

**UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**



**TESIS DOCTORAL**

**Efectos de la exposición y calidad de la prevención escolar en  
el consumo de drogas y factores de riesgo de estudiantes de  
secundaria**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR

PRESENTADA POR

Isabel M. Martínez Higuera

Directores

José Antonio López Moreno  
Juan Francisco Díaz Morales

**Madrid, 2012**

**UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID**

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**



**Efectos de la exposición y calidad de la prevención escolar en el consumo  
de drogas y factores de riesgo de estudiantes de secundaria**

**TESIS DOCTORAL**

**Directores:**

**Dr. José Antonio López Moreno**

**Dr. Juan Francisco Díaz Morales**

**Isabel M. Martínez Higuera**

**Madrid 2011**

*“Nuestro conocimiento es necesariamente finito,  
mientras que nuestra ignorancia es necesariamente infinita”*

Karl Popper

La presente Tesis ha sido financiada por la Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid, dentro del Convenio entre la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid y el Departamento de Psicobiología de la Universidad Complutense de Madrid, cuya finalidad es realizar evaluaciones, estudios e informes técnicos de los programas de prevención en drogodependencias.

**DEDICATORIA:**

A Joaquín y María

## AGRADECIMIENTOS

Muchas personas han contribuido a que pueda avanzar en el desarrollo de esta tesis. Una meta inimaginable para mí en el inicio de mi carrera profesional.

En primer lugar, sin lugar a dudas mi familia ha supuesto el soporte fundamental para las muchas horas de trabajo, silencio y ausencias.

A mi hija María que tan solo con su presencia ha dado un nuevo significado a mi vida y un motivo para poner fin al trabajo de muchos años.

A Joaquín, mi pareja, le doy las gracias por el apoyo, el cariño y el amor incondicional que han sido mi alimento en esta última etapa y sin los cuales no hubiese sobrevivido. Hay muchas partes de esta tesis en las que él me ha ayudado en muchas tardes de fines de semana. Cabe destacar su ayuda en el desarrollo del software de uno de los instrumentos de medida que hemos utilizado.

Esta tesis es el resultado del trabajo de mucha gente a la que debo expresar mil palabras de agradecimiento. He descubierto a mi lado muchas personas maravillosas.

En primer lugar quiero recordar al Dr. Miguel Navarro que en paz descanse. Fue quien me invitó a este proyecto. Si no me hubiera llamado a principios de 2007 no habría suscitado en mí el interés por asumir este reto.

Debo agradecer también a mis directores, Dr. José Antonio López Moreno y Dr. Juan Francisco Díaz Morales, el tiempo que me han dispensado, las horas de reflexión que me han hecho tener y su fe en mi trabajo.

A todos los que colaboraron en el trabajo de campo: Cristina, Pedro, Víctor, David, Jaime y Gema. A los profesores que atendieron mis consultas y me apoyaron en diversos aspectos: Dra. M<sup>a</sup> Ángeles Quiroga Estévez, Dr. Juan Fernández, y, en particular, quiero expresar mi agradecimiento a la Dra. Ángeles Rodríguez Arenas que me ha ayudado y animado mucho más allá de lo que la amistad obliga.

Muchos profesionales han resultado indispensables para la recogida de datos que componen este trabajo: los técnicos y responsables de la Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid, los técnicos del CAID de Fuenlabrada, los jefes de estudio y profesores de los distintos centros educativos en los que hemos recogido la información, los alumnos de las aulas que hemos explorado. A todos ellos muchas gracias.

Por último, agradezco a la Agencia Antidroga la financiación de este trabajo.

## INDICE GENERAL

Agradecimientos.....	v
Índice General .....	vii
Índice de Tablas .....	xi
Índice de Figuras .....	xv
Abreviaturas .....	xvii

### PARTE TEÓRICA

---

INTRODUCCIÓN .....	3
<b>CAPÍTULO 1. CONSUMO DE DROGAS .....</b>	<b>9</b>
1.1. Evaluación del consumo de drogas .....	11
1.2. Situación del consumo de drogas en España y en la Comunidad de Madrid .....	18
1.2.1. Consumo de drogas en la población general .....	19
1.2.2. Consumo de drogas en población escolar .....	22
1.3. Teorías relacionadas con el consumo de drogas en adolescentes .....	31
<b>CAPÍTULO 2. FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN RELACIONADOS CON EL CONSUMO DE DROGAS .....</b>	<b>47</b>
2.1. Factores de riesgo y protección: tipos .....	49
2.2. Factores de riesgo y protección promovidos en los programas de prevención de la Comunidad de Madrid .....	52
<b>CAPÍTULO 3. LA PREVENCIÓN ESCOLAR DEL CONSUMO DE DROGAS .....</b>	<b>75</b>
3.1. Los enfoques “ <i>Evidence-based practice</i> ” y <i>Buenas prácticas</i> en prevención .....	80
3.2. Instrumentos y protocolos de la prevención basada en la investigación .....	95
3.3. Prevención escolar sobre drogas en la Comunidad de Madrid .....	107
3.3.1. Programas de prevención escolar promovidos por la Agencia Antidroga..	110
3.3.2. Exposición a la prevención en la Comunidad de Madrid .....	121
<b>CAPÍTULO 4. SÍNTESIS DE LA PARTE TEÓRICA, OBJETIVOS E HIPÓTESIS DE TRABAJO .</b>	<b>127</b>

### PARTE EMPÍRICA

---

INTRODUCCIÓN .....	133
<b>CAPÍTULO 5. MÉTODO .....</b>	<b>137</b>

5.1. Participantes .....	137
5.2. Variables e instrumentos de medida .....	141
5.2.1. Instrumento <i>Evaluación de la Prevención en Alumnos</i> , Preval_A .....	148
5.2.1.1. Escala Empatía .....	149
5.2.1.2. Escala Autocontrol .....	151
5.2.1.3. Escala Autoestima .....	152
5.2.1.4. Escala Asertividad .....	153
5.2.1.5. Escala Habilidades sociales: asertivas, agresivas y pasivas.....	155
5.2.1.6. Escala Habilidades para la toma de decisiones .....	156
5.2.1.7. Escala Habilidades de afrontamiento y solución de problemas ....	156
5.2.1.8. Escala Actitud desfavorable hacia las drogas .....	157
5.2.1.9. Escala Actitud hacia la salud .....	158
5.2.1.10. Escala Información sobre drogas .....	159
5.2.1.11. Escala Ajuste escolar .....	160
5.2.1.12. Escala Actividad de ocio y tiempo libre: uso del tiempo libre y actividades protectoras con la familia .....	161
5.2.1.13. Escala Comunicación familiar .....	162
5.2.1.14. Escala Matutinidad .....	162
5.2.2. Instrumento de <i>Valoración de la Calidad de Programas Preventivos</i> , Preval_Q	163
5.3. Procedimiento y análisis de datos .....	167
5.3.1. Procedimiento de selección de los centros escolares .....	167
5.3.2. Procedimiento de selección de los participantes .....	169
5.3.3. Procedimiento para la recogida de información .....	171
5.3.4. Diseño de investigación .....	174
5.3.5. Análisis de datos .....	175
<b>CAPÍTULO 6. RESULTADOS .....</b>	<b>183</b>
6.1. Propiedades psicométricas de los instrumentos utilizados .....	184
6.1.1. Fiabilidad del Preval_A .....	184
6.1.2. Indicadores de validez del Preval_Q .....	186
6.2. Consumo de drogas: tabaco, alcohol y cannabis .....	190
6.2.1. Diferencias en el consumo de drogas según sexo y edad .....	193
6.2.2. Diferencias en el consumo de drogas según exposición a la prevención ..	199
6.2.3. Consumo de drogas y calidad de la prevención .....	206
6.2.3.1. Análisis de la calidad de la prevención de los centros escolares ...	206
6.2.3.2. Diferencias en el consumo de drogas según la calidad de la prevención .....	214
6.3. Factores de riesgo y protección para el consumo de drogas .....	218
6.3.1. Diferencias en el perfil de riesgo/protección según sexo, edad y exposición a la prevención .....	220
6.3.2. Diferencias en el perfil de riesgo/protección según consumo de drogas y exposición a la prevención .....	231
6.3.2.1. Perfil de factores de riesgo/protección, consumo de tabaco y exposición a la prevención .....	231
6.3.2.2. Perfil de factores de riesgo/protección, consumo de alcohol y exposición a la prevención .....	235

6.3.2.3. Perfil de factores de riesgo/protección, consumo de cannabis y exposición a la prevención .....	242
6.4. Modelos para predecir el consumo de drogas .....	246
6.4.1. Modelo de predicción para el consumo de tabaco .....	247
6.4.2. Modelo de predicción para el consumo de alcohol .....	250
6.4.3. Modelo de predicción para el consumo de cannabis .....	253
<b>CAPÍTULO 7. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES .....</b>	<b>261</b>
7.1. Consumo de drogas en adolescentes .....	262
7.1.1. Consumo de drogas según sexo .....	264
7.1.2. Consumo de drogas según edad .....	268
7.2. Consumo de drogas y exposición a la prevención .....	270
7.3. Consumo de drogas y calidad de la prevención .....	277
7.4. Factores de riesgo y protección para el consumo de drogas en adolescentes ....	281
7.4.1. Factores de riesgo y protección según sexo .....	283
7.4.2. Factores de riesgo y protección según edad .....	285
7.4.3. Factores de riesgo y protección y consumo de tabaco, alcohol y cannabis	288
7.5. Factores de riesgo y protección y exposición a la prevención .....	300
7.6. Predicción del consumo de drogas en adolescentes .....	306
7.7. Limitaciones de la investigación .....	310
7.8. Conclusiones .....	312
7.9. Perspectivas futuras .....	314
<b>REFERENCIAS .....</b>	<b>318</b>
<b>ANEXOS</b>	
Anexo 1. Prevención escolar sobre drogas en la Comunidad de Madrid .....	335
Anexo 2. Preval_A .....	341
Anexo 3. Análisis de la cantidad de exposición a la prevención .....	355
Anexo 4. Preval_Q .....	365
Anexo 5. Tabla resumen de trabajo de campo .....	377

## INDICE DE TABLAS

### CAPÍTULO 1

Tabla 1. Consumo de drogas (en porcentaje) de la población general de 15 a 64 años. Período 2007/08. Datos nacionales y de Madrid.

Tabla 2. Consumo de drogas (en porcentaje) en el último año de la población general española de 15 a 64 años, según sexo. Período 2007/08.

Tabla 3. Consumo de drogas (en porcentaje) en el último mes de la población general española joven (15-34 años) y mayor (35-64 años). Período 2007/08.

Tabla 4. Media de edad del primer consumo de drogas en la población general española de 15 a 64 años. Período 2007/08.

Tabla 5. Consumo de drogas (en porcentaje) de los estudiantes españoles de educación secundaria de 14 a 18 años. 2008.

Tabla 6. Consumo de drogas (en porcentaje) de los estudiantes españoles de educación secundaria de 14 a 18 años, según sexo. 2008.

Tabla 7. Media de edad del primer consumo de drogas de los estudiantes españoles de educación secundaria de 14 a 18 años. 2008.

Tabla 8. Diferencias de consumo de drogas (en porcentaje) experimental de los estudiantes de 14 a 18 años. Comparación datos nacionales y de Madrid, 2006.

### CAPÍTULO 2

Tabla 9. Características de los programas de prevención escolar de la Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid.

Tabla 10. Factores de riesgo y protección de los programas escolares de prevención de la Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid

### CAPÍTULO 3

Tabla 11. Componentes de los programas de prevención escolar en España: Porcentaje de programas que incluyen cada componente.

Tabla 12. Estructura de la información sobre programas de prevención recogidos en la base de datos del Sistema de Información IDEA-Prevención.

Tabla 13. Alcance de la prevención escolar sobre drogas realizada en la Comunidad de Madrid en 2006.

Tabla 14. Cantidad de prevención escolar realizada en los municipios de mayor tamaño de la Comunidad de Madrid en el período 1998-2005.

Tabla 15. Cantidad de prevención escolar sobre drogas realizada en Fuenlabrada entre 1999 y 2006: centros escolares y alumnos participantes por cada programa.

### CAPÍTULO 5

Tabla 16. Frecuencia y porcentaje de adolescentes según edad.

Tabla 17. Frecuencia y porcentaje de adolescentes según centro educativo y tipo de centro.

Tabla 18. Frecuencia y porcentaje de adolescentes según el tiempo viviendo en Fuenlabrada.

Tabla 19. Frecuencia y porcentaje de adolescentes según el curso desde el que está en el centro educativo actual (tiempo de permanencia en el centro).

Tabla 20. Frecuencia y porcentaje de adolescentes según sexo.

Tabla 21. Frecuencia y porcentaje de adolescentes según curso de Educación Secundaria.

Tabla 22. Frecuencia y porcentaje de adolescentes según ciclo de Educación Secundaria.

Tabla 23. Frecuencia y porcentaje de adolescentes según curso y sexo.

Tabla 24. Descripción de las variables referidas a los factores de riesgo y protección.

Tabla 25. Estructura del Cuestionario de Evaluación de la Prevención en Alumno, Preval\_A.

Tabla 26. Estructura del instrumento Preval\_Q: Valoración para la Calidad de Programas de Prevención

Tabla 27. Centros escolares de Fuenlabrada propuestos por el CAID de referencia con diferentes intensidades de prevención escolar.

Tabla 28. Cantidad de prevención en los centros escolares de Fuenlabrada propuestos por el CAID, según alta y baja exposición a la prevención.

Tabla 29. Centros educativos participantes en el estudio según su exposición a la prevención.

Tabla 30. Participantes en el estudio (aulas y alumnos) respecto a los alumnos y aulas reales.

Tabla 31. Resumen de los componentes metodológicos de la investigación.

## **CAPÍTULO 6**

Tabla 32. Índice de fiabilidad de las escalas del Cuestionario Evaluación de la Prevención en Alumnos, Preval\_A.

Tabla 33. Valoración de programas escolares de prevención con el instrumento “Valoración de la Calidad de Programas de Prevención PREVAL\_Q”.

Tabla 34. Valoración de programas escolares de prevención con la herramienta “Parrilla de Análisis de la Calidad de Programas de Prevención Escolar” del Plan Nacional sobre Drogas.

Tabla 35. Comparación de puntuaciones con dos métodos sobre la calidad de los programas de prevención.

Tabla 36. Frecuencia y porcentaje de consumo de tabaco, alcohol y cannabis en adolescentes.

Tabla 37. Frecuencia y porcentaje de consumo vs. no consumo de tabaco, alcohol y cannabis en adolescentes.

Tabla 38. Media de edad de inicio en el consumo de tabaco, alcohol y cannabis de los estudiantes de secundaria.

Tabla 39. Consumo de tabaco, alcohol y cannabis de adolescentes según sexo.

Tabla 40. Consumo de tabaco, alcohol y cannabis de adolescentes según ciclo educativo de secundaria.

Tabla 41. Media de edad en el inicio en el consumo de tabaco, alcohol y cannabis según sexo.

Tabla 42. Consumo de tabaco, alcohol y cannabis de adolescentes según exposición a la prevención.

Tabla 43. Consumo de tabaco, alcohol y cannabis de adolescentes según exposición a la prevención y sexo.

Tabla 44. Consumo de tabaco, alcohol y cannabis según exposición a la prevención en estudiantes de primer y segundo ciclo de secundaria.

Tabla 45. Resultados del análisis de la calidad de la prevención escolar desarrollada en el IES 12 entre los cursos escolares 2005/06 a 2007/08.

Tabla 46. Resultados del análisis de la calidad de la prevención escolar desarrollada en el IES 11 entre los cursos escolares 2005/06 a 2007/08.

Tabla 47. Resultados del análisis de la calidad de la prevención escolar desarrollada en el IES 10 entre los cursos escolares 2005/06 a 2007/08.

Tabla 48. Resultados del análisis de la calidad de la prevención escolar desarrollada en el IES 9 entre los cursos escolares 2005/06 a 2007/08.

Tabla 49. Resultados del análisis de la calidad de la prevención escolar desarrollada en el CC 4 entre los cursos escolares 2005/06 a 2007/08.

Tabla 50. Resultados del análisis de la calidad de la prevención escolar desarrollada en el IES 3 entre los cursos escolares 2005/06 a 2007/08.

Tabla 51. Análisis de calidad según criterios de base en la evidencia de los centros educativos que han desarrollado actividades preventivas durante los cursos escolares 2005/06 a 2007/08.

Tabla 52. Centros educativos participantes en el estudio según su puntuación en calidad (base en la evidencia) y su nivel de exposición a la prevención escolar de drogas.

Tabla 53. Consumo de tabaco, alcohol y cannabis de adolescentes según calidad de la prevención escolar sobre drogas.

Tabla 54. Consumo de tabaco, alcohol y cannabis en adolescentes según calidad de la prevención escolar sobre drogas y sexo.

Tabla 55. Consumo de tabaco, alcohol y cannabis en adolescentes según calidad de la prevención escolar sobre drogas y ciclo educativo/edad

Tabla 56. Estadísticos descriptivos del perfil de riesgo/protección para el consumo de drogas.

Tabla 57. Medias y desviaciones típicas en los factores de riesgo/protección según sexo, exposición a la prevención e interacción sexo y exposición a la prevención

Tabla 58. Diferencias según sexo en el perfil de riesgo/protección para el consumo de drogas

Tabla 59. Medias y desviaciones típicas en los factores de riesgo/protección según ciclo educativo/edad, exposición a la prevención e interacción ciclo educativo y exposición a la prevención

Tabla 60. Diferencias según ciclo educativo/edad en el perfil de riesgo/protección para el consumo de drogas

Tabla 61. Medias y desviaciones típicas en los factores de riesgo/protección según consumo de TABACO, exposición a la prevención e interacción consumo de tabaco y exposición a la prevención

Tabla 62. Diferencias según consumo de tabaco en el perfil de riesgo/protección para el consumo de drogas.

Tabla 63. Media y desviaciones típicas en los factores de riesgo/protección según consumo de ALCOHOL, exposición a la prevención e interacción consumo de alcohol y exposición a la prevención.

Tabla 64. Diferencias según consumo de alcohol en el perfil de riesgo/protección para el consumo de drogas.

Tabla 65. Media y desviaciones típicas en los factores de riesgo/protección según consumo de CANNABIS, exposición a la prevención e interacción consumo de cannabis y exposición a la prevención.

Tabla 66. Diferencias según consumo de cannabis en el perfil de riesgo/protección para el consumo de drogas.

Tabla 67. Resultados regresión logística para el consumo de TABACO de hombres adolescentes,

Tabla 68. Resultados regresión logística para el consumo de TABACO de mujeres adolescentes.

Tabla 69. Resultados regresión logística para el consumo de ALCOHOL de hombres adolescentes.

Tabla 70. Resultados regresión logística para el consumo de ALCOHOL de mujeres adolescentes.

Tabla 71. Resultados regresión logística para el consumo de CANNABIS de hombres adolescentes.

Tabla 72. Resultados regresión logística para el consumo de CANNABIS de mujeres adolescentes.

## **CAPÍTULO 7**

Tabla 73. Porcentaje de estudiantes que consumen drogas alguna vez en la vida en la investigación y en las encuestas sobre uso de drogas ESTUDES nacional y de la Comunidad de Madrid.

Tabla 74. Consumo de drogas “alguna vez en la vida” según sexo en la investigación y en la encuesta nacional ESTUDES: porcentaje de consumidores y diferencias mujer-hombre.

Tabla 75. Resumen de resultados de los análisis de la relación entre consumo de tabaco, alcohol y cannabis y exposición a la prevención (alta vs baja).

Tabla 76. Resumen de resultados de los análisis de la relación entre consumo de drogas tabaco, alcohol y cannabis y Calidad de la prevención (alta vs baja).

Tabla 77. Resumen de los efectos del sexo en el perfil de riesgo/ protección para el consumo de drogas.

Tabla 78. Resumen de los efectos de la edad/ciclo educativo en el perfil de riesgo/protección para el consumo de drogas.

Tabla 79. Resumen de los efectos del consumo de tabaco en el perfil de riesgo/protección para el consumo de drogas.

Tabla 80. Resumen de los efectos del consumo del alcohol en el perfil de riesgo/protección para el consumo de drogas.

Tabla 81. Resumen de los efectos del consumo del cannabis en el perfil de riesgo/protección para el consumo de drogas.

Tabla 82. Resumen de los efectos del consumo del tabaco, alcohol y cannabis en el perfil de riesgo/protección para el consumo de drogas.

Tabla 83. Resumen de los efectos de la exposición a la prevención en el perfil de riesgo/protección para el consumo de drogas.

Tabla 84. Resumen de los efectos de la exposición a la prevención sobre el perfil de riesgo/protección para el consumo de drogas en los análisis según sexo, edad/ciclo educativo y consumo de tabaco, alcohol y cannabis.

Tabla 85. Resumen de resultados de los efectos del sexo, edad, consumo de tabaco, alcohol, cannabis y exposición a la prevención, sobre los factores de riesgo y protección para el consumo de drogas

Tabla 86. Tamaños del efecto ( $\eta^2$ ) de las variables sobre el perfil de riesgo/protección para el consumo de drogas en los análisis MANOVA.

Tabla 87. Variables predictoras del consumo de tabaco, alcohol y cannabis en adolescentes según sexo.

Tabla 88. Índices de riesgo de la edad y el consumo de tabaco para el consumo de drogas en adolescentes según sexo.

## INDICE DE FIGURAS

### CAPÍTULO 1

Figura 1. Evolución de la media de edad para el inicio en el consumo de drogas en la Comunidad de Madrid.

