sueles echar de menos más bullicio y animación?		
4. ¿Prefieres generalmente tomar comida o dulces que conoces, en lugar de probar otros nuevos para saber si hay algo mejor?		
5. ¿Te da pena ver a una persona nueva que está sola en un grupo?		
6. ¿Te gusta mucho correr riesgos?		
7. ¿Te gustaría ser una estrella "pop"?		
8. ¿Sueles interesarte mucho por los problemas de tus amigos?		
9. ¿Ahorras con regularidad?		
10. ¿Te gustaría saltar en paracaídas?		
11. ¿Piensas que la gente está demasiado preocupada por los sentimientos de los animales?		
12. ¿Compras a menudo cosas por impulso?		
13. ¿Preferirías un trabajo apasionante con viajes y aventuras en vez de uno más tranquilo y seguro?		
14. ¿Te fastidian los chicos y chicas que no son felices y se compadecen a sí mismos?		
15. ¿Sueles hacer o decir cosas sin detenerte a pensar?		
16. ¿Te gustaría dirigir un parque de juegos y atracciones (como Disneylandia)?		
17. ¿Te dan pena los niños muy tímidos?		
18. ¿Te metes a menudo en líos por hacer las cosas sin pensar?		
19. ¿Te gustaría participar en apuestas o juegos de azar?		
20. ¿Crees que es tonto llorar de felicidad?		
21. ¿Sueles trabajar deprisa sin repasar luego las respuestas?		
22. ¿Te gustaría saltar desde un trampolín?		
23. La gente con la que estás ¿influye mucho en tu estado de ánimo?		

	SI	NO
24. ¿Eres una persona impulsiva?		
25. ¿Te gustan los acontecimientos y sensaciones nuevas y excitantes, aunque causen un poco de miedo y sean poco corrientes?		
26. ¿Te afecta mucho cuando alguno de tus amigos parece alterado o preocupado?		
27. ¿Sueles pensar bien las cosas antes de hacerlas?		
28. ¿Te gustaría aprender a pilotar un avión?		
29. ¿Te identificas alguna vez profundamente con los sentimientos de un personaje de película, teatro o novela?		
30. ¿Te dejas arrastrar a menudo por el momento?		
31. Aunque haya poca posibilidad de ganar, ¿sueles pensar que vale la pena arriesgarse?		
32. ¿Te afecta mucho cuando ves llorar a alguien?		
33. ¿Te saltas a veces las reglas sin pensarlo?		
34. ¿Vas con mucha prudencia cuando te enfrentas a nuevas situaciones?		
35. ¿Te da risa cuando ves reír a otros de tu grupo?		
36. ¿Sueles hablar antes de pensar lo que vas a decir?		
37. En una feria, ¿prefieres jugar a los dardos y ver las atracciones a subir a la noria y los coches de choque?		
38. ¿Te afecta ver preocupación y pánico a tu alrededor?		
39. ¿Sueles comprometerte en cosas de las que luego te gustaría liberarte?		
40. ¿Te gusta mucho arriesgarte?		
41. Cuando un amigo o amiga empieza a hablar de sus problemas; ¿intentas cambiar de tema?		
42. ¿Te entusiasmas tanto con nuevas y apasionantes ideas que nunca piensas en posibles pegos?		
43. ¿Te parece difícil entender a las personas que arriesgan su vida escalando montañas?		
44. ¿Puedes tomar decisiones sin preocuparte por los sentimientos de otras personas?		
45. ¿Te aburres con más facilidad que los demás cuando haces lo de siempre?		
46. ¿Te gustaría viajar a lugares apasionantes?		
47. ¿Puedes entender por qué algunas personas se alteran tan fácilmente?		
48. ¿Crees que el planificar las cosas les quita la gracia?		
49. ¿Te gusta a veces hacer cosas que dan un poco de miedo?		
50. ¿Permaneces contento aunque tus amigos estén alterados por algo?		
51. ¿Necesitas controlarte mucho para no meterte en problemas?		

	SI	NO
52. ¿Una vida sin peligro, ¿sería demasiado aburrida para ti?		
53. ¿Sientes más enfado que pena cuando ves a alguien llorando?		
54. ¿Echarías marcha atrás ante un trabajo que implicara mucho riesgo?		
55. Al entrar en una piscina, ¿prefieres hacerlo lentamente en vez de zambullirte de golpe?		
56. ¿Sueles sorprenderte por las reacciones de la gente ante lo que tú haces o dices?		
57. ¿Te enfadas mucho si alguien te hace esperar?		
58. ¿Disfrutarías de la sensación de ir esquiendo muy rápido por una pendiente?		
59. ¿Te gusta mirar a los demás cuando abren sus regalos?		
60. ¿Prefieres una excursión inesperada a una planificada de antemano?		
61. ¿Te gustaría bucear?		
62. ¿Encuentras muy difícil darle malas noticias a otra persona?		
63. ¿Te pones muy inquieto cuando tienes que quedarte en casa durante algún tiempo?		
64. ¿Prefieres unas vacaciones tranquilas a unas con aventuras apasionantes?		
65. ¿Puedes imaginarte la tristeza que alguien sentiría si de repente se le muere su animal preferido?		
66. ¿Eres muy aficionado a los deportes?		
67. Cuando estás viendo un programa de televisión que te gusta, ¿puedes sentir la tristeza, felicidad o enfado de los protagonistas?		
68. ¿Te gusta poner mucha salsa de tomate y variantes (cebollitas, pepinillos, etc. en vinagre) en tu comida?		
69. ¿Puedes imaginarte lo que es estar muy solo?		
70. ¿Te atrae bucear en profundidad?		
71. ¿Crees que es estúpido pensar que los animales tienen el mismo tipo de sentimientos que nosotros?		
72. Durante una prueba o examen, ¿das a veces la primera respuesta que te viene a la cabeza y luego olvidas repasarla?		
73. ¿Te resulta difícil aconsejar a tus amigos cuando te lo piden?		
74. ¿Te gustaría ir a explorar cuevas?		
75. ¿Te dan mucha lástima los niños o niñas de los que los demás se ríen o abusan?		
76. ¿Te gusta o te gustaría ir a discotecas?		
77. ¿Te alegras cuando estás en un grupo animado y te pones triste cuando los demás lo están?		

EBS-J

A continuación se plantean una serie de cuestiones referentes a distintos aspectos de tu vida. Lee atentamente cada uno de ellos y marca con una cruz la casilla que se ajuste mejor a lo que tú piensas.

	VERDADERO	FALSO
1. Me gustan los deportes arriesgados		
2. Me gustaría explorar una ciudad o barrio desconocido yo solo a pesar de poder perderme		
3. Me gustan las fiestas donde se puede hacer lo que se quiera		
4. Me aburro al ver las mismas caras de siempre		
5. Alguna vez he querido llevarme más de lo que me correspondía en un reparto		
6. A menudo desearía ser un escalador de montañas		
7. He probado marihuana u otras hierbas, o me gustaría hacerlo		
8. A menudo me gusta beber alcohol o fumar hierba (marihuana)		
9. No puedo soportar permanecer mucho tiempo en el mismo sitio		
10. No siempre cumplo todo lo que me dicen y mandan en el colegio		
11. Bucearía en grandes profundidades marinas		
12. He probado o me gustaría probar alguna droga que produzca alucinaciones		
13. Me gustaría tener nuevas y excitantes experiencias y sensaciones, aunque sean poco convencionales e incluso ilegales		
14. No puedo pasar largos ratos sin hacer nada novedoso		
15. He quitado alguna cosa que pertenecía a otro		
16. Me lanzaría en paracaídas		
17. Me gustaría hacer un viaje sin definir previamente el tiempo de duración, ni su itinerario		
18. Me gustaría ingerir sustancias que produzcan excitación sexual		
19. Me desagrada la gente que hace lo mismo todos los días		
20. Alguna vez he hecho como que no había oído cuando alguien me estaba llamando		
21. Me gusta saltar de los trampolines altos en las piscinas		
22. Me gustaría hacer amigos procedentes de grupos marginales		
23. No me importaría bañarme desnudo en una playa		