Figura 2. Disponibilidad percibida (en porcentaje) de alguna de las drogas más consumidas por escolares. Comparación entre datos de Comunidad de Madrid y España referidos al 2004 y 2006.

Figura 3. Riesgo percibido (porcentaje de alumnos) asociado al consumo de drogas de los escolares madrileños.

### CAPÍTULO 3

Figura 4. Pirámide de métodos para obtener información técnica de los programas de prevención.

Figura 5. Ciclo de gestión del conocimiento en Promoción de la Salud.

Figura 6. Elementos clave en la estructura de los programas de prevención basados en la evidencia.

### CAPÍTULO 5

Figura 7. Captura de pantalla de la versión electrónica del Instrumento de Valoración para la Calidad de Programas de Prevención, Preval\_Qv.1.

Figura 8. Diagrama del diseño ex post facto retrospectivo adoptado.

### CAPÍTULO 6

Figura 9. Consumo adolescente de tabaco, alcohol y cannabis (porcentajes) según sexo.

Figura 10. Consumo adolescente de tabaco, alcohol y cannabis (porcentajes) según ciclo educativo de secundaria.

Figura 11. Consumo de tabaco, alcohol y cannabis de adolescentes (porcentajes) según curso de educación secundaria.

Figura 12. Consumo de tabaco, alcohol y cannabis de adolescentes (porcentaje) según el grado de exposición a la prevención.

Figura 13. Consumo de tabaco, alcohol y cannabis de adolescentes (porcentaje) y grado de exposición a la prevención según sexo.

Figura 14. Consumo de tabaco, alcohol y cannabis de adolescentes (porcentaje) y grado de exposición a la prevención según ciclo educativo.

Figura 15. Interacción entre el nivel de exposición a la prevención y el sexo en el factor de riesgo *estilo de comunicación pasivo* (Habilidades sociales: pasividad).

Figura 16. Interacción entre el nivel de exposición a la prevención y el sexo en el factor de riesgo *actitud sobre drogas*.

Figura 17. Interacción entre el nivel de exposición a la prevención y el ciclo educativo en el factor de riesgo *Matutinidad* (estilo de activación matutino).

Figura 18. Interacción entre el nivel de exposición a la prevención y el consumo de tabaco en el factor de riesgo *actitud sobre drogas*.

Figura 19. Interacción entre el nivel de exposición a la prevención y el consumo de alcohol en el factor de riesgo *Estilo agresivo de comunicación*.

Figura 20. Interacción entre el nivel de exposición a la prevención y el consumo de alcohol en el factor de riesgo *actitud sobre drogas*.

## ABREVIATURAS

**AGAD:** Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid

**CAID:** Centro de Atención Integral sobre Drogas perteneciente a la red asistencial de la AGAD

**CAPT:** Centers for the Application of Prevention Technologies

**CSAP:** Center for Substance Abuse Prevention

**DGPNSD:** Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas

**DT:** Desviación típica

**EDADES:** Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España

**EDDRA:** Exchange on Drug Demand Reduction Action

**EIB:** Evaluation Instrument Bank

**EMCDDA:** European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction

**EQUIHP:** European Quality Instrument for Health Promotion

**ESTUDES:** Encuesta Estatal sobre uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias

**FAD:** Fundación de Ayuda contra la Drogadicción

**GEP:** Proyecto Europeo Getting Evidence into Practice

**IUHPE:** Unión Internacional para la Promoción y Educación de la Salud

**NIGZ:** Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie (Instituto Holandés para la Promoción de la Salud)

**NREPP:** National Registry of Evidence-based Programs and Practices

**OEDT:** Observatorio Europeo de Drogas y Toxicomanías

**OR:** Odds Ratio de prevalencia

**PCPI:** Programa de capacitación profesional inicial

**PERK:** Prevention and Evaluation Resources Kit

**PPV:** Programa de prevención Prevenir para Vivir

**PREFFI:** Health Promotion Effect Management Instrument

**SAMHSA:** Substance Abuse and Mental Health Services Administration

**IUHPE:** International Union for Health Promotion & Education

## **Parte teórica**



## INTRODUCCIÓN

En los últimos años se ha experimentado un creciente interés por la eficacia de la prevención sobre drogas y por determinar sus efectos en la población destinataria. La mayor parte de este interés se ha concentrado en la prevención escolar, por la importancia que tiene la etapa de la adolescencia en el inicio y desarrollo del consumo de drogas.

Existen diversos estudios que han señalado la importancia de ciertos componentes preventivos sobre otros a la hora de obtener resultados en las conductas de consumo de drogas; entre ellos se encuentran la información sobre drogas, el uso del tiempo libre, las habilidades sociales, el apoyo de iguales, la utilización de dinámicas grupales durante la intervención, etc. (Ennett, Ringwalt, Thorne, Rohrbach, Vincus et al., 2003; Espada, Méndez, Botvin, Kenneth, Orgilés et al., 2002; Tobler, 1986; Tobler, 1992a; Tobler, 1993; Tobler, 1997; Tobler y Stratton, 1997)<sup>1</sup>. También existen estudios de evaluación de múltiples programas de prevención que tratan de reflejar las fortalezas y debilidades de los mismos (Adarne, 2005; Alonso y del Barrio, 1998; Botvin, 1995; Botvin, 1999; Calafat, Amengual, Mejías, Borrás y Palmer, 1989; Carrasco y Luna, 1999; De la Rosa, 1995; Eggert, Thompson, Herting y Nicholas, 1994; Froján y Santacreu, 1994; Goldberg, Elliot, Clarke, MacKinnon y Moe, 1996; Jiménez y Arbex, 2006; Kosterman, Hawkins, Spoth, Haggerty y Zhu, 1997; Luengo, Romero, Gómez, Guerra y Lence, 1999; Melero, Flores y Pérez, 1999; Ringwalt, Pankratz, Gottfredson, Jackson-Newsom, Dusenbury et al., 2009). Sin embargo, no abundan los resultados sobre el efecto de tales programas en contextos específicos. Es decir, son escasos los estudios sobre los resultados de prevención obtenidos por medidas promovidas local e institucionalmente. Tales efectos podrían evaluarse considerando

---

<sup>1</sup> Nota: Se ha seguido el orden alfabético cuando se mencionan múltiples referencias bibliográficas.

el nivel o grado de exposición a la prevención que ha tenido un grupo (clase), centro escolar o localidad. De este modo, podría plantearse cuál es la relación entre los programas de prevención desarrollados en un contexto específico y las conductas de consumo de drogas o factores de riesgo asociados a tales consumos. Este es uno de los aspectos que aborda esta tesis.

Por otra parte, no sólo es de interés el efecto de los programas de prevención (número de programas o grado de exposición a los mismos) sobre la conducta de consumo de drogas, sino también el efecto de la calidad de esos programas sobre los resultados. Este es un ámbito de interés reciente en las instituciones y profesionales de la prevención (Plan Nacional sobre Drogas, 2010).

Esta tesis aborda esos dos aspectos de la prevención: a) la exposición entendida como el número de programas que un alumno/a ha recibido en el contexto escolar, y b) la calidad entendida como el grado en que la intervención incorpora en su aplicación indicadores de eficacia. Estos dos aspectos de la prevención influyen en los factores de riesgo y protección de carácter psicosocial de adolescentes y, consecuentemente, en los consumos de drogas que éstos realizan. Por tanto, la tesis que presentamos pretende estudiar el efecto de la exposición y la calidad sobre los factores que determinan los consumos de drogas, que son abordados por los programas de prevención escolar, y sobre los consumos de alcohol, tabaco y cannabis, las drogas más consumidas por los adolescentes.

La primera parte de esta tesis se centra en revisar la prevención sobre drogas desde una perspectiva teórica, dando soporte a los elementos principales del trabajo desarrollado. Para ello, la revisión se ha organizado en diferentes capítulos. En el Capítulo 1 se analizan los aspectos más relevantes sobre el consumo de drogas: cómo se evalúa (apartado 1.1), cuáles son los niveles oficiales del consumo de drogas (apartado 1.2) y cómo se explica la conducta de consumo de drogas (apartado 1.3).

Ello permite tener datos sobre el contexto de las drogas y las explicaciones teóricas que se manejan para, en la parte empírica, evaluar e interpretar los resultados. En el Capítulo 2 se revisan los factores de riesgo y protección asociados con el consumo de drogas, señalando los que la investigación ha identificado como más importantes (apartado 2.1), identificando aquellos que son estudiados en la fase empírica y revisando sus características principales (apartado 2.2). En el Capítulo 3 se describen los elementos principales que configuran la prevención escolar sobre drogas, incluyendo el enfoque denominado “*evidence-based prevention*” y “buenas prácticas” (apartado 3.1), los instrumentos que promueven estos enfoques (apartado 3.2) y las actividades de prevención escolar que se han desarrollado en los grupos evaluados en esta tesis. Por último, el Capítulo 4 presenta un resumen general de la revisión teórica, estableciendo los objetivos e hipótesis sobre el efecto de la exposición y calidad de la prevención en los factores de riesgo y protección y en la conducta de consumo de drogas.

La segunda parte presenta la investigación realizada en una localidad de la Comunidad de Madrid que ha sido receptora de programas de prevención escolar sobre drogas, la mayoría promovidos por la Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid (en adelante AGAD). Se trata de una investigación realizada en un contexto natural analizada desde un enfoque multivariado (Martínez Arias, 1999; Sánchez-Cánovas y Sánchez, 1999).

En el Capítulo 5 se presenta la metodología utilizada: participantes, variables, instrumentos, diseño y análisis de datos. El Capítulo 6 muestra los resultados relacionados con las características psicométricas de los instrumentos utilizados, el consumo de drogas y los factores de riesgo/protección. El Capítulo 7 discute los resultados dentro del marco teórico descrito en la primera parte (Capítulos 1 a 3) y, finalmente, se presentan las conclusiones de esta tesis.



## **CAPÍTULO 1**

### **CONSUMO DE DROGAS**



Desde mediados de la década de los ochenta del siglo XX, período en el que comenzaron las políticas institucionales sobre drogas en España y su seguimiento, el perfil de las personas que consumen drogas ha experimentado importantes cambios.

En esa época y hasta aproximadamente principios de los noventa, la sustancia psicoactiva que más alarma social causaba y más esfuerzos terapéuticos recibía era la heroína. Las personas usuarias de esta droga presentaban con frecuencia situaciones de marginalidad o riesgo de marginación, acentuada frecuentemente por la comisión de delitos para sufragarse el coste de la heroína. Así mismo, se añadía también a este perfil el padecimiento de patologías infecciosas como consecuencia de las condiciones de uso de la droga, administrada generalmente por vía parenteral y con otras prácticas de riesgo, como la de compartir material de inyección (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 1996; Salvador y Martínez, 2002).

Ciertamente, además del consumo de heroína, los estudios informaban sobre el uso de otras sustancias psicoactivas por parte de la población, como el cannabis y la cocaína, además del alcohol y el tabaco, que son las dos drogas de abuso (sin tener en cuenta la cafeína) más consumidas en nuestro país y que cuentan con una gran aceptación social (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 1996; Plan Nacional sobre Drogas, 2005).

A partir de mediados de los años noventa el perfil de quienes consumían drogas ilegales y las pautas de consumo, experimentaron algunos cambios. De un lado, comenzó a descender el número de nuevos usuarios de heroína, si bien quedó un núcleo de antiguos usuarios que exigían una importante aportación de recursos humanos y económicos para atender a su situación. De otro lado, empezaron a aumentar a lo largo de la década el número de consumidores de cannabis y de cocaína en polvo, tanto en población general como en escolares adolescentes (Plan Nacional

sobre Drogas, 2005; véase también [www.emcdda.europa.eu/publications/country-overviews/es](http://www.emcdda.europa.eu/publications/country-overviews/es)).

En la década de los años noventa apareció 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, así como derivados anfetamínicos más o menos emparentados con esta última sustancia. La asociación de los consumos de estas sustancias a los espacios de ocio se extiende a final de la década de los noventa y principios del 2000 (Calafat, Fernández, Juan y Becoña, 2007; Sumnall, Bellis, Hughes, Calafat, Juan et al., 2010), de forma que se incorpora progresivamente a los estilos de vida de sectores de población vulnerable, en especial adolescentes y jóvenes, que consumen drogas en un marco de *normalización* muy diferente al de los usuarios de heroína de la década anterior. 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.

La situación actual, como se verá más adelante, es que, si bien ya no existe la alarma social que caracterizó la década de los noventa, los consumos de drogas siguen siendo una preocupación en las familias y entornos educativos ya que están presentes en los espacios y actividades de ocio y fines de semana de muchos adolescentes y jóvenes de hoy, produciendo efectos no deseados a nivel escolar (desmotivación y abandono de estudios) y, en algunos casos, facilitando el acceso a la adicción a drogas en etapas posteriores.

En los apartados siguientes se revisarán tres aspectos importantes relacionados con el consumo de drogas: cómo se evalúa, qué consumo existe en la actualidad y qué

marcos teóricos hay para explicar los consumos de drogas, especialmente entre adolescentes. Esta revisión nos va a permitir establecer el marco de referencia para plantear nuestras hipótesis respecto a una de las variables de esta tesis: el consumo de drogas.

### 1.1. EVALUACIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS

La recopilación de información sobre qué consumos de drogas existe es una actividad que se realiza en la mayoría de países del mundo. Cada uno tiene su método si bien actualmente, en especial en el marco Europeo, la recopilación de datos se realiza bajo procedimientos armonizados, promovidos por la agencia *European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction* (en adelante EMCDDA). El EMCDDA, coordina los denominados *Focal Points*, que existen en los 27 países miembros de la Unión Europea más Noruega, los cuales desarrollan una labor de recopilación estandarizada de información sobre distintos indicadores nacionales de drogas. Este procedimiento se conoce con el nombre de *Reitox*, que identifica la red europea de información sobre drogas y adicción a drogas (véase [www.emcdda.europa.eu/about/partners/reitox-network](http://www.emcdda.europa.eu/about/partners/reitox-network)), de la que participa España.

Para estudiar los consumos de drogas y los procedimientos para recopilar esta información hay que referirse a un territorio concreto y, por tanto, nosotros vamos a presentar los procedimientos y los datos referidos a España y a la Comunidad de Madrid, territorio donde se ha desarrollado esta tesis.

El conocimiento y valoración de los usos de drogas que se realizan en España a escala poblacional, se ha realizado a través de un conjunto variado y fiable de sistemas de información e investigaciones que facilitan datos sobre multitud de indicadores relacionados con las drogas y las drogodependencias. Tales indicadores pueden

agruparse en las siguientes áreas (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2002):

- Prevalencia de consumo de las distintas drogas y perfil de los consumidores.
- Actitudes y percepciones de diversos sectores sociales.
- Número y características de las personas en tratamiento o atendidas en servicios de urgencia.
- Morbilidad y mortalidad relacionadas con los consumos de drogas.
- Actuaciones en prevención, asistencia y reinserción social, así como aquellas otras relacionadas con la intervención judicial y policial en el ámbito del control de la oferta.

Cabe destacar en este terreno la realización de dos tipos de encuestas periódicas, que se llevan a cabo por el órgano responsable a escala nacional (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, en adelante DGPNsD) desde mediados de la década de los noventa y que se han potenciado a partir del año 2005:

- a) La *Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España* (EDADES).
- b) La *Encuesta Estatal sobre uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias* (ESTUDES).

La encuesta EDADES es el instrumento que se viene utilizando en España para conocer el alcance del consumo de drogas en la población general, así como algunos factores relacionados con el mismo. Se trata de una encuesta bianual promovida por la DGPNsD, en colaboración con las comunidades autónomas, que se inició en 1995 y cuenta actualmente con resultados de los años 1995, 1997, 1999, 2001, 2003, 2005, 2007 y 2009. Los resultados de estas encuestas permiten conocer la situación y

evolución del consumo de drogas de la población entre 15 y 64 años. Explora el consumo de alcohol, tabaco, tranquilizantes sin receta y drogas psicoactivas de comercio ilegal (cocaína, heroína, éxtasis, etc.), así como las pautas de consumo dominantes, los perfiles sociales de los consumidores, las percepciones sociales ante el problema y las medidas que los encuestados consideran más efectivas para resolverlo. La información se obtiene mediante entrevista personal estandarizada en los hogares de los participantes seleccionados por muestreo al azar.

La encuesta ESTUDES explora el consumo escolar de distintas drogas a escala poblacional en España. Se trata de un programa de encuestas bianual promovido por la DGPNsD en colaboración con las comunidades autónomas (planes autonómicos de drogas y consejerías de educación) y con el Ministerio de Educación y Ciencia. Se inició en 1994 y hasta la fecha se disponen de 8 evaluaciones bianuales: 1994, 1996, 1998, 2000, 2002, 2004, 2006 y 2008. ESTUDES está dirigida a estudiantes de 14 a 18 años que cursan educación secundaria. Su objetivo es conocer la situación y evolución del consumo de drogas entre los adolescentes con el fin de obtener información útil para diseñar y evaluar las políticas dirigidas a prevenir el consumo y los problemas relacionados con las drogas. Además de la prevalencia de consumo de las distintas drogas, la encuesta recoge datos sobre el perfil social de consumidores y no consumidores, pautas de consumo relevantes y algunos factores de riesgo y protección para el consumo de drogas: opiniones, conocimientos, percepciones, actitudes, disponibilidad y riesgo percibido, entre otros. La información se obtiene mediante una encuesta auto-administrada al alumnado de las aulas seleccionadas de forma aleatoria (véase [www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/home.htm](http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/home.htm) para consultar los aspectos metodológicos).

Además de éstas series de encuestas epidemiológicas nacionales, en los últimos años se han llevado a cabo otras encuestas dirigidas a personas admitidas a

tratamiento por heroína o cocaína, así como a internos en instituciones penitenciarias. En la misma línea, algunas Comunidades Autónomas tienen sus versiones regionales de las encuestas EDADES y ESTUDES para conocer la situación respecto al consumo de drogas de su población; por ejemplo la *Encuesta Vasca sobre Drogodependencias* del Observatorio Vasco y la *Encuesta sobre Drogas de Galicia* del Comisionado del Plan de Galicia sobre Drogas (véase [www.sergas.es](http://www.sergas.es) y [www.drogomedia.com](http://www.drogomedia.com)).

Periódicamente, los administradores de estas series de encuestas introducen aspectos novedosos, en función de necesidades sociales puntuales; por ejemplo, en EDADES 2007 se introdujo un módulo específico para estudiar el consumo de drogas y sus implicaciones en el medio laboral y en ESTUDES 2006 se incluyó un cuestionario para conocer el consumo problemático de cannabis (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2008).

Tanto ESTUDES como EDADES utilizan métodos que son comparables a escala internacional por lo que, además de facilitar el seguimiento de la evolución temporal de sus indicadores principales desde un marco nacional, también se pueden analizar en comparación con los de otros países de nuestro entorno (véase [www.emcdda.europa.eu/data](http://www.emcdda.europa.eu/data)).

Entre las fuentes más importantes que proporcionan información distinta de la escala nacional hay que señalar en primer lugar los planes autonómicos de drogas, como se ha indicado antes. Así mismo, también aportan datos diversos departamentos y órganos ministeriales, las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado y la Fiscalía Especial Antidroga. De forma creciente, algunas Administraciones Locales y la Federación Española de Municipios y Provincias están aportando información valiosa en este ámbito (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2009).

Además de los instrumentos institucionales para conocer la situación con respecto al consumo de drogas a escala poblacional, existen otros métodos y fuentes

de información. Por una parte, distintos investigadores y técnicos del ámbito de la prevención sobre drogas han adaptado o desarrollado sus propias escalas o sub-escalas para explorar el consumo de los adolescentes en el marco de estudios de evaluación de la eficacia de los programas de prevención (Adarne, 2005; Alonso y del Barrio, 1998; Carrasco y Luna, 1999; Jiménez y Arbex, 2006; Luengo et al., 1999; Maciá, 1995; Melero et al., 1999). La mayoría de ellos utilizan indicadores de frecuencia de consumo de las distintas drogas a lo largo de toda la vida, en el último mes y en la última semana. Igualmente valoran la cantidad de consumo, generalmente cuando exploran el consumo del tabaco y del alcohol (por ejemplo, número de cigarrillos fumados por día o por semana, y número de bebidas alcohólicas y tipo consumidas por semana). Por último, también se suele explorar la edad de inicio en el consumo de cada una de las sustancias exploradas (generalmente, tabaco, alcohol y cannabis). Los indicadores cualitativos generalmente son valorados con escalas tipo Likert, frecuentemente de 5 puntos. Por ejemplo, para el caso de la frecuencia de consumo utilizan los puntos *nunca consumí, lo he probado, consumo algunas veces, con frecuencia* (mensual, semanal), *diariamente*. Los indicadores cuantitativos, como es la edad de inicio, se suelen recoger en años concretos o en rango de edad. Respecto a la cantidad de consumo la información se suele recoger en unidades de consumo; por ejemplo, nº de vasos de determinada bebida alcohólica.

Por su parte, el Observatorio Europeo de Drogas y Toxicomanías (en adelante OEDT) dispone en internet de una base de datos actualizada periódicamente, conocida con el nombre de *Evaluation Instrument Bank* (en adelante EIB) (véase [www.emcdda.europa.eu/eib](http://www.emcdda.europa.eu/eib)). Este banco de instrumentos para la evaluación recopila y hace accesible a investigadores y técnicos un número amplio de escalas básicas (*core scales*) y cuestionarios en diferentes lenguas, procedentes de la investigación, que

sirven para medir distintos indicadores de prevención y de tratamiento sobre drogas, entre ellos el consumo de drogas de los jóvenes. Estos instrumentos son:

1) *Adolescent Drinking Index (ADI)*, instrumento diseñado y revisado por Harrell y Wirtz (1989).