	VERDADERO	FALSO
24. Me aburre ver las películas más de una vez		
25. A veces hablo cuando las personas mayores están hablando		
26. Practicaría el esquí acuático		
27. La gente puede vestirse como quiere, incluso si va de forma extravagante		
28. Me gustaría vivir en un país donde no existieran prohibiciones de ningún tipo		
29. No me gusta salir con personas que ya sé lo que van a decir o hacer		
30. Alguna vez he dicho algún taco o he insultado a otro		
31. Sería capaz de volar con un ala delta		
32. Me gusta ser diferente aunque contraríe a la gente		
33. Si estuviera casado no me importaría cambiar de pareja		
34. Generalmente, no me gustan las películas o juegos cuando sé de antemano lo que va a suceder		
35. No siempre me comporto bien en clase		
36. Pilotaría una avioneta		
37. Me gusta abrir animales o experimentar con ellos		
38. Tener muchas bebidas es la clave de una buena fiesta		
39. No tengo paciencia con las personas tristes y aburridas		
40. He comido alguna vez más dulces de los que me permitían		
41. Recorrería una gran distancia en un pequeño velero		
42. Sería capaz de dormir en la calle o en un parque público		
43. Me siento muy bien después de tomarme una copa o un "cuba libre" ("cubata")		
44. No me gusta ir con regularidad al mismo bar		
45. He sentido alguna vez deseos de hacer novillos y no ir a clase		
46. Bajaría una gran pendiente esquiando		
47. Sería capaz de bañarme en una fuente o estanque público		
48. No me importaría pasearme por la calle con un amigo borracho		
49. Me desagrada jugar siempre a los mismos juegos		
50. He hecho alguna vez trampas en el juego		

A.S.B.

A continuación se enumeran una serie de actividades; después de cada una de ellas están las palabras **SI** y **NO**. Lee cada frase con atención y responde, sinceramente, poniendo un aspa (X) sobre la palabra Si en el caso de que ayas realizado esa actividad **alguna vez** durante los **últimos doce meses** (1 año). En el caso de no haber realizado nunca esa actividad durante los **últimos doce meses** (1 año), pon el aspa (X) sobre la palabra NO.

Las respuestas que des a este cuestionario son confidenciales.

1. Ir en bicicleta por las noches con las luces apagadas	SI	NO
2. Ir en autobús o en tren sin billete	SI	NO
3. Fumar en el colegio	SI	NO
4. Escaparme del colegio	SI	NO
5. Ir a una película pornográfica	SI	NO
6. Cuando hay que esperar un turno, colarte	SI	NO
7. Hacer ruido en clase o en el pasillo	SI	NO
8. Robar cosas de una tienda o de un coche	SI	NO
9. Romper cristales en casa deshabitadas	SI	NO
10. Ir en pandilla y pelearse con gente más joven que uno	SI	NO
11. Ir en coche, moto o motocicleta por lugares públicos	SI	NO
12. Robar cosas del colegio	SI	NO
13. Estropear o romper cosas de lugares públicos tales como la calle, el cine o autobuses	SI	NO
14. Llevar un arma por si se necesita un una pelea	SI	NO
15. Ir a pub, o comprar bebidas alcohólicas para beberlas	SI	NO
16. Falsificar una nota (carta o justificante) de tus padres	SI	NO
17. Entrar en propiedades privadas tales como jardines o casas deshabitadas	SI	NO
18. Ensuciar las calles y las aceras rompiendo botellas o vertiendo las basuras	SI	NO
19. Comprar o canjear algo que pienses que ha sido robado	SI	NO
20. Decir muchas palabrotas	SI	NO
21. Quedarte con el dinero que te dan para comprar algo del colegio	SI	NO
22. Entrar en propiedades privadas para robar algo	SI	NO
23. Ser maleducado con personas desconocidas	SI	NO

24. Hacer el payaso en lugares públicos	SI	NO
25. Meterte en peleas	SI	NO
26. Llegar tarde al colegio	SI	NO
27. No llevar la ropa adecuada cuando hay que llevarla, por ejemplo, para hacer gimnasia en el colegio	SI	NO
28. Copiar en un examen	SI	NO
29. Robar dinero	SI	NO
30. Tirar piedras a la gente	SI	NO
31. Gastar bromas pesadas por teléfono, por ejemplo, llamar a los bomberos y dar la alarma sin motivo	SI	NO
32. Ir en moto con una persona que está aprendiendo a conducirla	SI	NO
33. Comprar cigarrillos para fumártelos	SI	NO
34. Tirar la basura en zonas ajardinadas	SI	NO
35. Robar cosas en tu casa	SI	NO
36. Robar fruta de los árboles	SI	NO
37. Romper o tirar al suelo cosas que pertenecen a otros	SI	NO
38. Gastar bromas tales como: tirar a una persona al agua, quitarle la silla cuando se está sentando	SI	NO
39. Levantarte adrede más tarde de los que debes	SI	NO
40. Arrancar o pisotear las flores de un jardín o parque	SI	NO
41. Robar algo que pertenece a otro chico o chica	SI	NO
42. Decir algo que no es verdad sobre una persona con el fin de causarle problemas o para que otros se pongan en contra de ella	SI	NO
43. Romper o estropear cosas que pertenecen al colegio, tales como muebles o libros	SI	NO
44. Llamar a la puerta de una casa y salir corriendo	SI	NO
45. Fumar	SI	NO
46. Tirar piedras a casas, coches o trenes	SI	NO