2) *Drug and Alcohol Problem (DAP), Quick Screen*, cuestionario elaborado por Schwartz y Wirtz (1990), en fase de validación en diferentes poblaciones (González, Fernández y Secades, 2004).

3) *Adolescent Drug Involvement Scale (ADIS)*, instrumento de filtraje e investigación elaborado por Paul Moberg (1983).

4) *Drug Use Screening Inventory-Revised (DUSI-R)*, autoinforme diseñado por Kirisci, Mezzich y Tarter (1995).

5) *Personal Experience Screening Questionnaire (PESQ)*, cuestionario para el cribado de problemas psicosociales relacionados con las drogas de Winters (1992).

6) *Problem Oriented Screening Instrument for Teenagers (POSIT)*, cuestionario elaborado por el *National Institute on Drug Abuse (NIDA)*. Latimer, Winters y Stinchfield (1997) y Santisteban, Tejada, Dominicis y Szapocznik (1999) han estudiado sus características psicométricas.

7) *Teen Addiction Severity Index (T-ASI)*, entrevista estructurada con diversos estudios sobre sus características psicométricas (Kaminer, Buckstein y Tarter, 1991; Kaminer, Wagner, Plummer y Seifer, 1993).

8) *Adolescent Drug Abuse Diagnosis (ADAD)*, entrevista estructurada propuesta por Friedman y Utada (1989).

9) *Adolescent Diagnostic Interview (ADI)*, entrevista estructurada diseñada para evaluar los criterios de trastorno por uso de drogas entre adolescentes según el DSM-III-R y DSM-IV (Winters y Henly, 1993).

10) *Adolescent Self-Assessment Profile (ASAP)*, instrumento que puede ser utilizado como cuestionario autoaplicado o entrevista estructurada. Cuenta con indicadores sobre sus propiedades psicométricas (Leccese y Waldron, 1994).

11) *Personal Experience Inventory (PEI)*, cuestionario autoaplicado elaborado por Winters y Henly (1989).

12) *Cuestionario de Consumo de Drogas (CCD)*, sub-escala del cuestionario para la evaluación del programa de prevención *Construyendo Salud* de Luengo et al. (1999).

En resumen, esta revisión sobre los instrumentos para la evaluación del consumo de drogas pone en evidencia que se cuenta con instrumentos fiables y comparables internacionalmente para conocer el alcance de los consumos de la población, que son una información necesaria para la puesta en marcha y valoración de las actividades de prevención. Igualmente, se dispone de instrumentos en formato de cuestionarios o entrevistas estructuradas para la exploración individual o de grupos con amplio apoyo en la investigación. Los auto-informes sobre consumo de drogas permiten explorar los consumos de drogas con suficientes garantías en cuanto a su fiabilidad y validez (Moncada y Pérez, 2001; Zaldivar, García, Flores, Sánchez, López et al., 2009).

Para los objetivos de nuestra tesis, la encuesta EDADES y sus datos referidos a Madrid han sido la fuente principal de información para contrastar nuestros resultados referidos al consumo de drogas. Los cuestionarios recogidos por el EIB, en especial el de Luengo et al. (1999), ha sido nuestra elección a la hora de explorar los consumos de drogas de los participante.

## 1.2. SITUACIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS EN ESPAÑA Y EN LA COMUNIDAD DE MADRID

La estimación de la cantidad y forma de consumo de drogas que realizan distintos grupos de personas y los problemas asociados a éstos, permite orientar las actuaciones sobre drogas y evaluar los resultados de las mismas.

Los datos globales más recientes disponibles a escala nacional a la hora de la redacción de este apartado, que incluyen análisis por Comunidades Autónomas, se presentan en el *Informe 2007 del Observatorio Español sobre Drogas* (Plan Nacional sobre Drogas, 2008). De ellos, destacamos aquellos relacionados tanto con la evolución del consumo, como de algunos problemas asociados al mismo:

- 1) Descenso del consumo de tabaco en población general.
- 2) Descenso, en población general, de la proporción de consumidores de bebidas alcohólicas, aunque ha aumentado la frecuencia de episodios de consumo intensivo (borracheras).
- 3) Disminución progresiva, desde hace varios años, del número de personas que consumen drogas por vía inyectada.
- 4) Descenso lento de la mortalidad directamente relacionada con drogas ilegales.
- 5) Gran alcance de la infección por VIH y virus de la hepatitis entre quienes usan drogas por vía inyectada, aunque ha disminuido progresivamente el número de nuevos diagnósticos de VIH en esta población.
- 6) Estabilización del consumo de heroína, tras muchos años de descenso.
- 7) Estabilización del consumo de cocaína y cannabis en población general, tras muchos años de aumento.

Estos resultados globales parecen indicar variaciones en los consumos de drogas de la población española, pero es necesario, sin embargo, ser más preciso a la hora de plantear y valorar medidas preventivas. Para ello, hay que recurrir a las dos series de estudios que se realizan a escala nacional sobre el estado de las cuestiones relacionadas con el consumo de las distintas sustancias disponibles y que presentamos a continuación.

### **1.2.1. Consumo de drogas en la población general**

Los datos disponibles a la fecha de esta investigación de la encuesta institucional y nacional EDADES (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2008) indican que las sustancias más consumidas por los españoles son el alcohol, el tabaco, los hipnosedantes y tranquilizantes, entre las legales, y el cannabis y la cocaína entre las ilegales. Este patrón es similar en todas las Comunidades Autónomas, entre ellas Madrid, aunque los consumos de los madrileños de 15 a 64 años parecen estar ligeramente por debajo de los datos nacionales respecto a la mayoría de sustancias estudiadas (Madrid Salud, 2009). En la Tabla 1 se recoge esta situación respecto al consumo de las distintas drogas.

Tabla 1

*Consumo de drogas (en porcentaje) de la población general de 15 a 64 años. Período 2007/08. Datos nacionales y de Madrid*

SUSTANCIAS	CONSUMO ALGUNA VEZ		CONSUMO ÚLTIMO AÑO		CONSUMO ÚLTIMO MES		CONSUMO DIARIO	
	España	Cdad. Madrid	España	Cdad. Madrid	España	Cdad. Madrid	España	Cdad. Madrid
Tabaco	68.5	57.9	41.7	40.9	38.8	37.7	29.6	24.5
Alcohol	88.0	76.4	72.9	63.8	60.0	53.0	10.2	4.7
Cannabis	27.3	21.2	10.1	10.6	7.2	7.7	1.6	0.8
Éxtasis	4.3	3.1	1.1	1.0	0.4	0.2	--	--
Alucinógenos	3.8	2.8	0.6	0.5	0.2	0.0	--	--
Anfetaminas	3.8	2.7	0.9	0.9	0.3	0.2	--	--
Cocaína en polvo	8.0	6.8	3.0	3.0	1.6	1.7	--	--
Cocaína base	1.8	--	0.5	--	0.3	--	--	--
Heroína	0.8	0.6	0.1	0.0	0,0	0.0	--	--
Volátiles	1.1	0.6	0.1	0.1	0.0	0.0	--	--
Tranquilizantes	13.0	3.7	6.9	2.1	4.7	1.5	2.6	0.4
Somníferos	6.0	2.3	3.8	1.5	2.5	1.1	1.1	0.3

Según género, las mujeres españolas consumen menos sustancias psicoactivas que los hombres, salvo los hipnosedantes (somníferos) y tranquilizantes, con y sin receta médica (Tabla 2).

Tabla 2

*Consumo de drogas (en porcentaje) en el último año de la población general española de 15 a 64 años, según sexo. Período 2007/08*

SUSTANCIAS	HOMBRES	MUJERES
Tabaco	46.0	37.6
Alcohol	80.4	66.4
Cannabis	13.6	6.6
Éxtasis	1.6	0.5
Alucinógenos	0.9	0.3
Anfetaminas/espíd	1.3	0.3
Cocaína en polvo	4.4	1.5
Cocaína base	0.7	0.1
Heroína	0.1	0.0
Volátiles	0.3	0.1
Tranquilizantes	4.7	9.1
Somníferos	2.8	4.3

Fuente: Informe EDADES 2007/8 de la DGPNSD.

Respecto a la edad, la encuesta EDADES agrupa los resultados en población joven (15 a 34 años) y población mayor (35 a 64 años). Los españoles más jóvenes parecen consumir con más frecuencia todas las sustancias psicoactivas, salvo los tranquilizantes e hipnosedantes (somníferos), más frecuentes en mayores. En el consumo de los más jóvenes destacan el alcohol y el tabaco entre las sustancias legales y el cannabis entre las ilegales y, a mucha distancia, se sitúan el consumo de cocaína y los tranquilizantes (Tabla 3).

Tabla 3

*Consumo de drogas (en porcentaje) en el último mes de la población general española joven (15-34 años) y mayor (35-64 años). Período 2007/08*

SUSTANCIAS	JÓVENES (15-34 AÑOS)	MAYORES (35-64 AÑOS)
Tabaco	42.2	36.3
Alcohol	61.7	59.4
Cannabis	13.5	2.8
Éxtasis	0.8	0.2
Alucinógenos	0.2	0.0
Anfetaminas/espí	0.5	0.1
Cocaína en polvo	2.9	0.7
Cocaína base	0.4	0.2
Heroína	0.1	0.0
Volátiles	0.0	0.0
Tranquilizantes	2.5	6.2
Somníferos	1.0	3.6

Fuente: Informe EDADES 2007/8 de la DGPNsD.

La media de edad de inicio del consumo de las distintas drogas es una variable importante desde un punto de vista preventivo y de previsión de problemas asociados, dado que a mayor juventud mayor riesgo de establecerse una adicción a esa sustancia y al consumo concomitante de otras. La Tabla 4 muestra que en población general, se inicia el consumo de drogas legales e ilegales entre los 16 y 29 años. Los 16 años es la edad promedio de primer contacto para el tabaco y el alcohol, los 18 para el cannabis y los 29 años para los tranquilizantes sin receta médica.

Tabla 4

*Media de edad del primer consumo de drogas en la población general española de 15 a 64 años. Período 2007/08*

SUSTANCIAS	EDAD PRIMERA VEZ QUE SE REALIZA EL CONSUMO
Tabaco	16.5
Bebidas alcohólicas	16.8
Cannabis	18.6
Cocaína en polvo	20.9
Heroína	21.7
Anfetaminas	19.7
Alucinógenos	19.9
Volátiles	19.7
Cocaína base	21.4
Éxtasis	20.8
Hipnosedantes (*)	22.8
Hipnosedantes sin receta (*)	29.1

*Nota. (\*) Tranquilizantes y/o somníferos. Fuente: Informe EDADES 2007/8 de la DGPNsD.*

En resumen, el perfil de consumo de drogas de la población general que muestran los estudios nacionales señala cuáles son las sustancias a las que hay que dirigir los esfuerzos de prevención: alcohol, tabaco, cannabis, tranquilizantes y cocaína. Indican también diferencias de perfil en cuanto al sexo y la edad en estos consumos, así como las edades críticas donde es más probable que las personas se inicien en este comportamiento. Estos aspectos son cruciales para sustentar estudios y evaluaciones de intervenciones cuyo objetivo sea cambiar los patrones de consumo de los grupos destinatarios.

### 1.2.2. Consumo de drogas en población escolar

Cuando el trabajo sobre drogas se quiera dirigir a los más jóvenes, es preferible sustentar las actuaciones en las características del consumo adolescente.

De acuerdo con los últimos datos disponibles a la fecha de la redacción de esta tesis, la encuesta nacional ESTUDES (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2009) señala que las drogas más consumidas por los estudiantes de 14 a

18 años sigue siendo, como en años anteriores, el alcohol, el tabaco, el cannabis y los tranquilizantes o pastillas para dormir.

El 81.2% de los adolescentes había tomado bebidas alcohólicas *alguna vez en la vida*, un 44.6% tabaco, un 35.2% cannabis y un 17.3% tranquilizantes o pastillas para dormir. La proporción de consumidores de estas sustancias en los 30 días previos a la encuesta fue de 58.5% para alcohol, 32.4% para tabaco, 20.1% para cannabis y 5.1% para tranquilizantes o pastillas para dormir.

El consumo del resto de sustancias es mucho menor, situándose entre el 1% y el 6% la proporción de estudiantes que las habían probado alguna vez y entre el 0.5% y el 2% la proporción de consumo en los 30 días previos a la encuesta, lo que se denomina *consumo actual* (Tabla 5).

Tabla 5

*Consumo de drogas (en porcentaje) de los estudiantes españoles de educación secundaria de 14 a 18 años. 2008*

SUSTANCIAS	ALGUNA VEZ	ÚLTIMO AÑO	ÚLTIMO MES O ACTUAL
Tabaco	44.6	38.1	32.4
Alcohol	81.2	72.9	58.5
Cannabis	35.2	30.5	20.1
Cocaína	5.1	3.6	2.0
Éxtasis	2.7	1.9	1.1
Anfetaminas	3.6	2.5	1.2
Alucinógenos	4.1	2.7	1.2
Sustancias volátiles	2.7	1.6	0.9
Tranquilizantes o pastillas dormir	17.3	10.1	5.1
Tranquilizantes o pastillas dormir sin receta	9.4	5.7	2.9
Heroína	0.9	0.7	0.6

Fuente: Informe ESTUDES 2008 de la DGPNsD.

El consumo de drogas de los estudiantes españoles de 14 a 18 años presenta una situación distinta según el sexo en las encuestas nacionales (Tabla 6). En 2008 los chicos consumían en mayor proporción todas las drogas ilegales, mientras que el

consumo de tabaco y tranquilizantes o pastillas para dormir estaba más extendido entre las chicas (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2009). Estas diferencias individuales en el perfil respecto al consumo de sustancias es un hecho relevante para la puesta en marcha de programas de prevención escolar, que no suele tenerse en cuenta en la práctica preventiva (Martínez Higuera, 2007).

Tabla 6

*Consumo de drogas (en porcentaje) de los estudiantes españoles de educación secundaria de 14 a 18 años, según sexo. 2008*

SUSTANCIAS	CONSUMO ALGUNA VEZ		CONSUMO ÚLTIMO AÑO		CONSUMO ÚLTIMO MES	
	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES
Tabaco	42.2	47.0	36.0	40.1	30.9	33.8
Alcohol	80.8	81.7	71.5	74.2	57.7	59.4
Tranquilizantes	14.2	20.4	8.1	12.1	4.0	6.1
Tranquilizantes sin receta	7.7	11.0	4.6	6.8	2.4	3.3
Cannabis	37.8	32.8	33.5	27.5	23.0	17.2
Éxtasis	3.5	2.0	2.6	1.3	1.5	0.6
Alucinógenos	5.6	2.6	3.9	1,7	1.7	0.7
Anfetaminas	4.5	2.7	3.2	1.8	1.5	0.8
Cocaína	6.3	3.8	4.9	2.4	2.7	1.2
Heroína	1.4	0.4	1.1	0.4	0.8	0.3
Volátiles	3.6	1.8	2.3	1.0	1.4	0.5

*Fuente:* Informe ESTUDES 2008 de la DGPNsD.

La edad de primer contacto con las distintas sustancias psicoactivas es considerada como un importante factor de riesgo para el consumo de drogas (Becoña, 2003) de tal manera que, cuanto más temprano se inicie la persona en el consumo de una sustancia psicoactiva, más probabilidad hay de que continúe en ese consumo, experimente con otras sustancias y pueda llegar a tener una adicción (Kandel, 1982).

Los estudiantes españoles de 14 a 18 años comienzan a consumir drogas a una edad temprana. En 2008, las sustancias de abuso que se empezaban a consumir más precozmente eran el tabaco, las sustancias volátiles y el alcohol, cuyas edades promedio de inicio se situaron entre los 13 y los 14 años. La proporción de

consumidores aumenta progresivamente con la edad, alcanzando su máximo entre los estudiantes de 18 años. La mayor extensión del consumo de alcohol y cannabis se produce entre los 14 y 15 años, mientras que la de cocaína se produce entre los 17 y 18 años (Tabla 7).

Tabla 7

*Media de edad del primer consumo de drogas de los estudiantes españoles de educación secundaria de 14 a 18 años. 2008*

SUSTANCIAS	EDAD PRIMERA VEZ QUE SE REALIZA EL CONSUMO
Tabaco	13.3
Tabaco: consumo diario	14.3
Bebidas alcohólicas	13.8
Bebidas alcohólicas: consumo diario	15.0
Tranquilizantes o somníferos con o sin receta	14.3
Cannabis	14.6
Cocaína	15.3
Heroína	14.3
Anfetaminas	15.2
Alucinógenos	15.5
Inhalantes volátiles	13.8
Éxtasis	15.2

*Fuente:* Informe ESTUDES 2008 de la DGPNsD.

Respecto a la región de Madrid, los últimos datos disponibles hasta la fecha sobre consumo escolar de drogas se refieren a 2006 (Observatorio Drogodependencias, 2007), siendo muy similares a los datos nacionales en cuanto a prevalencia global en escolares. Es decir, los estudiantes madrileños consumen fundamentalmente alcohol, tabaco y cannabis. Comparando Madrid con los datos nacionales (Tabla 8), los adolescentes madrileños escolarizados consumen en menor medida que la población general española todas las drogas, salvo el tabaco.

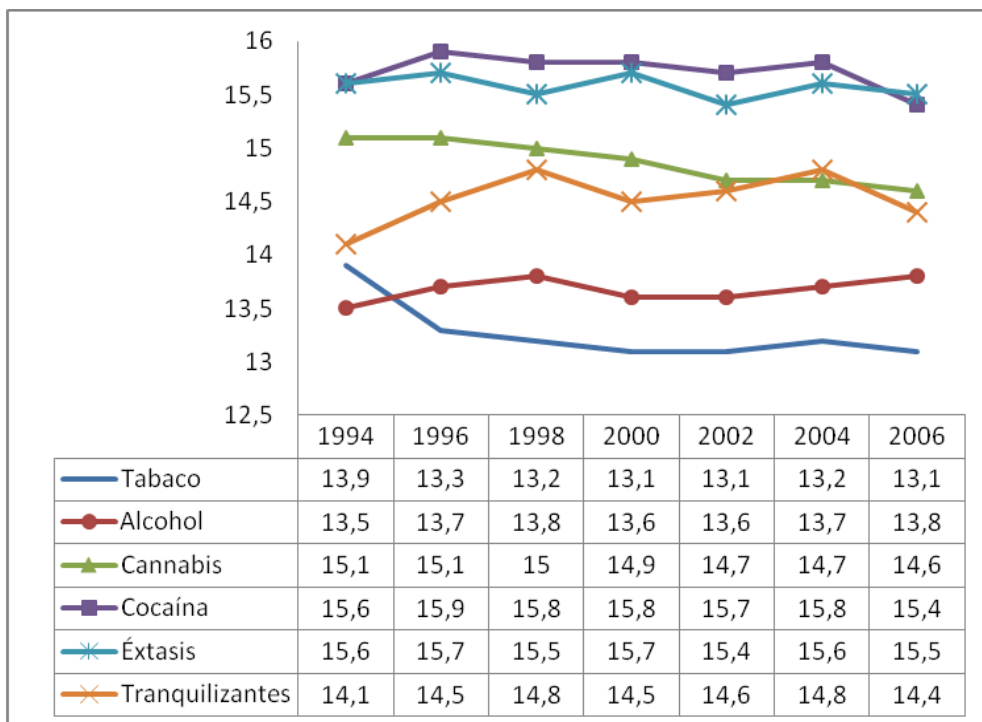
Tabla 8

*Diferencias de consumo de drogas (en porcentaje) experimental de los estudiantes de 14 a 18 años. Comparación datos nacionales y de Madrid, 2006*

SUSTANCIAS	ESPAÑA	COMUNIDAD DE MADRID	DIFERENCIA
Tabaco	46.1	46.8	+ 0.7
Alcohol	79.6	75.9	- 3.7
Cannabis	36.2	34.1	- 2.1
Cocaína	5.7	4.7	- 1.0
Éxtasis	3.3	3.0	- 0.3
Anfetaminas	3.4	3.3	- 0.1
Alucinógenos	4.1	3.5	- 0.6
Sustancias volátiles	3.0	2.3	- 0.7
Tranquilizantes	7.6	7.5	- 0.1
Heroína	1.0	0.8	- 0.2

*Fuente:* Informe 2007 del Observatorio Español de Drogas y Encuesta sobre Drogas a la Población Escolar de Madrid año 2006 del Observatorio Drogodependencias.

La evolución en la región de Madrid, según los datos oficiales, de la edad de inicio al consumo de las distintas drogas se presenta en la Figura 1. Destaca que, para el tabaco, ésta ha descendido desde 1994 casi 1 año. En cambio para el alcohol ha subido en el mismo período 3 décimas. Los tranquilizantes se comienzan a consumir alrededor de los 14 años. Con respecto a las drogas ilegales, en 2006 se observa que los jóvenes de Madrid se inician en el consumo de cannabis a los 14.5 años y esta edad ha descendido desde 1994, cuando estaba en algo más de 15 años. Para el resto de sustancias de abuso (cocaína y éxtasis), el inicio del consumo se sitúa en los 15 años, similar a lo que muestran los estudios de carácter nacional en escolares (Agencia Antidroga, 2006a).



Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta sobre Drogas a la Población Escolar de Madrid, Año 2006.