AQ

A continuación, encontrarás una serie de frases sobre formas de pensar, sentir o actuar. Léelas atentamente y decide si estás de acuerdo o no con cada una de ellas. Rodea con un círculo la alternativa que mejor creas que corresponde con tu forma de pensar o sentir, siguiendo para ello esta escala:

1	2	3	4	5
completamente FALSO para mí	bastante FALSO para mí	ni VERDADERO ni FALSO para mí	bastante VERDADERO para mí	completamente VERDADERO para mí

¡POR FAVOR, NO DEJES NINGUNA PREGUNTA SIN RESPONDER!

1. De vez en cuando no puedo controlar el impulso de golpear a otra persona	1	2	3	4	5
2. Cuando no estoy de acuerdo con mis amigos, discuto abiertamente con ellos	1	2	3	4	5
3. Me enfado rápidamente, pero se me pasa enseguida	1	2	3	4	5
4. A veces soy bastante envidioso	1	2	3	4	5
5. Si se me provoca lo suficiente, puedo golpear a otra persona	1	2	3	4	5
6. A menudo no estoy de acuerdo con la gente	1	2	3	4	5
7. Cuando estoy frustrado, muestro el enfado que tengo	1	2	3	4	5
8. En ocasiones siento que la vida me ha tratado injustamente	1	2	3	4	5
9. Si alguien me golpea, le respondo golpeándole también	1	2	3	4	5
10. Cuando la gente me molesta, discuto con ellos	1	2	3	4	5
11. Algunas veces me siento tan enfadado como si estuviera a punto de estallar	1	2	3	4	5
12. Parece que siempre son otros los que consiguen las oportunidades	1	2	3	4	5
13. Me suelo implicar en las peleas algo más de lo normal	1	2	3	4	5
14. Cuando la gente no está de acuerdo conmigo, no puedo remediar discutir con ellos	1	2	3	4	5
15. Soy una persona apacible	1	2	3	4	5
16. Me pregunto por qué algunas veces me siento tan resentido por algunas cosas	1	2	3	4	5
17. Si tengo que recurrir a la violencia para proteger mis derechos, lo hago	1	2	3	4	5
18. Mis amigos dicen que discuto mucho	1	2	3	4	5
19. Algunos de mis amigos piensan que soy una persona impulsiva	1	2	3	4	5

20. Sé que mis "amigos" me critican a mis espaldas	1	2	3	4	5
21. Hay gente que me incita hasta tal punto que llegamos a pegarnos	1	2	3	4	5
22. Algunas veces pierdo los estribos sin razón	1	2	3	4	5
23. Desconfío de desconocidos demasiado amigables	1	2	3	4	5
24. No encuentro ninguna buena razón para pegar a una persona	1	2	3	4	5
25. Tengo dificultades para controlar mi genio	1	2	3	4	5
26. Algunas veces siento que la gente se está riendo de mí a mis espaldas	1	2	3	4	5
27. He amenazado a gente que conozco	1	2	3	4	5
28. Cuando la gente se muestra especialmente amigable, me pregunto qué querrán	1	2	3	4	5
29. He llegado a estar tan furioso que rompía cosas	1	2	3	4	5

STAXI-2**Parte 1**

Instrucciones

A continuación se presentan una serie de afirmaciones que la gente usa para describirse a sí misma. Lea cada afirmación y rodee con un círculo una de las letras que encontrará a la derecha, la letra que mejor indique COMO SE SIENTE AHORA MISMO, utilizando la siguiente escala de valoración:

A: NO, EN ABSOLUTO	B: ALGO	C: MODERADAMENTE	D: MUCHO
---------------------------	----------------	-------------------------	-----------------

CÓMO ME SIENTO EN ESTE MOMENTO

1. Estoy furioso	A	B	C	D
2. Me siento irritado	A	B	C	D
3. Me siento enfadado	A	B	C	D
4. Le pegaría a alguien	A	B	C	D
5. Estoy quemado	A	B	C	D
6. Me gustaría decir tacos	A	B	C	D
7. Estoy cabreado	A	B	C	D
8. Daría puñetazos a la pared	A	B	C	D
9. Me dan ganas de maldecir a gritos	A	B	C	D
10. Me dan ganas de gritarle a alguien	A	B	C	D
11. Quiero romper algo	A	B	C	D
12. Me dan ganas de gritar	A	B	C	D
13. Le tiraría algo a alguien	A	B	C	D
14. Tengo ganas de abofetear a alguien	A	B	C	D
15. Me gustaría echarle la bronca a alguien	A	B	C	D

Parte 2

Instrucciones

A continuación se presentan una serie de afirmaciones que la gente usa para describirse a sí misma. Lea cada afirmación y rodee con un círculo la letra que mejor indique COMO SE SIENTE NORMALMENTE, utilizando la siguiente escala de valoración:

A: CASI NUNCA	B: ALGUNAS VECES	C: A MENUDO	D: CASI SIEMPRE
----------------------	-------------------------	--------------------	------------------------

COMO ME SIENTO NORMALMENTE

16. Me caliento rápidamente	A	B	C	D
17. Tengo un carácter irritable	A	B	C	D
18. Soy una persona exaltada	A	B	C	D
19. Me molesta cuando hago algo bien y no me lo reconocen	A	B	C	D
20. Tiendo a perder los estribos	A	B	C	D
21. Me pone furioso que me critiquen delante de los demás	A	B	C	D
22. Me siento furioso cuando hago un buen trabajo y se me valora poco	A	B	C	D
23. Me cabreo con facilidad	A	B	C	D
24. Me enfado si no me salen las cosas como tenía previsto	A	B	C	D
25. Me enfado cuando se me trata injustamente	A	B	C	D

Parte 3

Instrucciones

A continuación se presentan una serie de afirmaciones que la gente usa para describir sus reacciones cuando se siente enfadada. Lea cada afirmación y rodee con un círculo la letra que mejor indique COMO REACCIONA O SE COMPORTA CUANDO ESTÁ ENFADADO O FURIOSO, utilizando la siguiente escala:

A: CASI NUNCA	B: ALGUNAS VECES	C: A MENUDO	D: CASI SIEMPRE
----------------------	-------------------------	--------------------	------------------------

CUANDO ME ENFADO O ENFUREZCO

26. Controlo mi temperatura	A	B	C	D
27. Expreso mi ira	A	B	C	D
28. Me guardo para mí lo que siento	A	B	C	D
29. Hago comentarios irónicos de los demás	A	B	C	D
30. Mantengo la calma	A	B	C	D
31. Hago cosas como dar portazos	A	B	C	D
32. Ardo por dentro aunque no lo demuestro	A	B	C	D
33. Controlo mi comportamiento	A	B	C	D
34. Discuto con los demás	A	B	C	D
35. Tiendo a tener rencores que no cuento a nadie	A	B	C	D
36. Puedo controlarme y no perder los estribos	A	B	C	D
37. Estoy más enfadado de lo que quiero admitir	A	B	C	D
38. Digo barbaridades	A	B	C	D
39. Me irrito más de lo que la gente se cree	A	B	C	D
40. Pierdo la paciencia	A	B	C	D
41. Controlo mis sentimientos de enfado	A	B	C	D
42. Rehuyo encararme con aquello que me enfada	A	B	C	D
43. Controlo el impulso de expresar mis sentimientos de ira	A	B	C	D
44. Respiro profundamente y me relajo	A	B	C	D
45. Hago cosas como contar hasta diez	A	B	C	D
46. Trato de relajarme	A	B	C	D
47. Hago algo sosegado para calmarme	A	B	C	D
48. Intento distraerme para que se me pase el enfado	A	B	C	D
49. Pienso en algo agradable para tranquilizarme	A	B	C	D

STAIC

A continuación se enumeran una serie de frases que hacen referencia a cómo te sientes en este momento, lee cada frase y piensa si NUNCA, ALGUNAS VECES, SIEMPRE. A continuación señala con una X la casilla que se ajuste a la respuesta que has elegido.