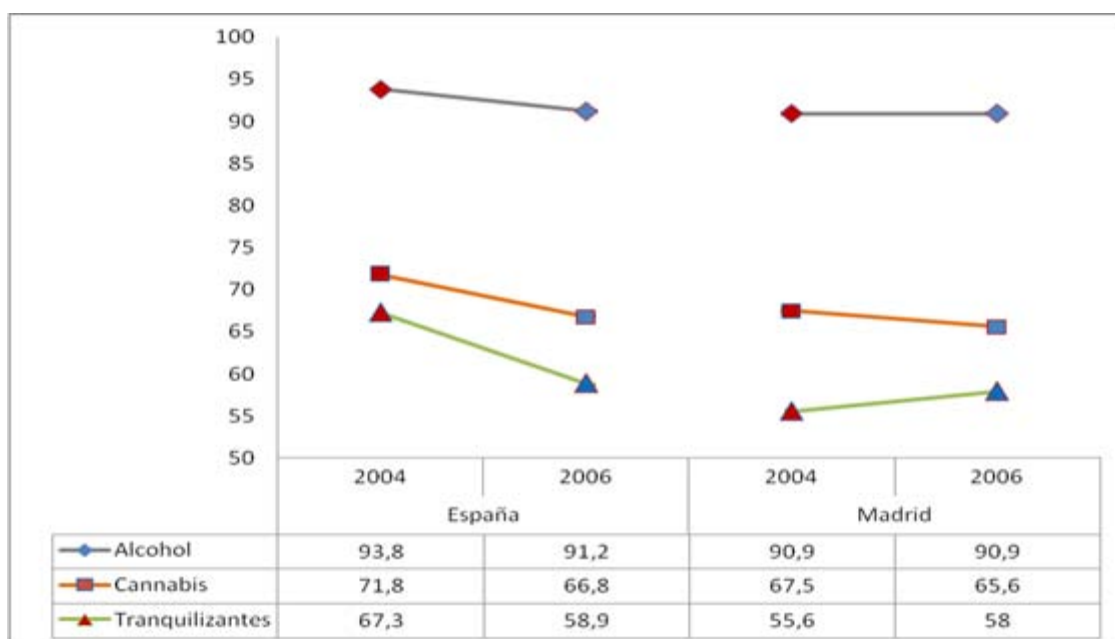
Figura 1

*Evolución de la media de edad para el inicio en el consumo de drogas en la Comunidad de Madrid*

Junto con la edad de inicio en el consumo de drogas, uno de los indicadores importantes para la prevención es la *disponibilidad percibida* que se refiere al grado de facilidad/dificultad que una persona piensa que existe para conseguir u obtener las distintas drogas. Es un factor de riesgo para el consumo de drogas, de forma que las sustancias que se piensan que están más disponibles suelen ser las más consumidas y viceversa (Becoña, 2003).

En la Figura 2 se presentan los datos sobre alcohol, cannabis y tranquilizantes que son, junto con el tabaco, las drogas más consumidas por los adolescentes de Madrid, comparándolos con la situación que reflejan los datos nacionales. Se observa una disminución, entre 2004 y 2006 a escala nacional y autonómica, de estudiantes que piensan que les es fácil o muy fácil conseguir el cannabis. Por otro lado, en la Comunidad de Madrid parece haber un incremento de los estudiantes que consideran

fácil conseguir tranquilizantes. Mientras que no se observan cambios sobre la percepción de la disponibilidad de alcohol, que es muy alta. Sobre el resto de sustancias, menos del 40% de los estudiantes perciben facilidad para conseguirlas, tanto a escala nacional como en nuestra región (Observatorio Drogodependencias, 2007).



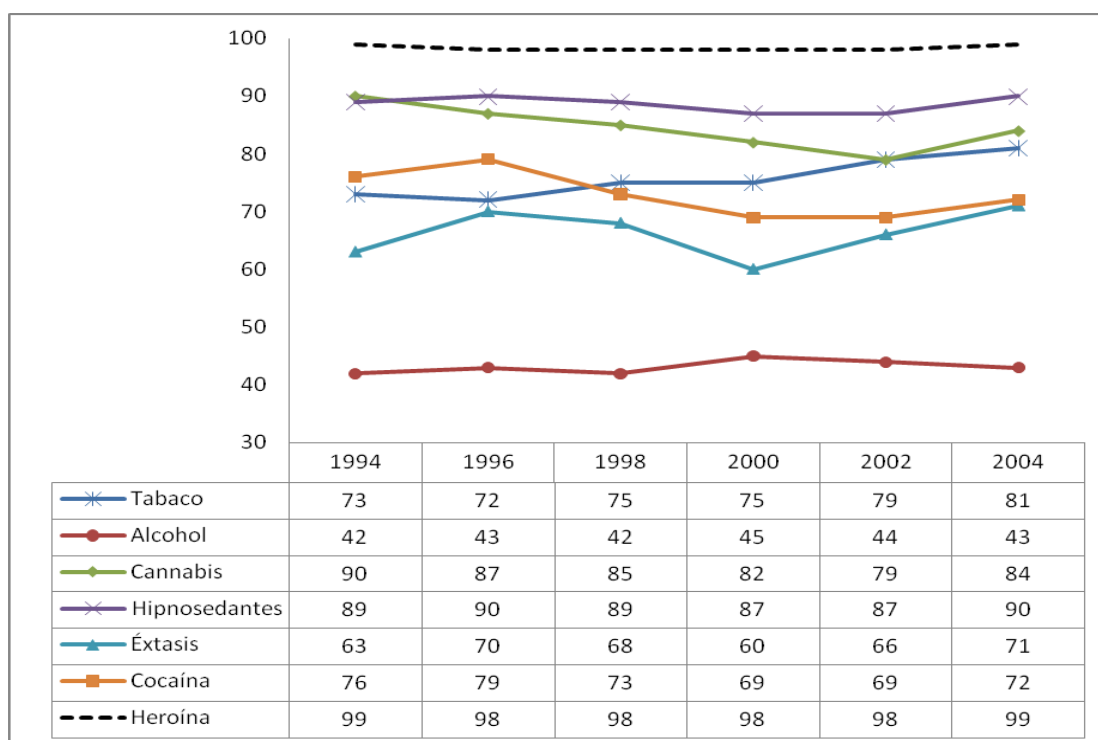
Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta sobre Drogas a la Población Escolar de Madrid, Año 2006.

Figura 2

*Disponibilidad percibida (en porcentaje) de alguna de las drogas más consumidas por escolares. Comparación entre datos de Comunidad de Madrid y España referidos al 2004 y 2006*

El *riesgo percibido* es otro importante indicador de prevención que se recoge en las encuestas escolares sobre drogas y que está relacionado con la evolución presente o futura del consumo de las distintas drogas (Becoña, 2003). Conforme aumenta el riesgo percibido ante el consumo de una droga determinada, tiende a disminuir la extensión o la intensidad de su consumo. En la Figura 3 se puede observar la evolución de la percepción de riesgo para cada sustancia en estudiantes de la Comunidad de Madrid entre 1994 y 2004 (Agencia Antidroga, 2006a).

Los adolescentes madrileños perciben que la heroína es la sustancia de mayor riesgo y esta percepción apenas se ha modificado a lo largo de los años. En el polo opuesto, consideran que el alcohol es la droga de menos riesgo, sin que tampoco se observen grandes variaciones en las diversas encuestas realizadas. El tabaco, por su parte, sí parece haber incrementado la percepción de riesgo en 8 puntos entre 1994 y 2004. Sin embargo, la percepción de riesgo del consumo de cannabis ha ido descendiendo a lo largo de los años, mostrándose un cambio de esta tendencia en la última encuesta de 2004. Las sustancias que más consumen los adolescentes madrileños: alcohol, tabaco y cannabis se encuentran entre las que menos percepción de riesgo muestran, siendo esto más evidente respecto al alcohol (Figura 3).



Fuente: Plan Estratégico 2006-2009 de la AGAD.

Figura 3  
*Riesgo percibido (porcentaje de alumnos) asociado al consumo de drogas de los escolares madrileños*

Derivado de los estudios epidemiológicos que acabamos de revisar, se puede resumir la situación del consumo de drogas de los escolares adolescentes madrileños con las siguientes características:

- Los adolescentes cuando consumen drogas usan fundamentalmente alcohol, tabaco, cannabis y tranquilizantes.
- Los adolescentes de Madrid consumieron en 2006 más tabaco y menos alcohol que los adolescentes de la encuesta nacional del mismo período.
- El resto de sustancias psicoactivas ilegales (cocaína, éxtasis, alucinógenos, anfetaminas y heroína) son consumidas por menos del 5% de los escolares adolescentes de Madrid.
- La edad de inicio del consumo de las distintas sustancias está entre los 13 y 16 años; es decir, en estudiantes que se encuentran realizando la educación secundaria.
- Los adolescentes varones consumen en mayor proporción que las chicas todas las drogas ilegales, mientras que el consumo de tabaco y tranquilizantes está más extendido entre las adolescentes mujeres.
- La disponibilidad percibida para el alcohol es bastante elevada en los adolescentes españoles. Los jóvenes de Madrid perciben la disponibilidad del alcohol, el cannabis y los tranquilizantes en menor medida que los jóvenes de las encuestas nacionales.
- La mayoría de los adolescentes madrileños consideran que el consumo de casi todas las drogas es peligroso. Menos de la mitad piensa que el consumo de alcohol entraña peligros.

Todos estos datos son una importante línea base sobre la que diseñar intervenciones de prevención dirigida a niños y adolescentes, valorar su evolución y evaluar el impacto de las medidas preventivas puestas en marcha en la región de Madrid.

### 1.3. TEORÍAS RELACIONADAS CON EL CONSUMO DE DROGAS EN ADOLESCENTES

El consumo de drogas es una conducta compleja que puede pasar por diferentes etapas, desde el *uso* que se refiere a un consumo de la sustancia que no produce consecuencias negativas en el individuo; el *abuso* que se da cuando hay un uso continuado a pesar de las consecuencias negativas derivadas del mismo; y la *dependencia* que surge con el uso excesivo de una sustancia que genera consecuencias negativas a lo largo de un amplio periodo de tiempo. Igualmente, son determinantes en la manifestación de esta conducta aspectos relacionados con la edad, el sexo y otros factores biológicos, personales y sociales que promueven el inicio y el mantenimiento en el consumo de drogas. La manera en que se explica esta compleja conducta y los factores que se postulan para su aparición y mantenimiento es muy variada. A continuación se revisan los principales modelos teóricos que intentan explicar el consumo de drogas en adolescentes.

Para una comprensión global de estos modelos, dado su amplio número, se tiende a agruparlos de diferentes formas; por ejemplo, Petraitis, Flay y Miller (1995), tras una amplia revisión de las teorías desarrolladas hasta entonces, las agruparon en teorías cognitivo-afectivas, teorías de aprendizaje social, teorías del apego social, teorías intrapersonales y, finalmente, teorías que integran constructos cognitivo-afectivos, de aprendizaje, compromiso y apego. Otra forma de estudiarla es el enfoque de Becoña (1999) que agrupa las teorías más relevantes en 3 categorías: 1) teorías y

modelos parciales o basadas en pocos componentes, 2) teorías y modelos de estadios y evolutivas, y 3) teorías y modelos comprensivos que integran componentes.

A continuación se van a revisar las teorías más destacadas que proporcionan un marco de referencia para las actuaciones actuales sobre drogas en el marco escolar. Algunos de estos enfoques nos servirán más adelante en la discusión de los factores de riesgo estudiados en esta tesis, dado que plantean la importancia, función o fuerza en su papel para la aparición del consumo de drogas.

#### **a) *Teorías sobre la actitud y la conducta***

Las teorías que abordan el binomio actitud-conducta han tenido una gran relevancia en el estudio de la conducta del consumo de drogas. Entre ellas destacan la Teoría de la Acción Razonada (Ajzen y Fishbein, 1980) y la Teoría de la Conducta Planificada (Ajzen, 1985). El objetivo central de estas teorías es la predicción de la conducta desde la actitud del sujeto y de las normas subjetivas, estando ambas mediadas por la intención conductual o por el control conductual percibido.

La Teoría de la Acción Razonada es uno de los modelos más difundidos sobre la relación entre factores cognitivos y consumo de drogas. Aunque el modelo no fue diseñado específicamente para explicar el consumo de sustancias, se ha revelado útil para comprenderlo y predecirlo, lo que ha hecho que sea uno de los modelos más citados en este ámbito y más influyentes en muchos programas de prevención (Laflin, Moore-Hirschl, Weis y Hayes, 1994). Esta teoría expone la existencia de determinadas influencias más directas que otras que actúan sobre el consumo. En este sentido, las expectativas, las creencias, la información, las actitudes y, en definitiva, las variables relacionadas con la cognición social, actúan de forma más directa que otras como la familia y el grupo de amigos, cuya proximidad vendrá mediatizada por las anteriores.

Los elementos fundamentales de esta teoría están implícitos en la mayoría de los programas de prevención actuales en forma de componente preventivo.

Los participantes en la fase empírica de esta tesis han experimentado algunos programas de prevención bajo este modelo. Uno de ellos, el que se denomina *Déjame que te cuente algo sobre los porros* (véase apartado 3.3.1), cuyo objetivo principal es influir en la intención de conducta de los adolescentes. También el programa *Prevenir para Vivir* (en adelante PPV), dispone de módulos de información sobre drogas para influir en las actitudes sobre drogas de los adolescentes (véase apartado 3.3.1).

En definitiva estas teorías son cruciales para la prevención y para esta tesis, de tal manera que sus factores claves: la actitud sobre drogas y la información sobre drogas se han incluido entre los factores de riesgo estudiados.

#### ***b) Teorías psicológicas basadas en causas interpersonales***

Se incluyen en esta categoría el Modelo de Mejora de la Estima de Kaplan y su versión más actualizada: la Teoría Integrativa de la Conducta Desviada de Kaplan desarrollada en 1996. El modelo inicial parte de la premisa de que los adolescentes buscan la aceptación y la aprobación para su conducta. Cuando su conducta se desvía de las expectativas de conducta de sus padres y otras figuras significativas (profesores), ello se convierte en una fuente de malestar psicológico que deben resolver. Cuando pierden el favor de los adultos que les dan afecto y sus figuras de autoridad, entonces aparecen sentimientos de autorrechazo que requiere una respuesta correctiva o compensatoria. La versión actualizada de la teoría de Kaplan sintetiza teorías o elementos previos de la teoría del self, teoría del estrés, teoría del control, teoría de la asociación diferencial, teoría del aprendizaje social y teoría del rotulado. La diferencia de su formulación respecto a otras está en que asume que realizar un acto que se

considera desviado respecto a una norma es visto como adaptativo por esa persona, en función del marco normativo particular de ella, o de las expectativas del grupo concreto que lo definen como adaptativo (Kaplan, 1996).

Dentro de este apartado se encuentra también el Modelo de Afectividad de Pandina, Johnson y Labouvie (1992). Según este enfoque la afectividad es un mecanismo clave en la determinación y control de la conducta, proponiendo que la relación entre el afecto negativo, un arousal elevado y la vulnerabilidad al consumo de drogas son claves en el desarrollo del consumo de drogas. Las personas deprivadas crónicamente de reforzamiento positivo experimentan persistentes y generalizados estados de ánimo negativos. La satisfacción de sus necesidades afectivas y el alivio de los estados de ánimo negativos pueden, al menos temporalmente, ser logrados por la ingestión de drogas y la consiguiente intoxicación, lo cual sirve para activar los circuitos neurales asociados con el reforzamiento positivo. Por lo tanto, los individuos con un perfil de alta afectividad negativa-activación serán más vulnerables para pasar de un consumo casual a otro experimental o de abuso (Pandina et al., 1992).

Para nosotros este es un enfoque que sustenta muchos programas de prevención actuales. Concretamente, la autoestima ha sido trabajada por algunos de los programas de prevención que han experimentado los participantes de esta tesis, como es el caso del programa PPV, el programa infantil *En la huerta con mis amigos* y *Prevenir en colección* (véase apartado 3.3.1), por lo tanto ha sido incluido entre los factores de riesgo a valorar.

### **c) Modelo evolutivo**

Para el Modelo evolutivo de Kandel (1975), la idea básica es que el consumo de drogas ilegales, tales como cannabis, cocaína, heroína, y otras, se producen de modo

secuencial o evolutivo, partiendo del consumo de las drogas legales, como el alcohol y el tabaco. Kandel (1982) realizó diversos estudios de tipo longitudinal y transversal que demostraron la existencia de cuatro etapas por las que pasan los consumidores de drogas ilegales: 1) cerveza o vino, 2) cigarrillos o licores, 3) cannabis, y 4) otras drogas ilegales. El consumo de drogas legales es el elemento intermedio que está entre el no consumo de ninguna sustancia y el consumo de cannabis, antes de pasar al consumo de otras drogas ilegales (Kandel y Yamaguchi, 1993; Yamaguchi y Kandel, 1984).

El modelo evolutivo está implícito en la hipótesis de la escalada de drogas (Vázquez y Becoña, 2000) que promueve que las intervenciones sobre adolescentes, especialmente a través de los programas escolares de prevención tengan como objetivo evitar o retrasar el inicio al consumo de drogas legales, como una forma de incidir en el acceso a las drogas ilegales. Si bien no es un enfoque que promueva influir en factores personales y que fundamente programas de prevención concretos, si supone un marco de referencia para sustentar el trabajo preventivo sobre el uso, aunque no sea aún problemático, de las drogas legales en adolescentes.

#### ***d) Teoría del aprendizaje social***

Esta teoría, conocida también como Teoría cognitiva social de Bandura (1986), es una de las más utilizadas e importantes dentro del campo de la prevención del consumo de drogas. Se trata de una teoría comprensiva basada en los principios del aprendizaje, la persona y sus cogniciones, junto a los aspectos del ambiente en que se llevan a cabo las conductas. Diversos autores han mostrado su valor para los programas preventivos sobre drogas (Abrams y Niaura, 1987; Cleaveland, 1994) y, además, otras teorías sobre drogas se basan en sus principios o utilizan alguno de sus elementos.

La teoría postula el concepto de autoeficacia como su componente central y como el elemento explicativo fundamental relacionado con la adquisición, mantenimiento y cambio de la conducta. La autoeficacia tiene como núcleo central las percepciones que tiene el individuo sobre su capacidad de actuar. La autoeficacia percibida afecta al grado de motivación y de logro de las personas, a través de su capacidad para afrontar los cambios de la vida.

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

#### ***e) Modelo del desarrollo social***

Este modelo, desarrollado por Catalano y Hawkins (1996), es una teoría general de la conducta humana de orientación sociológica que plantea que la vinculación social, familiar, escolar y religiosa previene la expresión de impulsos y conductas desviadas. El consumo de drogas y otras conductas desviadas serían el síntoma de una débil vinculación con estas instancias convencionales (Catalano y Hawkins, 1996). Según esta teoría los procesos de desarrollo que llevan a las personas a la conducta prosocial o a la antisocial, son similares. Los elementos básicos que configuran el modelo son: oportunidades percibidas para la interacción, implicación en actividades e interacciones, habilidades de interacción, refuerzos percibidos de las actividades e interacciones, apoyo y compromiso con las actividades y personas, y creencias y valores sociales.

Este modelo resulta útil para explicar la conducta delincuente o desviada, la conducta de uso de drogas y la conducta prosocial, todo ello desde una perspectiva del desarrollo. La conducta del individuo será prosocial o antisocial dependiendo de las conductas, normas y valores predominantes que tienen aquellos a los que el individuo está vinculado. El modelo propone factores de riesgo y factores protectores que interactúan e influyen en las diferentes etapas del proceso evolutivo de los jóvenes, para alcanzar un desarrollo social o antisocial. Por lo tanto, una pronta intervención que reduzca los factores de riesgo e incremente los factores protectores con los niños y su entorno, reducirá los comportamientos y conductas antisociales, incluidos los del consumo o abuso de drogas.

Los autores han desarrollado un programa de prevención basado en este modelo, denominado *Preparing for the drug-free years* (Catalano, Kosterman, Haggerty, Hawkins y Spoth, 1998) cuyo objetivo es que los padres con hijos pre-adolescentes sean capaces de influir en los factores de riesgo propios de la adolescencia. Los programas de prevención actuales dirigidos a la formación de padres tienen muchos elementos de este modelo.

#### **f) Teoría de la conducta problema**

Una teoría bien conocida en el ámbito de la prevención es la Teoría de la conducta problema de Jessor y Jessor (1977). Desde su formulación ha sido un punto de referencia para la prevención sobre drogas y ha sido reformulada posteriormente, elaborando una nueva teoría denominada Teoría para la conducta de riesgo de los adolescentes. Desde estas aproximaciones, la conducta problema es aquella conducta definida como indeseable, preocupante o problemática según las normas convenidas socialmente y que conlleva una respuesta de control social (reprobación, rechazo social o encarcelamiento) por parte de las instituciones de autoridad. El consumo de

drogas, entre otras conductas, supone el rechazo a las normas sociales y podría explicarse desde tres sistemas: la personalidad, el ambiente y la conducta como elementos interrelacionados y organizados entre sí. A su vez, estos tres elementos están afectados por una serie de variables antecedentes de gran relevancia, considerados factores de riesgo y protección. Las características demográficas y el proceso de socialización y sus agentes son las dos instancias de importancia. Se da un gran peso a la pobreza organizada socialmente, la desigualdad y la discriminación.

El modelo de intervención que promueve este enfoque es que la medida preventiva debe reducir los factores de riesgo y aumentar los de protección con la idea de un cambio en el estilo de vida de los jóvenes, especialmente en aquellos que viven en ambientes sociales adversos.

**g) *Modelo integrado general de la conducta de uso de drogas***

Este marco teórico propuesto por Botvin (1995) fue formulado como parte del desarrollo de un programa preventivo efectivo bien conocido actualmente denominado *Programa de entrenamiento en habilidades para la vida*. El modelo parte de varias fuentes, algunas teóricas como la teoría de la influencia social, la de mejora de la competencia, la de la conducta problema, la del autodesprecio, la comunicación persuasiva, el aprendizaje social, la teoría del cluster de iguales; otras son pragmáticas, como la evaluación empírica de los programas preventivos de drogodependencias.

El modelo es eminentemente práctico, teniendo como finalidad fundamental el soporte del programa preventivo desarrollado por su autor. Los componentes centrales del modelo son históricos y formativos, sociales y personales, todos los cuales explican la conducta de consumo de drogas. Dentro de cada uno de ellos, a su vez, se diferencian factores demográficos, biológicos, culturales y ambientales para los

componentes históricos y formativos; factores de la escuela, familia, medios de comunicación e iguales para los factores sociales; y las expectativas cognitivas, las competencias y habilidades personales, las habilidades sociales y los factores psicológicos para los factores personales. A su vez subdivide cada uno de los factores en distintos componentes, lo que le facilita su operativización.

El programa de prevención propio de este modelo: *Entrenamiento de habilidades para la vida*, ha sido la base para el programa de prevención español *Construyendo salud* (Luengo et al., 1999) que es uno de los programas de referencia como modelo de buena práctica según criterios del OEDT (ver detalles en [www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index52035EN.html?project\\_id=538&tab=overview](http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index52035EN.html?project_id=538&tab=overview)).

#### **h) Teoría de la influencia triádica**

Esta teoría, propuesta por Flay y Petraitis (1995), es un enfoque comprensivo que agrupa varios elementos de otras teorías. Los autores consideran que la conducta es fruto de la situación, la persona y el ambiente. Según esta teoría el entorno cultural general en el que el adolescente se desarrolla, las situaciones sociales más inmediatas que el adolescente vive diariamente y las diferencias intrapersonales entre adolescentes son los puntos de inicio para tres *líneas de influencia* que fluyen entre las diversas variables mediadoras y determinantes para el consumo de drogas. El modelo plantea además de líneas de influencia, grados de *influencia*. El grado más bajo en el modelo se denomina *influencia próxima*, que comprende factores más directamente relacionados con la conducta de drogas, como son la intención de consumo, las actitudes sobre drogas, la autoeficacia y las creencias normativas sobre drogas. Estas variables son buenos predictores de la conducta. El siguiente grado de influencia es denominado en el modelo *influencia distal*, el cual representa un nivel intermedio que contribuye indirectamente al consumo de drogas. Los factores de este nivel afectan

directamente a las variables próximas. Entre estas variables o factores están el conocimiento sobre drogas, expectativas, motivación, o habilidades sociales. Finalmente, el grado más alejado de influencia que plantea el modelo corresponde a lo que denomina *influencias últimas*. Las variables de este nivel están fuera del control directo del adolescente, no están directamente relacionadas con el consumo de alcohol y tabaco, son muy inespecíficas (menos definidas y acotables que las influencias próximas) y pertenecen al ámbito de lo social/cultural, la personalidad y la biología.

Para Flay y Petraitis (2003) las influencias actitudinales, sociales e intrapersonales afectan a un importante elemento de la teoría: las decisiones sobre actuar o no de un cierto modo (por ejemplo, consumir o no una sustancia). Según los autores, la decisión inicial y las experiencias extraídas de las conductas relacionadas con la salud, influyen las decisiones posteriores sobre las mismas. La decisión de realizar una conducta particular es la causa más próxima de la conducta. Sin embargo, estas decisiones no siempre son racionales y la mayoría de las veces se basan en criterios subjetivos, sobre todo cuando la información de que se dispone es inadecuada, aunque quien decide considere que es racional. Posteriormente, la experiencia conductual y el feedback van a influir sobre las conductas. Este proceso está determinado por diversas variables del modelo que, a su vez, son determinantes próximos distales o últimos, tales como los vínculos sociales, las expectativas, las actitudes, etc.

Este modelo teórico tiene un gran valor para el desarrollo de programas de prevención sobre drogas entre adolescentes y contribuye a entender el *peso* relativo de las distintas influencias e interrelaciones de las variables antecedentes que configuran una conducta tan compleja como el consumo de drogas.

En esta tesis, la Teoría de influencia triádica ha proporcionado un marco importante para interpretar las asociaciones entre los factores de riesgo y protección analizados. Su enfoque de los niveles de influencia permite una explicación a la posición y valor relativo de esos factores, determinantes del uso juvenil de sustancias psicoactivas.

### ***i) Modelo de autocontrol***

El Modelo de autocontrol de Santacreu, Froján y Hernández (1992) ha sido elaborado para explicar la génesis y el mantenimiento del consumo de drogas, basándose fundamentalmente en el autocontrol y partiendo del denominado modelo bio-psico-social. Estos autores consideran que el desarrollo del problema de drogas surge por el intento del adolescente de conseguir fuentes de refuerzo alternativas a las que ya tiene o le ofrecen; concretamente, para buscar independencia del refuerzo paterno y, al mismo tiempo, conseguir cierta capacidad de autocontrol. Por su propio desarrollo evolutivo, el adolescente busca refuerzos alternativos a los que hasta ese momento obtenía en la familia.

El autocontrol se aprende durante la adolescencia, cuando la persona tiene la posibilidad de elegir y puede organizar su tiempo y sus objetivos. El autocontrol se puede adquirir para respuestas aisladas o bien adquirir una habilidad general de autocontrol. A su vez el proceso de autocontrol se va adquiriendo a través de la ejecución de distintas conductas por parte del individuo, lo que implica a su vez una interacción con el medio. Algunas de las habilidades de autocontrol características de la adolescencia son la resistencia a la agresión tras la frustración, la resistencia a la transgresión, la regulación de la auto-administración de refuerzos y la resistencia a la tentación.

Este modelo propone que los programas preventivos sobre drogas entrenen a los jóvenes en habilidades de autocontrol. En nuestro entorno contamos con varios programas que incluyen algún componente referidos al autocontrol, al es el caso de los programas escolares de prevención PPV y el Proyecto Ulises (véase apartado 3.3.1).

-----OoOoOoOoOo-----

Podemos cerrar este apartado sobre los modelos teóricos para explicar el consumo de drogas concluyendo que la prevención en este terreno cuenta hoy en día con un cuerpo teórico bastante amplio. El desarrollo de marcos teóricos para explicar esta conducta, además de contribuir a la ampliación del conocimiento, permite que se elaboren distintas propuestas de intervención sobre drogas basadas en el conocimiento experimental de una realidad bastante compleja.

Las teorías que acabamos de repasar explican de distinta forma y nivel de profundidad la multifactorialidad del consumo de drogas en adolescentes. Estos enfoques son necesarios para tomar decisiones sobre las prácticas preventivas y su investigación. Quizás, el denominador común de estos modelos o teorías es la propuesta de múltiples factores de riesgo y protección (por ejemplo, autocontrol, toma de decisiones, etc.) de distinto rango y “fuerza” que inciden en el consumo de sustancias.

En cualquier medida preventiva no se puede actuar directamente sobre las conductas de consumo de drogas, por lo que las distintas propuestas existentes para explicar la génesis de los comportamientos y problemas relacionados con las drogas permiten identificar sobre qué componentes actuar, antes de que ocurran los fenómenos. Más aún, los programas de prevención deben de identificar

inequívocamente cuál es el modelo teórico sobre el que se sustentan y que justifica las medidas y actividades preventivas que lo constituyen. Esto es uno de los criterios para alcanzar el nivel de *buena práctica* en prevención y poder ser incluido en los sistemas de información relacionados con el enfoque *evidence-based prevention* (véase apartado 3.1), tales como el *Exchange on Drug Demand Reduction Action* (en adelante EDDRA) del OEDT e IDEA-Prevención (véase apartado 3.2).

A partir de esta revisión nosotros podremos enmarcar y valorar la importancia de los resultados encontrados en relación a los factores de riesgo y protección que se han analizado en la fase empírica. Precisamente, en el capítulo siguiente se van a presentar de forma individualizada los diversos factores de riesgo y protección que trabajan actualmente la mayoría de programas de prevención sobre drogas, especialmente aquellos que son utilizados en la investigación que se presenta en la segunda parte de esta tesis.

## **CAPÍTULO 2**

### **FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN**

#### **RELACIONADOS CON EL CONSUMO DE DROGAS**



Un aspecto fundamental en la prevención sobre drogas es el estudio, conocimiento y determinación de los factores que condicionan la aparición de los consumos de estas sustancias en grupos concretos de población, para seleccionar aquellos que minimizan o favorecen el riesgo de consumir. Como se ha descrito en el capítulo anterior, existen diversos modelos teóricos que proponen varios factores de riesgo y protección para el consumo de drogas y explican cómo interactúan. En este capítulo presentamos una revisión general de estos factores y, a continuación, se verán en detalle aquellos que son centrales en esta tesis.

Los resultados aportados desde la investigación sobre las causas del consumo y la progresión hacia grados más graves de implicación en las drogas indican que el consumo es el resultado de una compleja combinación de numerosos y diversos factores (Hawkins, Catalano y Miller, 1992; Newcomb, Maddahian y Bentler, 1986). No existe una única vía o variable que sirva como condición necesaria y suficiente para el desarrollo del consumo de drogas.

Actualmente los programas de prevención sobre drogas, apoyados en distintos marcos teóricos, pretenden influir en aquellos factores que inciden en la posibilidad de consumir o no estas sustancias, lo cual tiene consecuencias en la salud y en la vida personal y social de los jóvenes. Estos factores son considerados como de riesgo o protección según su influencia en las conductas de consumo de drogas. Diversas teorías, algunas de las cuales hemos presentado en el apartado anterior, suponen un esfuerzo para identificar y organizar la multitud de factores que confluyen en esta conducta. El estudio de los factores de riesgo y de protección para el consumo de drogas resulta de especial interés de cara a planificar y desarrollar programas de prevención eficaces basados en la modificación o potenciación, según el caso, de tales factores (Becoña, 2003).

Los *factores de riesgo* son aquellas circunstancias o características personales o ambientales que, combinadas entre sí, podrían resultar facilitadoras para el inicio o el mantenimiento del uso y abuso de drogas. Los *factores de protección*, por su parte, se definen como aquellas variables que contribuyen a modular o limitar el uso de estas sustancias. Algunos estudios parecen indicar que los factores de riesgo y los factores de protección no son polos opuestos de un mismo continuo, sino realidades distintas que interactúan entre sí (National Institute on Drug Abuse, 2003).

Diversos autores (Becoña, 2003; Botvin, 1995; Hawkins et al., 1992; Moncada, 1997) han señalado 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. Existen diferentes tipos de factores de riesgo que han sido agrupados, tradicionalmente en factores de riesgo de carácter individual o intrapersonal, contextual e interpersonal (Hawkins et al., 1992). También, existen factores de protección en esos ámbitos.

Como se ha mencionado más arriba, los factores de riesgo y protección no deben entenderse como extremos de un continuo. Es decir, la ausencia de un factor de riesgo no se considera, necesariamente, como un factor de protección y viceversa. Además, no tienen todos la misma importancia y, desde luego, cambian su *peso* en función de la edad de la persona, el sexo y el ambiente en que ésta vive.

Los factores de riesgo individual o intrapersonal 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. Por su parte, los factores de riesgo de contexto o ambientales operan a una escala extensa y alejada de la conducta de consumo de los sujetos. Ejemplos de estos factores serían las regulaciones legales sobre la venta y el consumo de drogas, los factores culturales, geográficos y económicos favorecedores del consumo, la influencia de los medios de

comunicación, o factores de tipo comunitario como la oferta de tiempo libre en el barrio. Finalmente, los factores de riesgo de carácter interpersonal tienen que ver con las relaciones en los distintos ámbitos donde se mueven las personas: el centro escolar, la universidad, el trabajo, el grupo de amigos y el entorno familiar.

La lista de factores tanto de riesgo como de protección es extensa, lo cual es lógico pues el consumo de drogas no es una cuestión separada de la vida psicológica y social de los adolescentes y jóvenes, sino que tiene que ver con los aprendizajes de las normas, las relaciones personales, el placer, etc. Es decir, que las personas las usan para intentar facilitar muchas de las situaciones típicas de esa etapa de la vida.

### **2.1. FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN: TIPOS**

Mediante importantes estudios de recopilación y análisis, en los últimos años, se han identificado un gran número de factores de riesgo para el consumo de drogas que son referentes clave para la prevención (Hawkins et al., 1992; Jessor, 1992; Kumpfer, Szapocznik, Catalano, Clayton, Liddle et al., 1998; Mathias, 1996; Moncada, 1997; Muñoz, Graña y Cruzado, 2000 ; Newcomb et al., 1986; Petterson, Hawkins y Catalano, 1992; Pollard, Catalano, Hawkins y Arthur, 1997; Rutter, 1992). Para su estudio se suelen agrupar en diferentes categorías o tipos, que presentamos a continuación:

a) **Relacionados con la sustancia.** Fundamentalmente se refiere a las propiedades farmacológicas de la sustancia que se consume, que hacen que ésta tenga mayor riesgo de problemas directos y derivados de su consumo: depresoras, estimulantes, alucinógenas, etc. También incluye la vía de administración o forma de consumir la droga, por ejemplo: fumada, esnifada, ingerida e inyectada.

b) **Relacionados con el individuo.** Los factores de este tipo son muy variados, entre ellos destacan la edad de inicio inferior a 15 años, perfil de actividad

mayoritariamente vespertino, presencia de enfermedades crónicas, necesidad de aprobación social, inseguridad y alta ansiedad, búsqueda de sensaciones, sentido de invulnerabilidad, retraimiento, alienación, rebeldía, agresividad, inadecuada información sobre drogas, expectativas positivas sobre drogas, actitudes antisociales, actitudes de escape de la realidad, excesiva o baja autoestima, dificultad para el manejo del estrés, insatisfacción con el empleo del tiempo libre y falta de habilidades sociales, entre otros.

c) **Relacionadas con el contexto macrosocial.** Los factores de este tipo son también múltiples. Incluyen la disponibilidad de drogas en el entorno, residir en zonas marginales y con falta de recursos, hacinamiento, valores sociales de hedonismo o competitividad, actitudes sociales favorables a la violencia, actitudes sociales que reflejan baja conformidad con las normas sociales, actitudes sociales favorables al consumo, actitudes sociales que reflejan la búsqueda del placer, existencia de normas permisivas respecto al consumo, escasez de recursos ambientales de ocupación del ocio, dificultades estructurales para el empleo saludable del tiempo libre, publicidad sobre drogas legales y tratamiento contrapreventivo de los problemas de drogas en los medios de comunicación, entre otros.

d) **Relacionados con el contexto familiar.** Los factores de este tipo son estilo educativo sobreprotector o hiperexigente, conflictos familiares y violencia doméstica, desorganización familiar, aislamiento social de la familia, aumento del estrés familiar, normas y castigos relacionados con el uso de drogas poco estrictos, ambiguos o incoherentes, falta de disciplina y supervisión de los hijos, baja cohesión familiar, clima afectivo inadecuado, escasas expresiones de afecto, comunicación familiar escasa, actitudes familiares y comportamientos proclives al consumo de drogas, consumo de drogas en el ambiente familiar, falta de normas o límites e inadecuado nivel de exigencia por parte de los padres sobre los hijos.

e) **Relacionados con el contexto escolar.** De este tipo son el estilo educativo rígido y autoritario, estilo educativo excesivamente exigente, incentivación del individualismo o la competitividad, rendimiento académico muy bajo y fracaso escolar, abandono de los estudios, bajo grado de compromiso con la escuela, conflictividad y conducta antisocial en el medio escolar, falta de integración escolar, fracaso escolar, trato a los alumnos duro o arbitrario, facilidad para conseguir drogas en los alrededores del centro y falta de vínculos afectivos con el centro educativo, entre otros.

f) **Relacionados con el contexto de amigos.** De este tipo son la dependencia del grupo de amigos, relaciones con grupos cuyas actitudes y actividades sean favorables al consumo de drogas, personas dentro del grupo (modelos) que consumen alguna droga y presión de grupo para consumir drogas.

Esta enorme cantidad de factores hace necesario que, a la hora de intervenir, los técnicos o investigadores sobre drogas adopten un marco teórico que les sirva como guía y referencia para seleccionar aquellos factores que puedan ser más relevantes a las necesidades del entorno en que desean actuar. Igualmente, para estudiar la eficacia de la prevención es necesario conocer qué factores trabaja la intervención que se analiza, con qué metodología y cómo los operativiza. Por ello, en el apartado siguiente se van a presentar cuáles son los factores de riesgo y protección concretos que se trabajan en la Comunidad de Madrid a través de los programas de prevención que se vienen aplicando en ese territorio.

## 2.2. FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN PROMOVIDOS EN LOS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN DE LA COMUNIDAD DE MADRID

En este apartado vamos a centrar el estudio de aquellos factores de riesgo para el consumo de drogas que están “operando” en el ámbito geográfico donde se desarrolla esta tesis. El enfoque que nos permite esta aproximación es partir del conocimiento que sobre prevención se está haciendo localmente. Por ello, hemos analizado las Memorias institucionales sobre drogas de los últimos años (Agencia Antidroga 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006b, 2007, 2008 y 2009). De ellas derivamos que los principales programas de prevención escolar promovidos institucionalmente son: a) *En la huerta con mis amigos*; b) *Prevenir en colección*; c) *Cine y educación en valores*; d) Talleres de alcohol y otras drogas.; e) *Prevenir para vivir*; y f) *Déjame que te cuente algo sobre los porros*.

Estas intervenciones, que serán presentadas en detalle más adelante (véase apartado 3.3.1), abarcan un amplio rango de edad, son de tipo universal: es decir, aplicables a los alumnos de los centros educativos de forma general, sin necesidad de que exhiban riesgos específicos para el consumo de drogas, según la nomenclatura de Gordon (1983), y ofrecen diversos objetivos y métodos para modificar actitudes y conductas de riesgo, más o menos distantes del consumo de drogas. La Tabla 9 presenta los datos principales que describen cada una de estas intervenciones.

A partir de los objetivos y contenido de estas 6 intervenciones utilizadas en el contexto de prevención de la Comunidad de Madrid, hemos identificado los factores de riesgo, todos ellos de carácter individual y relacional, que tratan de modificar estos programas a través de estrategias educativas y dinámicas. En la Tabla 10 se presenta estos factores y qué programas de prevención escolar inciden sobre cada uno de ellos.

Tabla 9

*Características de los programas de prevención escolar de la Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid*

NOMBRE DEL PROGRAMA DE PREVENCIÓN	OBJETIVO GENERAL	OBJETIVOS ESPECÍFICOS /CONTENIDO	POBLACIÓN DESTINATARIA
En la huerta con mis amigos (EHA)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adquisición de hábitos saludables.</li> <li>• Favorecer la maduración psicoafectiva.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Afrontamiento</li> <li>• Solución de problemas</li> <li>• Conductas de salud</li> <li>• Habilidades sociales</li> <li>• Autoestima/autoimagen</li> </ul>	4 a 8 años: educación infantil y 1º ciclo Primaria
Prevenir en colección (PEC)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fomentar la adquisición de actitudes, valores y hábitos de vida saludables.</li> <li>• Potenciar factores de protección frente al consumo y abuso de drogas.</li> <li>• Potenciar el conocimiento de recursos comunitarios.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hábitos de alimentación e higiene.</li> <li>• Actitud ante el consumo de alcohol y otras drogas</li> <li>• Problemas escolares.</li> <li>• Ocio y tiempo libre.</li> <li>• Diálogo y comunicación familiar.</li> </ul>	2º y 3º ciclo EPO (Primaria): 8-11 años
Cine y educación en valores (CINE)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reducir los factores de riesgo y potenciar los factores de protección asociados con el uso y abuso de sustancias psicoactivas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fomentar valores, actitudes y habilidades sociales.</li> </ul>	12-14 años, 14-16 años y 16-18 años ESO y Bachiller
Talleres de alcohol y otras drogas (AOD)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prevenir el consumo de alcohol y otras drogas en los adolescentes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sensibilizar sobre las motivaciones que llevan a la experimentación e inicio del consumo de alcohol.</li> <li>• Analizar la influencia que la presión de grupo ejerce a la hora de tomar decisiones de consumir o no bebidas alcohólicas.</li> <li>• Reflexionar sobre las consecuencias que se derivan del consumo abusivo de alcohol.</li> <li>• Favorecer una toma de postura autónoma y razonada sobre los problemas derivados del consumo abusivo de alcohol.</li> <li>• Posibilitar un posicionamiento, una elección de valores, actitudes y comportamientos saludables con respecto al consumo de alcohol.</li> </ul>	ESO: 12-16 años

NOMBRE DEL PROGRAMA DE PREVENCIÓN	OBJETIVO GENERAL	OBJETIVOS ESPECÍFICOS /CONTENIDO	POBLACIÓN DESTINATARIA
Prevenir para vivir (PPV)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reducir el consumo de alcohol, tabaco y drogas ilegales.</li> <li>• Retrasar la edad de inicio del consumo de tabaco, alcohol y drogas ilegales.</li> </ul>	<p>En el ámbito de la afectividad:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumentar la autoestima.</li> <li>• Incrementar capacidad de empatía.</li> <li>• Mejorar autoexpresión emocional.</li> </ul> <p>En el ámbito intelectual:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Desarrollar actitudes positivas hacia la salud.</li> <li>• Aumentar el autocontrol.</li> <li>• Mejorar las HH de toma de decisiones.</li> <li>• Reducir la visión positiva hacia el consumo de drogas.</li> </ul> <p>En el ámbito social:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mejorar HH sociales.</li> <li>• Aumentar las HH oposición.</li> <li>• Fomentar las HH autoafirmación.</li> </ul>	Todos los ciclos educativos, desde 5 años hasta 16 (Infantil, Primaria y ESO)
Déjame que te cuente algo sobre los porros (DCP)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prevenir el consumo de cannabis en los jóvenes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aportar argumentos, que ayuden a los jóvenes a construir un “sistemas de creencias”, basado en informaciones objetivas y comprobadas científicamente sobre el cannabis.</li> <li>• Influir en la baja percepción de riesgo del cannabis.</li> </ul>	13 y los 16 años.