PRIMERA PARTE

	NUNCA	ALGUNAS VECES	SIEMPRE
1 Me siento calmado			
2 Me encuentro inquieto			
3 Me siento nervioso			
4 Me encuentro descansado			
5 Tengo miedo			
6 Estoy relajado			
7 Estoy preocupado			
8 Me encuentro satisfecho			
9 Me siento feliz			
10 Me siento seguro			
11 Me encuentro bien			
12 Me siento molesto			
13 Me siento agradable			
14 Me encuentro atemorizado			
15 Me encuentro confuso			
16 Me siento animoso			
17 Me siento angustiado			
18 Me encuentro alegre			
19 Me encuentro contrariado			
20 Me siento triste			

A continuación se enumeran una serie de preguntas que hacen referencia a cómo te sientes en general, lee cada frase y piensa si NUNCA, ALGO, MUCHO. A continuación señala con una X la casilla que se ajuste a la respuesta que has elegido.

SEGUNDA PARTE

	NUNCA	ALGUNAS VECES	SIEMPRE
1 Me preocupa cometer errores			
2 Siento ganas de llorar			
3 Me siento desgraciado			
4 Me cuesta tomar una decisión			
5 Me cuesta enfrentarme a mis problemas			
6 Me preocupo demasiado			
7 Me encuentro molesto			
8 Pensamientos sin importancia me vienen a la cabeza y me molestan			
9 Me preocupan las cosas del colegio			
10 Me cuesta decidirme en lo que tengo que hacer			
11 Noto que mi corazón late más rápido			
12 Aunque no lo digo, tengo miedo			
13 Me preocupo por cosas que puedan ocurrir			
14 Me cuesta quedarme dormido por las noches			
15 Tengo sensaciones extrañas en el estómago			

	NUNCA	ALGUNAS VECES	SIEMPRE
16 Me preocupa lo que los otros piensen de mi			
17 Me influyen tanto los problemas, que no puedo olvidarlos durante un tiempo			
18 Tomo las cosas demasiado en serio			
19 Encuentro muchas dificultades en mi vida			
20 Me siento menos feliz que los demás chicos			

ANEXO 3. PRESENTACIÓN DE LA PRUEBA.

INSTRUCCIONES

HOJA PARA EL/LA MENOR

Después de leer esta hoja, arráncala y quédatela

El cuestionario que te presentamos a continuación se ha realizado en la Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid y tiene el objetivo de conocer la situación real en la que se encuentran los jóvenes de tu edad para poder idear programas preventivos y de salud.

A continuación vamos a plantearte una serie de preguntas que son estrictamente confidenciales y te agradeceríamos que las contestases de forma sincera y objetiva.

No hay respuestas correctas ni erróneas, sino que es tu propia respuesta la que vale. Marca con una cruz, redondel o rellena el cuadro correspondiente para contestar a cada una de las preguntas. Puedes rectificar si quieres y en cualquier caso si tienes dudas pregunta al encargado/a.

GRACIAS POR TU COLABORACIÓN

ANEXO 4. RESUMEN EN INGLÉS

SUMMARY

Introduction

One of the main sanitary and social problems during adolescence is the drug use. Recent official data show that the problem is still there, it is not decreasing in intensity, there are new and different needs just like factors which require to be considered to prevent this habit.

About the alcohol, teens tend to minimize the risks of abusive consume. Profile and patterns of illegal drug consumers are changing in the latest years, it is being established "leisure use" of drugs, that is the use, sometimes simultaneously of drugs such as alcohol, cannabis, cocaine, ecstasy and different amphetamine derivatives. To many young people and teens, this "leisure use" takes place in a standardized circle, fitting together with integrated lifestyles in different environments: familiar, educational and working areas.

It is a priority to attend teens assisted by different resources such as Child and Family Protection Network, which belongs to our Community (IMMF), because, maybe due to a good number of connected risk variables, they form a high risk group of drug use and a potential maladjusted behaviour collective. In this sense, there are not enough empirical studies of risk factors or drug use prevention measures in protected minors. It is urgent to investigate and also adapt the preventive interventions to their characteristics.

Goals

This thesis aims to determine the predictive value of some of the risk factors that maintain a high association with the initiation and maintenance of drug use in children under Network Protection Institutions (IMMF). Specifically, the main goals of the investigation are:

- In the first research, to know the real use of drugs in the teens of the IMMF aged between 12 and 17 years old.