Tabla 10

*Factores de riesgo y protección de los programas escolares de prevención de la Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid*

	PROGRAMAS ESCOLARES DE PREVENCIÓN**						N
	EHA <sup>1</sup>	PEC <sup>2</sup>	CINE <sup>3</sup>	AOD <sup>4</sup>	PPV <sup>5</sup>	DCP <sup>6</sup>	
Empatía					X		1
Autoestima	X	X			X		3
Autocontrol					X		1
Autoexpresión emocional	X				X		2
Habilidades de autoafirmación					X		1
Asertividad		X					1
Habilidades sociales	X				X		2
Habilidades para la toma de decisiones					X		1
Habilidades de oposición					X		1
Afrontamiento y solución de problemas	X						1
Conocimiento sobre drogas				X		X	2
Actitud sobre drogas		X		X	X	X	4
Actitud sobre la salud	X	X	X		X		4
Comunicación con padres		X					1
Ajuste/problemas escolares		X					1
Ocupación ocio y tiempo libre		X					1

Nota(\*\*): Programas de Prevención(1) EHA= En la huerta con mis amigos; (2) PEC= Prevenir en colección; (3) CINE= Programa escolar de prevención de las drogodependencias a través del cine "Cine y educación en valores"; (4) AOD= Programa de prevención escolar del consumo de alcohol y otras drogas dirigido a adolescentes; (5) PPV= Prevenir para vivir: Programa de prevención de alta cobertura; (6) DCP= Déjame que te cuente algo sobre los porros.

En los párrafos siguientes se hace una revisión de las características fundamentales de estos factores de riesgo y protección para el consumo de drogas, que son objeto de los programas de prevención en la región de Madrid y que serán considerados en la fase empírica de esta tesis.

### a) Empatía

Se entiende por empatía la capacidad para comprender al otro y ponerse en su lugar, a partir de lo que observa, de la información verbal, o de información accesible desde la memoria (toma de perspectiva), así como la reacción afectiva de compartir su estado emocional que puede producir tristeza, malestar o ansiedad. Según Mestre, Samper y

Frías (2002), esta variable está relacionada con la disposición prosocial y es una condición necesaria para desarrollar adecuadamente las habilidades sociales.

La empatía o capacidad para ponerse en lugar del otro es un componente específico del constructo habilidades sociales (Luengo et al., 1999). Existen algunos estudios en jóvenes con diversas conductas desviadas, que han mostrado que éstos presentan ciertos déficits a la hora de identificar y comprender los estados internos de las personas (Ellis, 1982). Este déficit parece especialmente acusado en la capacidad para “sentir” los afectos de los demás. Los jóvenes con conductas desviadas parecen mostrar una menor capacidad para “identificarse” con los sentimientos de otras personas (Mirón, Otero y Luengo, 1989; Romero, 1996).

No hay muchos programas de prevención sobre drogas que tengan entre sus componentes la empatía. Parece que en la práctica no es un factor que se trabaja con un componente específico, sino que se incluye indirectamente en los constructos de las habilidades sociales y agresividad. De hecho, no aparece descrito en la revisión de factores de riesgo realizada por Hawkins et al. (1992), ni en la de Becoña (2003). Sin embargo, sí es un importante factor del programa de prevención PPV (Megías y Méndez, 2006) elaborado por la Fundación de Ayuda a la Drogodependencia (en adelante FAD), siendo uno de los componentes afectivos del programa, junto con la autoestima y la autoexpresión emocional. En el PPV un alumno con empatía tiene una adecuada interacción con los iguales al ser capaz de sintonizar afectivamente con ellos, desarrollando actitudes de ayuda y apoyo interpersonal. Por su parte, una escasa capacidad empática dificulta la interacción informal con los iguales, al no ser capaces de sintonizar afectivamente con ellos.

**b) Autocontrol**

Este factor se refiere a la capacidad de la persona para soportar situaciones desagradables y actuar de forma responsable. Tiene que ver con la resistencia al estrés y la experiencia en situaciones amenazantes. Un alumno se comporta de manera controlada cuando es capaz de responder decidiendo, eligiendo su respuesta, más que reaccionando de un modo automático e impulsivo ante una situación. Frente a este comportamiento está la conducta impulsiva que revela una carencia de respuesta intelectual que valora la situación y decide dar respuestas socialmente aceptables (Megías y Méndez, 2006).

La capacidad de inhibir los impulsos y de posponer la gratificación inmediata, en función de otra gratificación posterior, es esencial para que las estrategias de toma de decisiones puedan repercutir positivamente sobre la conducta. Un escaso autocontrol supone un claro factor de riesgo para el consumo de drogas en la medida en que facilita la búsqueda de sensaciones inmediatas (Becoña, 2003; López, Peralta, Muñoz y Godoy, 2003).

De entre todos los programas de mayor utilización en la Comunidad de Madrid, el PPV es el que cuenta con un componente de autocontrol adaptado a los distintos grupos de edad con los que trabaja.

**c) Autoestima**

La autoestima es la valoración positiva o negativa del auto-concepto y está relacionada con el bienestar afectivo (Luengo et al., 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 alumnos que tienen una pobre valoración de sí mismo 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 de la publicidad y el autocontrol. Por el contrario, los estudiantes 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 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 (Megías y Méndez, 2006).

Diversos autores han postulado que en alguna medida, la autoimagen y la autovaloración son factores implicados en la etiología de la conducta de consumo de drogas. 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. Sin embargo, las pruebas empíricas sobre la relación de la autoestima y las conductas problemas, entre las que se incluye el consumo de drogas, no son concluyentes, posiblemente por la naturaleza multidimensional de este factor (Romero, Luengo y Otero, 1995). Las personas pueden disponer de autovaloraciones distintas en diferentes campos de experiencia; por ejemplo, un individuo puede valorarse positivamente en cuanto a sus capacidades académicas y, sin embargo, no tener un buen concepto de sí mismo en lo relacionado con la interacción social. Romero et al. (1995) plantean que para estudiar la asociación entre autoestima y consumo de drogas, es necesario evaluar las diferentes dimensiones del constructo. Estos investigadores encontraron que la conducta desviada se relaciona negativamente con la autoestima sentida en la familia y en la

escuela, pero positivamente con la autoestima sentida en el ámbito de amigos (Romero, Luengo y Otero, 1998).

La empatía es trabajada por muchos programas de prevención con módulos específicos, tal es el caso del programa *Construyendo Salud* (Luengo et al., 1999) y el Programa *Entre Todos* de Proyecto Hombre (Acero y Jiménez, 2004). En nuestro estudio este factor es trabajado por varios programas de prevención: el PPV, el programa *En la huerta con mis amigos* y el que se denomina *Prevenir en colección*, como se refleja en la Tabla 10 mostrada anteriormente.

#### **d) Asertividad**

La conducta asertiva, o socialmente habilidosa, es el conjunto de respuestas verbales y no verbales, parcialmente independientes y situacionalmente específicas, a través de las cuales un individuo expresa en un contexto interpersonal sus necesidades, sentimientos, preferencias, opiniones o derechos sin ansiedad excesiva y de manera no aversiva, respetando todo ello en los demás, que trae como consecuencia el auto-reforzamiento y maximiza la probabilidad de conseguir refuerzo externo (Gismero, 2000).

La asertividad forma parte del constructo de habilidades sociales. Disponer de asertividad hace a los alumnos más resistentes a la presión de grupo para realizar comportamientos no deseados, entre ellos el del consumo de drogas. Por el contrario, tener dificultades para expresar abiertamente las opiniones o para desenvolverse adecuadamente en el medio social hace al adolescente más vulnerable a las presiones del medio (Ellickson y Hays, 1992), entre las cuales puede estar la invitación a consumir drogas por parte de los iguales.

En diversos trabajos se ha encontrado que el consumo de drogas se asocia con una menor competencia en las relaciones sociales y con una menor capacidad para expresar asertivamente las propias posiciones (Lindquist, Lindsay y White, 1979; Sheier y Botvin, 1998).

La asertividad es trabajada en los niños de educación primaria a través de las distintas sesiones de aplicación del programa *Prevenir en colección* del catálogo de programas de la AGAD, como refleja la Tabla 10 más arriba.

### **e) Habilidades sociales**

Las habilidades sociales constituyen un constructo complejo y multifactorial. Este factor, además de influir en la calidad de las relaciones, repercute de forma decisiva en la forma en que los adolescentes asimilan las normas y los roles sociales. Los individuos con dificultades para la interacción social, para hacer amigos, para gestionar sus conflictos sociales, quedan más fácilmente fuera de los circuitos de interacción grupal, reciben a menudo etiquetas descalificadoras de sus iguales, y encuentran como única vía para alcanzar el prestigio ante los demás el comportamiento contrario a las normas, posibilitando su marginación y la disminución de su autoestima (Megías y Méndez, 2006).

Algunos estudios han mostrado que los jóvenes con una historia de dificultades de interacción desde la infancia (timidez acompañada de actitudes agresivas) tienen una alta vulnerabilidad al consumo de drogas durante la adolescencia (Kellam, Ensminger y Simon, 1980). Para algunos autores, las conductas desviadas pueden aparecer como un medio para lograr metas vitales deseadas, entre las que se encuentran la aceptación por parte de los amigos y las relaciones sociales satisfactorias. Cuando el individuo no dispone de recursos personales o psicosociales

para lograr estas metas, al no tener un repertorio adecuado de habilidades sociales, las conductas desviadas pueden aparecer como una vía alternativa. Por ello, promover el entrenamiento en habilidades sociales es una estrategia adecuada para que los adolescentes puedan desarrollar una vida social satisfactoria, sin recurrir a opciones desviadas.

Muchos programas de prevención actuales disponen de un componente o varios relativos a las habilidades sociales. Algunos como el programa *Construyendo Salud* de Luengo et al. (1999), que es la versión española del modelo de prevención *Life Skill Training* (Botvin, 1995), dedican 5 sesiones a diferentes componentes del constructo habilidades sociales, entre ellos comunicación efectiva y asertividad. El programa *En la huerta con mis amigos*, específico para niños de educación infantil y primaria, dispone de diversas actividades y cuentos para promover conductas prosociales. El PPV también cuenta con sesiones para trabajar este factor adaptado a los distintos niveles de edad. Por su parte, el programa *Atenea*, del proyecto *Olimpo*, para niños de 8 a 10 años, está especialmente dirigido al aprendizaje y desarrollo de habilidades sociales a través de 14 sesiones (véase apartado 3.3.1).

#### **f) Habilidades para la toma de decisiones**

Este factor se refiere a la capacidad para tomar decisiones autónomas y responsables, considerando las ventajas e inconvenientes de las opciones disponibles y asumiendo las consecuencias (Megías y Méndez, 2006). Ello permitirá la toma de decisiones responsable en relación a las conductas relacionadas con el consumo de drogas. Además, la toma de decisiones reflexiva puede facilitar, en general, el éxito de las acciones, logrando individuos más competentes, con mayor sentimiento de eficacia, con control sobre su conducta y, consiguientemente, mayor autoestima. Igualmente,

esta habilidad contribuye de una manera importante a la resistencia a la presión de los compañeros para hacer comportamientos no deseados (Botvin, 1995).

Las habilidades para la toma de decisiones forman parte del constructo de carácter cognitivo *solución de problemas* y de las denominadas *habilidades para la vida* cuyo representante teórico es Botvin (1995), las cuales se basan en el principio de que hay que enseñar y reforzar en los adolescentes, no sólo habilidades específicas para resistir las influencias sociales para consumir drogas, sino también habilidades generales de automanejo y de carácter interpersonal.

Generalmente, en los programas de prevención que se trabaja este factor, se realizan actividades para potenciar el pensamiento crítico y se enseña y practican procedimientos racionales para tomar decisiones, junto con estrategias para valorar el papel que desempeñan en las propias decisiones la presión de otras personas y la publicidad (Luengo et al., 1999).

Varios programas de prevención tienen componentes que trabajan este factor: el PPV, *En la huerta con mis amigos*, mencionados más arriba y el programa *Hércules*, de proyecto *Olímpo*, para niños de 10 a 12 años que en 14 sesiones promueve el entrenamiento de diversas estrategias para la toma de decisiones (véase apartado 3.3.1).

#### **g) Habilidades de afrontamiento y solución de problemas**

Este factor se refiere a las habilidades personales específicas trabajadas en varios programas escolares de prevención sobre drogas que pretenden fortalecer la resistencia ante el grupo y la actuación ante situaciones conflictivas y problemas de la vida cotidiana. La capacidad de resolución de problemas sociales ha sido definida como

el proceso mediante el cual una persona intenta encontrar o implementar una respuesta de afrontamiento efectiva (D’Zurilla, Nezu y Maydeu-Olivares, 1998).

Las dificultades a la hora de resolver problemas o tomar decisiones es uno de los factores de riesgo relacionados con el consumo de drogas, juntos con otros constructos cercanos como son las dificultades para demorar la gratificación y la impulsividad (Luengo et al., 1999). Estas dificultades se concretan en problemas para considerar las consecuencias de la propia conducta, un estilo rápido y poco meditado a la hora de tomar decisiones, dificultades para planificar el propio comportamiento, e incapacidad para ejercer un autocontrol sobre él (McCown y DeSimone, 1993). De acuerdo con estas consideraciones, los individuos con dificultades para “pararse a pensar” ante una situación conflictiva y para tener en cuenta las consecuencias de su conducta, o para “saber esperar” y aplazar la obtención de refuerzos más inmediatos para obtener refuerzos mayores, tienen un mayor riesgo de implicarse en conductas de riesgo que aquellos que son más competentes en la toma de decisiones y la solución de problemas. Esta asociación ha sido encontrada también de forma específica en el caso del consumo de drogas (Gómez–Fragüela, Luengo, Romero y Otero, 1996).

Varios programas de prevención sobre drogas disponen de importantes componentes para abordar este factor de riesgo, entre ellos está el programa *Construyendo Salud* (Luengo et al., 1999) y el programa *Hércules* del proyecto *Olimpo* (véase apartado 3.3.1). Además el programa de prevención infantil *En la huerta con mis amigos* de la cartera de programas de la Comunidad de Madrid (Tabla 10).

## **h) Actitud sobre drogas**

La actitud sobre drogas es un importante factor que aborda la mayoría de los programas de prevención sobre drogas. Se refiere a una predisposición relativamente estable a actuar de determinada manera en relación a las drogas, compuesta de tres elementos: cognitivo (creencias), afectivo (sentimientos) y comportamiento específico (Megías y Méndez, 2006).

Un gran número de intervenciones preventivas intenta actuar sobre los componentes de las actitudes, proporcionando información y desarrollando actividades que puedan cambiar las creencias sobre las consecuencias del uso de sustancias y las intenciones de consumo. Igualmente, intentan alterar las creencias normativas de los adolescentes corrigiendo el sesgo de sobrestimación (Becoña 2003).

La actitud es un elemento previo a la intención conductual y a la conducta, de ahí que el que una persona tenga una actitud favorable hacia el consumo de drogas favorece que dicho consumo se produzca. Desde hace años hay clara evidencia de ello en el consumo de drogas, destacando en este sentido el largo estudio de seguimiento de Jessor y Jessor (1977) y Jessor, Donovan y Costa (1991). Estos autores encontraron que la persona formaba 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 hacían 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. Todo ello se encontraba también modulado por la práctica religiosa y por el peso del grupo de iguales.

Las actitudes sobre drogas se van formando paulatinamente y cambian hacia una mayor tolerancia y una valoración más positiva y de aceptación desde la niñez hasta la adolescencia. Esto explica que, a partir del comienzo de la adolescencia (10-13 años), se incremente de modo significativo el consumo de drogas, especialmente las

legales. Este consumo de drogas legales a edad temprana en la adolescencia facilita un cambio de actitudes hacia otras drogas, que promueve el inicio en el consumo de otras drogas en algunos jóvenes, si además confluyen otros factores de riesgo a lo largo del proceso.

Casi todos los programas de prevención pretenden influir sobre las actitudes ante las drogas, cambiando percepciones tanto del riesgo de consumir las sustancias, especialmente las legales, como de la normalidad o extensión del consumo que suele estar sobreestimado (Jiménez y Arbex, 2006). De los 6 programas escolares de la cartera de la AGAD, 4 disponen de un componente para influir en la actitud sobre drogas. Los otros dos: *La huerta con mis amigos* y el *Cine y valores* son intervenciones inespecíficas de drogas, que en su marco de referencia no requieren de este componente (Martínez y Garrido, 2000).

### **i) Actitud sobre la salud**

La actitud hacia la salud es un objetivo fundamental de la Educación para la Salud, ya que ésta es entendida no como ausencia de enfermedad física o psíquica, sino también como un conjunto de actitudes y capacidades que son objeto de educación y que, debidamente desarrolladas, previenen una serie de circunstancias claramente evitables, como son los accidentes, la obesidad y los consumos de drogas, entre otros. De hecho, la prevención sobre drogas tiende a enmarcarse en acciones de educación y promoción de la salud, cuando son muy generales e inespecíficas. Igualmente cuando se quieren trabajar preventivamente de forma temprana, antes de la adolescencia. Tal es el caso del programa de prevención *En la huerta con mis amigos*, de amplio desarrollo en Madrid, que está dirigido a niños de 5 a 9 años (véase apartado 3.3.1).

En definitiva, las actitudes en temas de salud abarcan también la actitud sobre drogas en un continuo que va de lo general e inespecífico a los más concreto, como puede ser el consumo de drogas, u otras conductas que afectan a la salud, como son el uso de preservativos, del casco o del cinturón de seguridad.

Las actitudes son transferibles de manera que la posesión de una determinada actitud puede manifestarse en la forma de actuar en diferentes situaciones, generalizándose a otras áreas de conducta relacionadas. Una actitud hacia la higiene, o la alimentación equilibrada, puede afectar a otras conductas de salud como es el consumo de drogas (Megías y Méndez, 2006). Por lo tanto, el desarrollo de actitudes positivas hacia la salud se convierte en un medio especialmente adecuado para la prevención del consumo de drogas.

Varios programas del catálogo de prevención de la AGAD incorporan sesiones para trabajar este factor, especialmente aquellos que están dirigidos a los alumnos más jóvenes o son más inespecíficos: el PPV, el programa *En la huerta con mis amigos*, el programa *Cine y valores*, y el programa *Prevenir en Colección*.

#### **j) Información sobre drogas**

La transmisión de información relacionada con las drogas fue considerada mucho tiempo, y desde modelos ya superados (modelo médico), la estrategia más relevante de los programas preventivos. Se pensaba que el mero conocimiento de un hecho posibilitaba el cambio de comportamiento en la línea deseada. Este enfoque característico de los primeros tiempos de la prevención dio paso a una etapa en la que toda información se consideraba contra-preventiva y se puso el foco en factores afectivos y emocionales. Sin embargo, a finales de los 90 las estrategias informativas en la prevención incluidas en programas multicomponentes y aplicadas de forma

sensible a la población destinataria volvieron a la escena de la prevención (Palmerín, 2003).

La información sobre drogas se refiere al conocimiento que sobre las distintas sustancias posee el estudiante y que puede proceder de la comunicación informal con su grupo, o de intervenciones preventivas dirigidas a mejorar el conocimiento objetivo de las distintas sustancias, especialmente del tabaco, alcohol y cannabis. Se trata de un factor preventivo que debe ir acompañado de otros factores de índole personal, social y familiar para que realmente tenga efectos de protección al consumo de drogas. De hecho, no todos los programas de prevención de ámbito escolar tienen un componente informativo, sólo aquellos cuyo objetivo es cambiar actitudes sobre determinadas sustancias (Jiménez y Arbex, 2006) y que están dirigidos a adolescentes. En el caso de los programas de la cartera de AGAD con los que hemos desarrollado nuestra investigación, tan sólo el *Taller de alcohol y otras drogas* y el que se llama *Déjame que te cuente algo sobre los porros*, tienen entre sus objetivos informar sobre algunas drogas.

#### **k) Problemas escolares**

Desde una perspectiva evolutiva el medio escolar es, junto al hogar, el lugar donde transcurre la mayor parte de la vida del niño hasta avanzada la adolescencia. Parece evidente, por tanto, que los distintos elementos que configuran la experiencia escolar sean susceptibles de generar expectativas, actitudes y conducta que tienen una influencia determinante en el desarrollo posterior de los estudiantes.

Son muy pocos los estudios (Muñoz et al., 2000) que se han centrado en determinar el peso específico de esta variable en el desarrollo de conductas desviadas en el adolescente, entre ellas, la de consumo de drogas. Sin embargo, se han citado en

muchas ocasiones ciertas variables de carácter escolar como la conducta antisocial, el absentismo escolar, la ausencia de motivación académica y de expectativas educativas, y el rendimiento y fracaso escolar, que podrían condicionar la percepción del contexto escolar por parte del joven y jugar algún papel en la vulnerabilidad hacia el inicio y consumo de sustancias psicoactivas (Gottfredson, 1988; Mensch y Kandell, 1988; Hawkins et al., 1992; Kumpfer, Szapocznik, Catalano, Clayton, Liddle et al., 1998).