- In the second research, firstly to establish and analyze the different groups between the main drugs they consume, to check the real existence of associations in addictive substances. Secondly to check, analyzing risk factors and preventive interventions, the predictive value of abuse or withdrawal through psychological and social variables (individual,

interpersonal, related to Protection Institutions, scholar and social-community variables).

- Finally, to propose different risk/protection profiles to each of the indicated groups of drugs, focusing in the most relevant factors, that is, the ones that obtain the best predictive value to determine the use or the withdrawal of the studied drugs.

Results

The obtained results point out the widespread use of psychoactive substances in teens assisted by Network Protection Institutions (IMMF). Specifically, and fitting in data from many other studies, the substances with higher incidence in the three studied times (occasionally, last six months and the last month) are alcohol and tobacco. They are followed by cannabis, which has the highest incidence between illegal drugs. After cannabis we have inhalants, cocaine, amphetamines and hallucinogens, heroin, designer drugs and heroin.

In the last month period, 20% of minors drink beer and cocktails weekly and the average age of initiation in alcohol is 13 years old.

56'75 % of survey respondents smoke, and the average age is 12'5 years old. 28'5% of survey respondents consumed cannabis the month before the survey and the average age of initiation in cannabis is 13 years old. 7'9% consume inhalants, followed by 5'6% who consume cocaine, 3'2% amphetamines and hallucinogens and 2'1% designer drugs. The average age in amphetamines is 13'88 years old, in designer drugs is 13'94 years old, in hallucinogens is 13'6 years old and in inhalants is 14'30 years old.

Regarding to gender, female teens have higher rates than men in every studied drug, with the exception of inhalants. In addition, continuity in drug use is increasing in every drug and with higher prevalence in females.

According to the **predictive studies** in drugs use, the relevant data are:

Important **risk factors** for alcohol, tobacco and cannabis consume:

Psychological and affective: affective needs, presence of destructive or loutish behaviour in pubs or sport events.

Risk factors related to the Protection Institution: the sense of integration of the institution in the neighbourhood, and the close relationship with the team of the Institution.

Risk factors related to the availability of drugs and the perception of risk: easy way to get substances such as cannabis and beer and high risk consciousness about health damages of cocaine use.

Risk factors related to the influence of the group: alcohol, tobacco and cannabis use among friends; group pressure to get that the youngest smoke or drink; going to pubs and discotheques; and participate in associations or organized groups to practice leisure activities.

Risk factors related to scholar environment: unjustified absence and good relationship between schoolmates.

On the other hand, important **preventive factors** are:

Psychological and affective: to practice a religion, empathy, and to keep a regular contact with your family.

Factors related to the Protection Institution: minors with a good esteem of the institution and the personal of it, knowing that they can count on their help and respect.

Factors related with drug availability and risk preview: conscience of the risk in cannabis and hallucinogen consume.

Factors related with the influence of the group: leisure activities such as listening to music, reading comics and drawing.

Factors related to scholar environment: teens with a good esteem of the school education for arts area and a good self-appraisal.

There are important **risk factors** related to the predictive use of substances such as **cocaine, amphetamines, hallucinogens, inhalants, and designer drugs**:

Psychological and affective: regular loutish behaviour in teens, such as vandalism on streets, metro or concerts.

Factors related to the availability of drugs and risk perception: easy way to obtain substances such as amphetamines.

Factors related to the influence of the group: regular use of amphetamines and inhalants between friends and going to concerts as their favourite leisure activity.

On the contrary, important **preventive factors** are:

Factors related to the Protective Institution: Clear forbidding of drug use.

Factors related to the availability of drugs and risk perception:
Consciousness of the health risks resulting from regular cocaine consume.

Factors related to scholar environment: Good self-esteem as a student.

Conclusions

The data obtained are similar to the one obtained biannually in school surveys in the Community of Madrid. Data refer to prevalence, differences in gender or age, starting age or continuity in consume. It is difficult a direct comparison, but it is important to point out the differences for every substance and every period analyzed; higher prevalence than in standardized people, being higher in the last month consume, with doubles values in frequency of drug use in attended teens. This could indicate a higher percentage of consumers with a greater consumption risk for the population of reference. It is important to emphasize the different preferences, our sample prefers after alcohol, tobacco and cannabis, instead of cocaine or inhalants. We should highlight that the starting ages are very low, with more than a one percentage point comparing with standardized people.

According to the results obtained, it should be necessary to offer in the preventive programs designed to Protection Institutions, specific information about the different abuse substances. We should do it before taking measures in standardized people, and we should carry out early detection programs of situations in initial starting ages, to deal with before they become habitual consume habits. It is also important to get ready detoxification treatments adapted to teens, to respond straightaway to early detection of addiction of substances, such as tobacco.

It should be advisable to review this research and to interview the sample, not only to confirm or refute the thesis, but, knowing the development, to implement, preventive strategies adapted to the results of the subsequent studies.

Our conclusions suggest, firstly, that it is necessary to elaborate preventive programs with different components, including the last progresses about neurological bases in drug use, but also considering other dimensions, that, as verified, explain in greater or lesser extent, both the consumption and non-consumption of drugs in teens. In this line, there are complimentary programs that have recently appeared in Spain, based on scientific evidence, such as the program "Protegiéndote" (Lucas, 2009, 2012).

In this sense, and in order to design specific programs for our sample, it is important to bear in mind that the group have different common characteristics respecting to the standardized group that intensify the risk of drug use. In this way, it would be important to support the development of their psychological and emotional characteristics, identifying those who could be more vulnerable to drug

use (teens seeking emotions or who may have destructive behaviour or vandalism), through monitoring by the professionals of the Protection Institutions (they should have been previously aware and trained to do so) in coordination with schools and health Institutions that, at these ages, have closer contact with children.

They should also focus on the accountability of parents in preventing drug use, seeking as a priority the permanence of children in their original homes, in those cases where it is possible, as it is one of the most consistent protective factors for the onset of drug use in the population of teenagers under protection (Traube et al. 2012). The most effective interventions to prevent drug abuse would be to encourage a real closeness of parents with their children and a good connection with them, to improve monitoring and supervision skills, pointing in the correct direction that other studies in the same field mentioned (Cleveland et al., 2007, Hawkins et al., 2008, Cheng and Lo, 2011) and in normalized population (Clark et al., 2008, Fang et al., 2011, Fletcher et al., 2004; Hemovich et al., 2011, Ryan et al., 2010; Secades et al., 2005).

On the other hand, the importance of variables observed as, for example, the group of friends and the type of activities they perform, noted in other studies with similar population (Thompson and Auslander, 2007; Troube et al., 2012), point to the need of joining efforts to encourage very young teens to consider healthy alternative leisure activities that satisfy their personal needs (search of novelty, curiosity) and to try to find other different sources of gratification (which, for the group of attended teens and based on the results obtained, seem to be more in line with the promotion of personal creativity and the encouragement of the good use of leisure time in a group as well as on their own).

There are variables in which we can influence only partially, such as those related to the availability and the perception of risk. In this sense, the variable that has proved to be protective against illegal drug use has been the existence of clear rules about non-consumption of these. It would be convenient, therefore, to agree and unify criteria, including the following:

- 1.- specific rules prohibiting the use of drugs
- 2.- operating procedures when facing suspicion of drug consumption
- 3.- protocols of precocious detection and early intervention in protection Institutions.

As for the variables related to the school, not discussed so far, it seems clear that for the use of legal drugs and cannabis, skipping school, having a positive assessment of the training received in the field of arts; and for the consumption of legal and illegal drugs, to have a good account of himself as a student, are the

factors that will be associated with drug use, as stated in previous studies conducted on similar population (Tyrone et al., 2011 , Hawkins et al. 2008; Cleveland et al., 2007; Guibord et al., 2011) and it would be good to encourage these kinds of decisions and behaviors that, would also lead to a higher personal and academic self-concept.

Finally, in terms of explicatory value, variables related to the protection Institution, after school variables, are the ones that are rated in the last place. For example, the positive assessment of the center by the child regarding the affective area, the search of instrumental support in the professionals adults of the center and the feeling of emotional closeness with the professionals from the center have turned out to be important protective factors against drug use. Also found in previous studies and repeated many times, is the fact that, the perceived quality of the relationship with the center staff and other professionals protects against drug use and, on the contrary, a bad relationship is seen to be a risk factor (Guibord et al ., 2011; Wall and Kohl, 2007; Troube et al. 2012). In this context, the existence of adults of reference, who are able to provide the love and security that has been denied to these children, seems vital, thus enabling a less likely use of drugs such as tobacco, alcohol or cannabis, in an age in which the influence of authority figures is absolutely necessary.