Pocos programas de prevención escolar sobre drogas trabajan específicamente este factor de forma amplia. Se tiende a asumir que la modificación de factores personales o de interacción puede contribuir al ajuste escolar (Becoña, 2003). Entre los programas que se han aplicado más extensamente en la Comunidad de Madrid, el que se denomina *Prevenir en colección* (Tabla 10) utiliza algunas de sus sesiones para incidir en este factor. Recientemente, la AGAD ha desarrollado y puesto en marcha el programa de prevención *Protegiéndote* que, entre sus componentes, incluye uno denominado *Apoyo escolar* cuya meta es enseñar habilidades relacionadas con la adquisición de los hábitos implicados en la competencias escolar (Portal de Prevención de las adicciones de la AGAD: [www.madrid.org](http://www.madrid.org)).

### **I) Actividades de ocio y tiempo libre**

Las actividades que se desarrollan en el tiempo libre de los jóvenes pueden constituir elementos de protección para el consumo de drogas o, por el contrario, de riesgo si éstas están relacionadas con escenarios donde la oferta y consumo de estas sustancias es probable.

Como es bien sabido, se ha producido en los últimos años una importante transformación de la diversión juvenil y de los hábitos de consumo asociados a ella. La vida recreativa, el pasarlo bien, el “salir de marcha”, se ha convertido en un nuevo

fenómeno, no tanto por el hecho de la diversión sino por sus características. Además, este nuevo fenómeno ha estado asociado en una primera etapa al consumo de éxtasis, como forma de pasarlo bien y de aguantar la noche. También se asocia a la baja percepción del riesgo de este consumo y de otras drogas, al cambio de los horarios de diversión y al surgimiento de locales *afters* y a rutas de diversión asociadas al consumo de determinadas drogas de *fiesta*. Todo ello configura la escena en la que se da la asociación entre vida recreativa y consumo de drogas (Calafat et al., 2007).

Sólo algunos programas de prevención desarrollados en el ámbito escolar inciden directamente sobre este factor, especialmente si tienen algún componente comunitario (como es el caso del programa del catálogo de la AGAD que se llama *Prevenir en colección*), o hacen sinergia con alguno de los programas de prevención comunitaria de su entorno.

#### **m) Comunicación con los padres o comunicación familiar**

La comunicación padres-hijos es un aspecto relevante en las relaciones familiares. En el período de crisis y de cambio que supone la adolescencia, la comunicación familiar representa un factor que influye de forma decisiva en el clima familiar y en la conducta de sus miembros. Se ha observado estrecha relación entre la comunicación padres-adolescente y variables tales como: autoestima, ajuste escolar y logro académico (Noller y Callan, 1991). Igualmente, se ha encontrado relación entre los problemas de comunicación con los padres y el consumo de drogas (Hawkins et al., 1992; Kumpfer et al., 1998; Moncada, 1997; Muñoz Rivas et al., 2000; Petterson et al., 1992, Pollard et al., 1997).

El grado de comunicación con los padres es un importante factor que puede influir en el consumo de drogas de los hijos, dado que la comunicación es un indicador

de la existencia de vínculos con figuras de referencia emocionalmente significativas y refleja la posible ausencia o presencia de conflictos significativos (Jessor, 1992).

Los programas de prevención que incluyen un componente familiar suelen realizar actividades para formar y entrenar en habilidades de comunicación efectiva a los miembros de la familia, en especial a los padres. En el entorno escolar, no son muchos los programas que trabajan este factor y, los que lo hacen, suelen tener algún componente comunitario o familiar asociado.

#### **n) Matutinidad / vespertinidad**

Por último, vamos a presentar este factor de riesgo de carácter individual, aunque no figura en las investigaciones de referencia sobre factores de riesgo y protección más conocidas, ni se trabaja de forma específica en la prevención escolar.

Los adolescentes, como las personas en general, experimentan fluctuaciones en la mayor parte de sus funciones fisiológicas y psicológicas. Estas fluctuaciones se manifiestan en diferentes ritmos de funcionamiento, tanto fisiológicos como psicológicos. El estudio de los ritmos psicológicos ha dado lugar a la determinación de distintos tipos según momentos del día u otros períodos: meses, años, etc. (Díaz-Morales y Aparicio, 2003).

El cronotipo es un factor individual poco estudiado como determinante del consumo de algunas drogas hasta la fecha; sin embargo, es una característica psicológica que parece tener influencia en el consumo de sustancias psicoestimulantes como el alcohol, la cafeína o la nicotina. Las personas con un estilo vespertino tienden a consumir más alcohol, nicotina y cafeína (café y *cocacolas*) que las de estilo matutino (Adan, 1994).

Los programas de prevención no suelen incluir acciones dirigidas a afectar el perfil vespertino de los estudiantes, considerado de riesgo para el consumo de droga, por un perfil matutino, que prefiere actividades diurnas de carácter más protector. Nosotros hemos decidido evaluar este factor en los estudiantes por su relevancia en la etapa adolescente y en el estilo de vida relacionado con el ocio juvenil (Adan, 2010).

-----OoOoOoOoOo-----

Para finalizar este capítulo, podemos decir que la investigación ha identificado múltiples factores que modulan el consumo de drogas y que éstos proceden de diferentes ámbitos de influencia. Sin embargo, sólo su conocimiento no es suficiente. Necesitamos algún marco explicativo para orientar su selección en el momento de desarrollar o poner en marcha actividades de prevención. Más aún, es necesario que los programas de prevención expliciten qué factores de riesgo y protección pretenden modificar a través de su metodología de intervención y por qué (su marco teórico).

Los programas de prevención que se realizan en el ámbito escolar trabajan fundamentalmente con factores de riesgo y protección de tipo individual y relacional. Algunos de estos factores son más “populares” en la prevención, tal es el caso de las habilidades sociales y las actitudes sobre drogas. La prevención escolar por sí sola no puede abarcar el espectro enorme de factores de riesgo que pueden confluir en los sujetos.

Para los objetivos de esta tesis, el conocimiento de los factores de riesgo y protección presentados es fundamental para poder identificar los instrumentos que permitan la medida de los constructos que implican (véase apartado 5.2), durante el trabajo de campo.

## **CAPÍTULO 3**

### **LA PREVENCIÓN ESCOLAR DEL CONSUMO DE DROGAS**



En este capítulo se van a presentar diversos puntos clave sobre la prevención de drogas como área de intervención. Los diferentes apartados van a tratar temas tales como qué se entiende por prevención escolar sobre drogas como campo científico, qué es el enfoque *evidence-based* de la prevención, qué son buenas prácticas en prevención, cuáles son las herramientas para que la práctica preventiva incorpore los conocimientos científicos y, finalmente, qué se está haciendo en prevención escolar en la Comunidad de Madrid, junto con un apartado final sobre qué vamos a entender en esta tesis como exposición a la prevención en la región.

La prevención puede definirse en sentido amplio como la acción y el efecto de las intervenciones diseñadas para cambiar los determinantes individuales, sociales y ambientales del abuso de drogas legales e ilegales, incluyendo tanto evitar el inicio del consumo, como progresar a un uso más frecuente o regular entre grupos de población (Alonso, Salvador, Suelves, Jiménez y Martínez, 2004).

Las premisas básicas que suelen orientar el trabajo preventivo sobre drogas con base científica (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2010; National Institute on Drug Abuse, 2003) son:

- Estar estructurado globalmente para reducir la influencia de los factores de riesgo individual y los relativos al ambiente más próximo (familia y escuela), así como para aumentar los factores de resiliencia o protección.
- Implicar a la comunidad más amplia donde se encuentra la población destinataria, para asegurar un efecto más coherente y eficaz.
- Coordinarse con los sistemas de atención general a la salud y de servicios sociales, contribuyendo a un servicio continuado e integral.
- Adaptarse al perfil y necesidades de la población a la que se dirige.

Un programa de prevención sobre drogas es una intervención estructurada diseñada para cambiar las condiciones que influyen en el consumo de drogas de un grupo determinado. Se trata de un conjunto de actividades coordinadas, realizables en función de unos recursos previamente establecidos, que tiene por objeto el logro de objetivos generales y específicos relacionados con la reducción de los problemas asociados a las drogas y a sus usos (Alonso et al., 2004).

Las intervenciones preventivas son actividades complejas que suelen agruparse en diversas categorías. Además de por su contexto de desarrollo (prevención escolar, familiar, comunitario y laboral, como los más conocidos), tradicionalmente y siguiendo el modelo de Salud Pública, se ha hablado de prevención primaria, secundaria y terciaria, diferenciación que equivaldría de modo sintético a prevenir, curar y rehabilitar (Becoña, 2003). Sin embargo, con los avances en la investigación sobre los factores que promueven la aparición del consumo de drogas en la población joven, se ha adoptado otro criterio propuesto por Gordon (1983) considerando la influencia diferencial de los factores de riesgo y protección en los grupos de población. En este sentido se suele hablar de estos 3 tipos de prevención:

- Prevención universal: cuando el grupo destinatario de las actuaciones preventivas sobre drogas no está sometido a ningún riesgo identificado. Generalmente son actuaciones dirigidas a la población general de determinado sector: las familias de un centro escolar, los alumnos de un colegio, o los habitantes de un municipio.
- Prevención selectiva: cuando los destinatarios son un grupo en situación conceptualmente de riesgo para el consumo de sustancias psicoactivas, bien por sus conductas o por su pertenencia a grupos vulnerables; por ejemplo hijos de alcohólicos.
- Prevención indicada: cuando las intervenciones se dirigen a un grupo que presenta conductas problemáticas íntimamente relacionadas con el consumo de drogas, pero aún no ha llegado a la red asistencial.

Desde el enfoque de prevención universal las actividades preventivas que se suelen desarrollar actualmente suelen dirigirse a los siguientes componentes principales (Federación Española de Municipios y Provincias, 2009):

- Crear conciencia e informar/educar acerca de las drogas y de sus efectos nocivos para la salud y la sociedad, así como promover conductas prosociales y normas contrarias al consumo de drogas.
- Capacitar a las personas y los grupos para adquirir habilidades personales y sociales que les permitan desarrollar actitudes contrarias a las drogas, manejar situaciones específicas y evitar su consumo.
- Promocionar ambientes de apoyo y alternativas saludables, con conductas y estilos de vida más productivos y satisfactorios, libres del uso de drogas.

La prevención escolar es una actividad básica entre todas las actuaciones sobre drogas, ya que el periodo de escolarización obligatoria, que abarca de la infancia a la adolescencia, es también la etapa de formación de la personalidad y de incorporación de valores sociales que guiarán los comportamientos de la juventud y de la etapa adulta. Asimismo, durante la adolescencia, entre los 13 y los 18 años, como se ha visto más arriba en los datos que arrojan los estudios de prevalencia, se inicia el consumo de diversas sustancias psicoactivas.

Este tipo de prevención se desarrolla en las aulas de los centros escolares; es aplicada por los profesores habituales adecuadamente entrenados, o por personal técnico. Frecuentemente suelen utilizar materiales específicos que los distintos programas de prevención desarrollan para dirigir los contenidos de cada sesión de trabajo. Pueden tener una duración variable: desde unas pocas sesiones (por ejemplo, cuatro) hasta múltiples sesiones a lo largo del curso escolar. La frecuencia de aplicación suele ser una vez por semana.

Un programa de prevención escolar es un conjunto coordinado de actividades y recursos dirigido a modificar uno o varios de los factores que influyen en un eventual consumo de drogas y está destinado a los niños y niñas que asisten a un centro educativo. En ocasiones, la prevención escolar del consumo de drogas está integrada en el programa curricular de educación para la salud, pero puede también desarrollarse en el marco de las actividades extraescolares. Normalmente, el programa de prevención escolar dispone de materiales específicos para el profesor y el alumno. En algunos casos facilita formación sobre drogas al docente o apoyo técnico constante. Frecuentemente requiere la reorganización de la programación del aula para incluir una o varias de las actividades del programa (Alonso et al., 2004).

Para que un programa escolar de prevención sea efectivo; es decir, logre sus objetivos, tiene que reunir una serie de condiciones derivadas de la investigación de la eficacia de la prevención (Becoña, 2003; Gázquez, García y Espada, 2009). Estas son:

- Contener componentes que hagan a los alumnos conscientes de las tasas de uso de drogas y de que sólo un pequeño porcentaje de adolescentes las usa, lo que se suele denominar como “educación normativa”.
- Enseñar diversas habilidades para la vida, que incluyen: establecimiento de metas, autorreforzamiento, habilidades para la toma de decisiones y solución de problemas, estrategias de análisis y pensamiento crítico, habilidades para conocer gente y hacer amigos, así como habilidades asertivas generales.
- Ser correctamente implementados; es decir, aplicarse de acuerdo a las pautas metodológicas que proponen los que han desarrollado el programa, en especial si éste tiene una evaluación de su eficacia.

- Aplicarse antes o al principio de la educación secundaria, con el fin de influir de forma temprana en los comportamientos que producen vulnerabilidad al inicio del consumo de drogas.

- Incluir sesiones de seguimiento a los dos o más años, ya que la investigación ha demostrado que más que la intensidad de la intervención (programas de larga duración), es el “recuerdo” de los componentes de protección lo que produce un mantenimiento de los efectos preventivos, del mismo modo que las vacunas requieren unas dosis de recuerdo para mantener su protección (National Institute on Drug Abuse, 2003).

- Apoyar y formar adecuadamente al profesorado o mediadores que desarrollen las distintas actividades en el aula que constituyen el programa preventivo.

Con el fin de favorecer la generalización a otros ambientes de los efectos educativos sobre drogas iniciados en el ámbito escolar y facilitar la implicación de las familias, cada vez es más frecuente que los programas escolares incluyan actividades destinadas a los padres. Éstas pueden aplicarse de modo directo (reuniones de padres, materiales informativos, participación en la organización de actividades extraescolares) o indirecto (actividades para los alumnos que deben ser realizadas en casa con la ayuda de los padres). En estos casos, generalmente, las actividades para los padres no se consideran como un programa familiar sino como parte del programa escolar.

La prevención escolar sobre drogas de carácter universal es el tipo de intervención más frecuente en el escenario de acciones para reducir la demanda de drogas. La prevención escolar ha crecido cuantitativa y cualitativamente en los últimos años. Todas las Comunidades y Ciudades Autónomas de España disponen de programas de intervención que ofrecen a los centros educativos en colaboración con el sistema educativo. Existen 47 programas de prevención escolar que han sido validados por los planes autonómicos sobre drogas, si bien el grado de implantación y

seguimiento es desigual (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2010).

### **3.1. LOS ENFOQUES “EVIDENCE-BASED PRACTICE” Y BUENAS PRÁCTICAS EN PREVENCIÓN**

La prevención del consumo de drogas en los últimos 25 años ha pasado de una etapa inicial basada en la intuición y en el “todo vale”, a una fase en donde, a partir de la experiencia y la acumulación de pruebas científicas, se han logrado importantes consensos entre los distintos sectores que tienen que ver con el ámbito preventivo y se han elaborado importantes recursos de apoyo para incrementar la calidad de las intervenciones preventivas (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2010; Hawks, Scott y MckBride, 2002; Salvador y Martínez, 2002).

Diversos estudios han puesto de manifiesto que las medidas preventivas son eficaces si se organizan considerando los indicadores que la investigación ha mostrado ser relevantes para mejorar los resultados de la prevención, o si se utilizan prototipos de intervención de probada eficacia por medio de estudios sofisticados y de replicación (Allott, Paxton y Leonard, 1999; Botvin, 1999; Coggans, Cheyne y McKellar, 2003; Lloyd, Joyce, Hurry y Asthon, 2000; Mellanby, Rees y Tripp, 2000; Windle y Windle, 1999; White y Pitts, 1998). Por su parte, diferentes estudios de meta-análisis (Tobler, 1986, 1992b, 1993, 1997), comparando los efectos de distintas intervenciones realizadas durante la década de los noventa, no dejan ninguna duda de que los programas de prevención sobre drogas son eficaces para:

- a) Incrementar la información sobre las distintas sustancias.
- b) Reforzar las normas sociales contra el consumo.

- c) Incrementar las habilidades de resistencia ante la presión al consumo.
- d) Disminuir la prevalencia del consumo de drogas, en relación a lo esperable.

Estos análisis constatan de forma fiable que no todo vale en prevención sobre drogas y que no todo lo que se autodenomina prevención tiene efectos sobre el consumo de sustancias.

La actividad preventiva sobre drogas, como otros campos profesionales de la psicología (Roberts y James, 2008), está sujeta a muchas influencias que impiden un desarrollo puramente profesional o técnico. Ejemplos de estas influencias pueden ser: escaso apoyo económico o social, insuficiente formación de los implicados en las actividades, demandas políticas, etc. Si bien éstas u otras influencias pueden cambiar con el tiempo, con frecuencia están presentes siempre en uno o varios aspectos de la intervención preventiva. La mayoría de técnicos de prevención con varios años de experiencia reconocen que la existencia o desarrollo de una base científica aplicable que permita tomar decisiones adecuadas a las necesidades, podría ayudar a demostrar el “poder” de las medidas preventivas. Por otro lado, la sociedad y las instituciones que financian y aportan el escenario de la prevención sobre drogas (por ejemplo, los centros educativos) demandan que las actuaciones de prevención que desarrollemos los técnicos y profesionales sean eficaces y muestren resultados.

En este contexto surge el término, el concepto y en algunas áreas, el movimiento denominado “evidence-based practice”, el cual trata de abarcar la acción de traspasar y hacer aplicable el conocimiento procedente de la investigación a la práctica real de prevención (véase [www.emcdda.europa.eu/publications/glossary](http://www.emcdda.europa.eu/publications/glossary)). Diversos campos relacionados con la salud han adoptado esta orientación; por ejemplo: medicina, salud pública, promoción de la salud, enfermería, terapia ocupacional y educación especial, entre otros. Además, en muchos países tales como Estados Unidos, Alemania, Reino Unido, Australia, Nueva Zelanda y Canadá han

incorporado el concepto “*evidence-based*” en el campo de la Psicología (Roberts y James, 2008) (véase [www.apa.org/practice/resources/evidence/index.aspx](http://www.apa.org/practice/resources/evidence/index.aspx)).

En el ámbito de la salud, la estrategia de utilizar revisiones para destilar los mejores resultados de numerosas publicaciones de investigación ha dado lugar a plataformas como *La Colaboración Cochrane* que está accesible en Internet a través de su página web [www.cochrane.org](http://www.cochrane.org). Cochrane es el punto de referencia internacional para encontrar buenas prácticas derivadas de estudios que utilizan ensayos aleatorios controlados en diferentes campos del conocimiento relacionados con la salud. Si bien existe una “línea” Cochrane para los temas de drogas, incluidos el alcohol y el tabaco, la mayor parte de revisiones que recoge son del ámbito del tratamiento o rehabilitación, que sustenta un enfoque básicamente clínico, no directamente aplicable al enfoque y métodos de trabajo de la prevención.

En febrero de 2000, se fundó la *Colaboración Campbell* ([www.campbellcollaboration.org](http://www.campbellcollaboration.org)). Este grupo se formó como respuesta a la necesidad de implantar prácticas y políticas basadas en la investigación en el ámbito de las ciencias sociales, educativas, criminológicas y del comportamiento. El objetivo de esta plataforma es desarrollar, diseminar y actualizar revisiones sistemáticas de las investigaciones sobre los efectos de las políticas y las prácticas, sociales, psicológicas y educativas (Sánchez, Boruch, Petrosino y Rosa, 2002). Dentro de las distintas áreas de análisis que cuentan, el tema de drogas lo incluyen en el titulado “*social problems: addiction*”. Sin embargo, no cuentan con estudios específicos sobre prevención del abuso de drogas.

Existen distintas etapas de análisis desde las que se extrae el conocimiento sobre los programas de prevención de drogas (Brounstein, Zweig y Gardner, 1998). En la Figura 4 se muestran estas etapas, utilizando la forma de pirámide para reflejar la proporción de información que cada estrategia genera. Paradójicamente, como se

deriva de la Figura 4, las técnicas científicas más sofisticadas representan una pequeña porción del conocimiento que adquirimos sobre la prevención. Y, sin embargo, la información que se deriva de esos estudios constituye el fundamento o soporte de nuestro conocimiento formal de este campo, en definitiva, la evidencia más potente.

La representación en pirámide nos lleva a darnos cuenta de que existen diversas modalidades de conocimiento, ya que todas ellas son las fuentes de las que extraemos la información que tenemos actualmente sobre la prevención del consumo de drogas, tanto para el ámbito escolar como para cualquier otro contexto preventivo (familiar, laboral, comunidad, etc.). Todas estas fuentes están proporcionando “entradas” para el conocimiento, lo que nos permite tener una construcción teórica y una implementación más o menos exitosa de las actuaciones preventivas.



Fuente: Adaptado de Brounstein, Zweig y Gardner, 1998.

Figura 4  
*Pirámide de métodos para obtener información técnica de los programas de prevención*

El término “*evidence-based*” hace referencia al proceso por el cual se extrae el conocimiento fiable. Podría traducirse en castellano como enfoque basado en pruebas empíricas o en la investigación. La información procedente de este enfoque es aquella que se ha identificado u obtenido mediante un proceso de análisis sistemático, bajo las reglas del campo científico. Las pruebas empíricas (*evidence*), como todo conocimiento, no se comparten espontáneamente, sino que necesitan ser gestionadas y promovidas (Brounstein, Gardner y Backer, 2006; Saan, 2005).

Existe una línea de trabajo liderada por la Comisión Europea, juntamente con el EuroHealthNet ([www.eurohealthnet.eu](http://www.eurohealthnet.eu)) y la IUHPE, denominada *Getting Evidence into Practice* cuya misión es generar propuestas y herramientas para avanzar y trasladar a la práctica el conocimiento de la investigación y de las buenas prácticas en el campo de la promoción de la salud, al cual se puede adscribir las intervenciones de prevención escolar sobre drogas. Una de las metas de este proyecto europeo de colaboración es que la información y recomendaciones que genere sean útiles no sólo para el entorno de investigadores y profesionales del campo de la promoción de la salud, sino también para los administradores y responsables políticos, los cuales tienen que decidir si invierten dinero en tal o cual acción de promoción y prevención dirigida a la población (Molleman y Bouwens, 2005).

En la Figura 5, tomado del enfoque presentado en el proyecto europeo de colaboración “*Getting Evidence into Practice*”, se reflejan las cuatro fases que permiten generar “evidencia” y acercarla al terreno de la práctica:

- a) Desarrollo de conocimientos
- b) Discusión
- c) Revisión
- d) Utilización

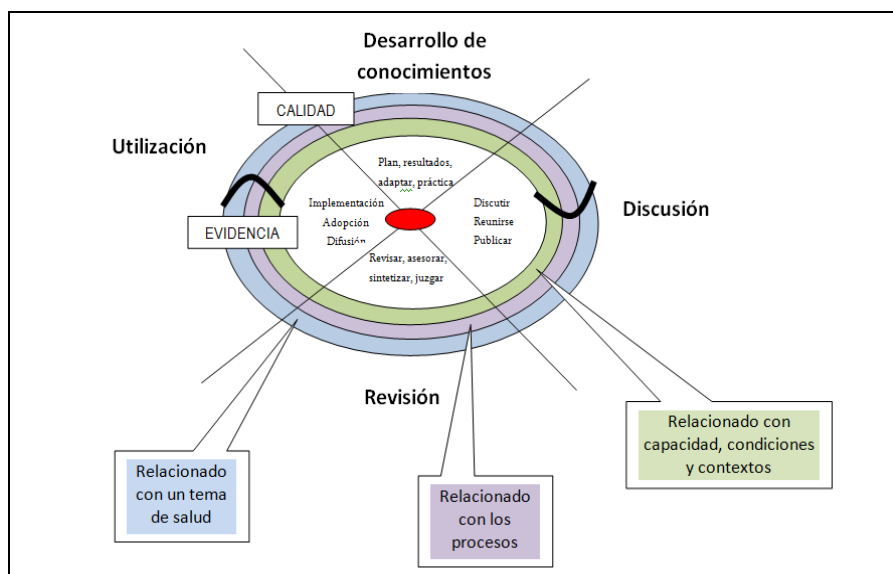
Cada fase o etapa tiene sus procesos específicos, cruciales para contribuir al desarrollo de un “círculo de calidad” total.

La primera fase corresponde a la creación o “Desarrollo del conocimiento” que incluye los procesos de planificar, proporcionar resultados, desarrollar procesos y generar capacidad o capacitación.

Le sigue la etapa de “Discusión” la cual supone hacer público y difundir los resultados encontrados y someterlos a la discusión y opinión de otros colegas en el campo científico.

La etapa de “Revisión” requiere la realización de ajustes, síntesis y derivación de nuevos conocimientos.

Finalmente, la etapa de “Utilización” promueve el desarrollo de actividades de aprendizaje y adquisición para aplicar los conocimientos, adoptarlos en los escenarios adecuados y difundirlos para normalizar su uso. Con ello, se cierra el círculo de calidad y la “evidencia” se transfiere a la práctica (Saan, 2005).



Fuente: Adaptado de H. Saan, 2005

Figura 5  
Ciclo de gestión del conocimiento en Promoción de la Salud

Los programas de prevención basados en la investigación incluyen ineludiblemente una serie de elementos y componentes que, en conjunto, integran un “programa de base científica” (Brounstein et al., 2006; Cazares y Beatty, 1994).

En la Figura 6 se representa la estructura de un programa de prevención sobre drogas, con enfoque *evidence-based*, fundamentado en 3 elementos clave (Northeast CAPT, 1999).

El primer elemento, como sustento de toda la acción preventiva, es el ámbito de la “Teoría” que precisa una explicación multifactorial del problema de las drogas. Sin referente teórico que sustente la acción no puede haber una buena práctica preventiva.

Le sigue el elemento práctico, la “Aplicación” que coordina siempre múltiples estrategias complementarias en diversos contextos.

Otro elemento crucial en estos programas, que se solapa con el anterior, es el ámbito metodológico: la “Planificación”, que consiste en un proceso que incluye siempre una “valoración de necesidades”, un “diseño lógico” (relación entre los distintos componentes del programa y coherencia entre los mismos), una “puesta en marcha” o implementación adecuada y una “evaluación” de resultados a corto y a largo plazo.



*Fuente:* Adaptado de Northeast CAPT, 1999.

**Figura 6**

*Elementos clave en la estructura de los programas de prevención basados en la evidencia*

De este esquema podemos destacar las 3 claves para promover actividades de prevención con enfoque *evidence-based*: (a) Combinar teorías que expliquen el fenómeno de las drogas desde lo individual y desde el entorno. (b) Aplicar múltiples estrategias en múltiples contextos. (c) Adoptar un diseño lógico que incluya la valoración de las necesidades y la evaluación de resultados a corto y largo plazo.

Este último punto, la estructuración lógica del programa o intervención, es fundamental. De forma general, se puede entender un “modelo lógico” como la representación gráfica de un programa, que describe sus componentes esenciales y los resultados esperados, haciendo evidente la relación entre estos elementos. El “modelo lógico” ayuda a organizar las variables dependientes e independientes de la intervención en un formato que muestra su relación y ayuda a hacer hipótesis y a presentar el programa de intervención (Conrad y Randolph, 1999).

Existen diferentes modalidades de presentación gráfica de la lógica de un programa. Todas ellas son herramientas útiles para diversos objetivos y, en general, aportan las siguientes ventajas (Salvador y Martínez, 1997):

- a) Hacen la evaluación más fácil y eficaz.
- b) Ayudan a identificar preguntas de evaluación.
- c) Proporcionan comprensión sobre el programa.
- d) Ayudan a identificar las suposiciones que precisen ser validadas.
- e) Permiten una mejor información sobre los elementos del programa.

Si bien el propósito de la ciencia es incrementar el grado de certeza respecto a la relación causa-efecto, no toda la investigación que se puede realizar en el campo de la prevención sobre drogas, donde se entremezclan múltiples sectores, puede adoptar la misma forma y tener el mismo rigor. Estamos ante un claro fenómeno multifactorial, donde el efecto del contexto en la conducta y la necesidad de influir no sólo en los individuos, sino también en los sistemas y las estructuras que enmarcan el problema del consumo de sustancias, hace que el paradigma “*evidence-based*” a partir de ensayos controlados haya que revisarlo e incorporar otro tipo de estrategias que arrojen conocimiento fiable (Acero, 2004; Becoña, 2003; Saan, 2005).

En este sentido, en los últimos años se viene utilizando un término surgido en el ámbito anglosajón y que se ha extendido mucho: “*best-practice*”. Traducido como mejores o *buenas prácticas*, hace referencia a modelos adecuados de actuación en el campo de la prevención sobre drogas, en base a revisiones sistemáticas, acuerdos y consensos de expertos. El portal *best-practice* de la web del OEDT ([www.emcdda.europa.eu/best-practice](http://www.emcdda.europa.eu/best-practice)) es un claro ejemplo de esta orientación. Este espacio proporciona guías, estándares y herramientas para desarrollar intervenciones

preventivas con criterios de calidad en base al conocimiento actual de lo que funciona o no sobre drogas.

En los últimos años y desde distintas instancias, se han desarrollado métodos y herramientas para generar y aplicar los enfoques “*evidence-based*” y “*buenas prácticas*” para la prevención del consumo de drogas en niños y jóvenes. En el apartado 3.2 de esta tesis se verán alguno de estos recursos.

En España contamos con algunas aportaciones a la base de conocimiento empírico de la prevención. La *Estrategia Nacional sobre Drogas para el período 2009-2016* (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2009) recoge en sus principios rectores considerar los datos de la investigación y, en función de los mismos y de los criterios objetivos de efectividad y eficiencia, definir, priorizar y desarrollar las intervenciones sobre drogas en los próximos 8 años. Concretamente, en el ámbito de prevención la “Estrategia” plantea: “*Profundizar en la adopción de medidas políticas, programas y actuaciones con base en la evidencia científica*” (pág. 45).

Un breve repaso de lo realizado hasta ahora muestra que, si bien nuestro país dispone de los estudios epidemiológicos necesarios para marcar de forma adecuada las prioridades en prevención, los estudios sobre la eficacia de las intervenciones preventivas necesita todavía de un mayor impulso (Salvador y Martínez, 2002).

Sobre eficacia de las intervenciones preventivas, el primer estudio documentado de este tipo realizado en España evalúa un programa escolar de educación sobre drogas denominado “*Tú decides*” (Calafat, Amengual, Farrés y Montserrat, 1982, 1983, 1984; Calafat, Amengual, Farrés, Montserrat y Palmer, 1985a; Calafat, Amengual, Farrés y Borrás, 1985b). A lo largo de sus más de veinte años de historia, el programa ha sido evaluado en varias ocasiones (Calafat et al., 1989; Calafat, Amengual, Farrés, Mejías y Borrás, 1995; De la Rosa, 1995). Los alentadores resultados obtenidos en los sucesivos estudios de evaluación, así como su buena acogida por

parte de profesores y alumnos, contribuyeron a su adopción por diversos planes regionales o locales sobre prevención del consumo de drogas.

En la década de los años 90 aparecen otros estudios de evaluación de intervenciones de prevención desde el marco escolar, que vienen a confirmar que los programas educativos basados en el desarrollo de habilidades y la adquisición de información, mediante métodos interactivos, se muestran eficaces para fomentar entre los alumnos aspectos tales como: la adquisición de conocimientos veraces y no sesgados sobre drogas, el incremento de una posición más crítica frente a los mensajes publicitarios y de promoción de las drogas legales, cambios actitudinales positivos con relación a diversos aspectos relacionados con el uso y abuso de drogas, una mayor conciencia crítica respecto a los mecanismos de presión del grupo, la valoración positiva de los efectos beneficiosos de llevar un estilo de vida saludable, el desarrollo de hábitos de orden y la toma de decisiones en función de criterios razonables, entre otros valores (Escámez, Falcó, García, Altabella y Aznar, 1993; Delgado, Pablos, Sánchez, 1996).

A finales de los 90 aparecen en nuestro país nuevos estudios de eficacia de programas de prevención escolar, ofreciendo un panorama más rico que en décadas anteriores (Martínez y Salvador, 1999; Antón, Martínez y Salvador, 2000). En esta nueva etapa destacan:

a) Los análisis hechos al programa *Construyendo Salud* desarrollado bajo el modelo de Habilidades para la Vida de Botvin (1995), desde la Universidad de Santiago de Compostela (Luengo et al., 1999).

b) Los estudios de eficacia del programa denominado *Tabaco, Alcohol y Educación*, elaborado en la Comunidad de Castilla-La Mancha por técnicos del plan regional de drogas (Alonso y Del Barrio, 1997, 1998).

c) Los estudios periódicos de evaluación del programa del Instituto Municipal de la Salud del Ayuntamiento de Barcelona, conocido con el nombre *PASE: Prevención del Abuso de Sustancias en la Escuela* (Villalbí, 1993; Villalbí, Ballestín, Nebot, Brugal y Díez, 1997; Villalbí, Vives, Nebot, Díez y Ballestín, 1998).

d) Desde la Universidad de Granada, los análisis realizados al *Programa de Prevención del Consumo de Drogas entre Adolescentes de la ciudad de Granada* para conocer sus efectos sobre los factores que la intervención pretende modificar en el grupo destinatario (Carrasco y Luna, 1999).

e) La evaluación en alumnos de secundaria del programa gallego *PPCDE: Programa de Prevención del Consumo de Drogas en la Escuela*, elaborado desde el Plan de Drogas de Galicia (Comisionado del Plan de Galicia sobre Drogas, 2000).

f) La evaluación del *Programa de Prevención del Tabaquismo en E.S.O.*, elaborado por la entidad EDEX (Melero, 1998; Melero et al., 1999).

La investigación sobre eficacia de las intervenciones preventivas en España se ha centrado fundamentalmente en el ámbito escolar y gracias a la información derivada de los estudios nacionales e internacionales disponibles, los programas preventivos con mayor implantación en España responden en su mayoría a las exigencias básicas deseables, tanto en lo relativo a los contenidos trabajados (Tabla 11), como en lo relativo a la metodología empleada, mientras se mantiene el reto de conseguir una cobertura universal de toda la población escolar y de incrementar la calidad en la puesta en marcha de los mismos (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2002).

Tabla 11

*Componentes de los programas de prevención escolar en España: Porcentaje de programas que incluyen cada componente*

COMPONENTE	PORCENTAJE
Informativo	91.7
Autoimagen y superación	62.5
Control emocional	54.2
Toma de decisiones	95.8
Habilidades sociales y de resistencia	100.0
Tolerancia y cooperación	58.3
Ocio y tiempo libre	79.2

Fuente: Observatorio Español sobre Drogas, 2001

Con respecto a la *visibilidad* de los programas escolares de prevención españoles en Europa, como se ha mencionado anteriormente factor crucial para genera “evidencia”, existen en la actualidad 25 en la base de datos EDDRA del OEDT, de los 134 programas escolares que, en total, recoge este sistema de información. Estos programas son considerados oficialmente “modelos de buena práctica” y referentes de calidad en Europa. España está en primer lugar en la plataforma europea EDDRA, en cuanto a número de programas escolares (n=18) o multicomponentes que se desarrollan también en el marco escolar (n=7), seguida de Alemania, que cuenta con 13 programas de prevención escolar y 9 multicomponentes con la escuela como contexto de aplicación (véase [www.emcdda.europa.eu](http://www.emcdda.europa.eu)). Estos programas han sido sometidos a alguna forma de evaluación y han sido propuestos a EDDRA de forma independiente, a partir de publicaciones sobre resultados de investigaciones llevadas a cabo de forma interna o externa.

La utilización de programas basados en el enfoque “*evidence-based practice*” garantiza a los técnicos y equipos que se dedican a la prevención resultados acordes con los objetivos y calidad en sus intervenciones, lo que da reputación y credibilidad; sin embargo, no están exentos de algunas dificultades (Acero, 2004; Becoña, 2003). Se podrían mencionar algunas de sus desventajas:

- 1) Son más difíciles de implantar con fidelidad.
- 2) Pueden ser más costosos que los programas no evaluados.
- 3) Suelen requerir técnicos experimentados y adecuadamente entrenados.
- 4) Precisan, para su adaptación a un entorno determinado, de una cuidadosa atención a los componentes fundamentales, lo que con frecuencia requiere experiencia y mucho conocimiento del modelo.

Pero al mismo tiempo, los programas de prevención basados en datos empíricos presentan diversas y potentes ventajas (Becoña, 2003; Acero, 2004):

- 1) Tienen mayor probabilidad de producir resultados deseados frente a los programas que no han sido adecuadamente testados.
- 2) Es más probable que sean elegidos para financiación por diversas agencias.
- 3) Pueden contar con la ayuda de técnicos que tengan experiencia en su puesta en marcha.
- 4) Son más fáciles de evaluar porque cuentan con procedimientos y métodos que suelen estar a disposición de los equipos interesados.

No cabe duda que la existencia de programas de prevención sobre drogas que han sido probados empíricamente, aunque supongan afrontar muchos retos, también contribuyen a hacer más eficaz el trabajo de los técnicos, equipos de prevención y administradores, en un escenario de escasez de recursos económicos. Sólo es necesario que éstos se difundan, se hagan más accesibles y se ofrezca un adecuado apoyo técnico para su adaptación a distintos contextos (Speller, Wimbush y Morgan, 2005).

En España, los planes municipales y regionales sobre drogas tienen con frecuencia la tarea de valorar los programas de prevención que se desarrollan en su

territorio, dado que en sus políticas anuales convocan públicamente subvenciones para el mantenimiento y desarrollo de acciones preventivas desarrollados por entidades sin ánimo de lucro, o empresas dedicadas a la prevención del consumo de drogas. En estos casos, el órgano administrativo competente necesita contar con alguna herramienta técnica que le permita identificar intervenciones preventivas que estén bien fundamentadas, que utilicen los criterios de eficacia basados en la evidencia científica y contribuyan al incremento de calidad de la prevención en su zona de influencia.

El término calidad de prevención hace referencia a la utilización de criterios basados en la experimentación científica durante el desarrollo y puesta en marcha de las medidas preventivas (Speller et al., 2005). Los programas de prevención con este enfoque incluyen ineludiblemente una serie de elementos de distinto tipo y que, en conjunto, integran un programa de base científica (Cazares y Beatty, 1994). Estas áreas o elementos que hacen del programa de prevención una herramienta eficaz son: valoración de las necesidades de la intervención preventiva, fundamento de la intervención en un marco teórico sobre drogas adecuado, planteamiento de objetivos de prevención realistas y medibles, elección de un modelo de intervención o programa acorde con las necesidades y los objetivos, fidelidad en la puesta en marcha y aplicación del programa de prevención a los procedimientos y métodos definidos en el mismo, realización de la evaluación de la intervención para comprobar que los resultados obtenidos cumplen los objetivos (National Institute on Drug Abuse, 2003).

Tanto los administradores como técnicos de prevención, necesitan disponer de protocolos y normas de calidad que contribuyan a poner en marcha actuación de prevención escolar sobre drogas basadas en la evidencia científica. En el apartado siguiente se revisan los instrumentos disponibles para valorar y generar programas de prevención en distintos escenarios.

Para finalizar, podemos resumir que hoy en día existe un cuerpo de conocimiento importante sobre lo que hace que la prevención de drogas sea eficaz, en especial en el contexto escolar. Este conocimiento está bien identificado, está en constante evolución y es accesible para los técnicos de prevención. Se identifica con el nombre de *prevención basada en la investigación, o buenas prácticas en prevención*.

La orientación fundamental señala que los programas de prevención deben partir de alguna teoría válida que explique el problema de drogas que se desea modificar, deben ser multi-componente para actuar sobre varios factores del problema, y deben utilizar un modelo lógico que estructure la actuación, la cual incluye una evaluación de necesidades previa a la intervención y la evaluación de sus efectos.

Los términos *evidence-based practice, buenas prácticas* y calidad en prevención sobre drogas hacen referencia a ámbitos que se solapan. Todos ellos implican la incorporación de los avances de la investigación especializada en las intervenciones, así como los criterios consensuados por agencias expertas. Las intervenciones preventivas deben seguir los estándares planteados por los organismos de referencia, y han de hacerse visibles para contribuir a la “base de conocimiento” global en constante evolución, utilizando para ello los recursos disponibles, fundamentalmente el sistema de información EDDRA del OEDT, que es el referente europeo en este ámbito.

### **3.2. INSTRUMENTOS Y PROTOCOLOS DE LA PREVENCIÓN BASADA EN LA INVESTIGACIÓN**

Actualmente existe un conjunto de instrumentos y protocolos que ayudan a los técnicos e investigadores de prevención a diseñar intervenciones guiados por el enfoque *evidence-based practice*. A continuación se presentan los más importantes,

que han supuesto la base de conocimiento para desarrollar uno de los instrumentos (Preval\_Q) para valorar la calidad de la prevención en esta tesis.

**a) *Sistema de información técnica sobre prevención de drogas IDEA-Prevención***

El Sistema de Información Técnica sobre Prevención de Drogas IDEA-Prevención, ha sido el espacio de referencia de prevención sobre drogas de calidad en territorio español. Estuvo operativo entre 1988 y 2004.

La misión de este sistema de información especializado era captar y diseminar información sobre los programas de prevención sobre drogas desarrollados en todos los puntos de la geografía española, mediante web y publicaciones periódicas.

IDEA-Prevención era financiado a través de la DGPNsD y los planes regionales sobre drogas de diversas comunidades autónomas. Durante su actividad recogió de forma sistemática y estandarizada más de 700 programas de prevención españoles en base a dos criterios de inclusión: a) “Programas en Prácticas” que podrían ser considerados prometedores, por cuanto disponían de cierto rigor metodológico y evaluación de proceso y cualitativa, b) “Programas Avanzados”, que tendrían la consideración de buenas prácticas preventivas, por disponer de algún sistema de análisis que permitía una evaluación de resultados, al menos con diseño cuasi-experimental. Muchos de estos programas identificados con una metodología activa, reunían los criterios de inclusión en el sistema europeo EDDRA, que veremos más adelante. Las bases de datos y documentación que se generó en IDEA-Prevención quedaron bajo la custodia de la DGPNsD, tras su cierre en 2004.

**b) *Prevention and evaluation resources kit, PERK***

La herramienta PERK proporciona principios basados en la investigación, modelos de buena de práctica, instrumentos de planificación, orientaciones y materiales para la evaluación de programas preventivos sobre drogas. PERK ha sido desarrollado y es gestionado por el órgano europeo OEDT, a través de su web [www.emcdda.europa.eu](http://www.emcdda.europa.eu).

Igualmente, PERK hace accesible desde la web documentos y referencias fácilmente descargables y útiles para los técnicos de prevención que encuentran dificultades para acceder directamente a las evidencias de la investigación sobre prevención de drogas. Un punto central de la herramienta PERK es promover la idea de que la planificación de la prevención y la evaluación están interrelacionadas.

**c) *Exchange on drug demand reduction action, EDDRA***

La base de datos EDDRA, también desarrolla y gestionada por el OEDT, es un sistema de registro que persigue identificar, describir y dar a conocer, al conjunto de los actores europeos que intervienen en prevención y en otras áreas de acción sobre drogas, aquellas iniciativas que cabe considerar como *buenas prácticas* en la materia (<http://eddra.emcdda.europa.eu/>).

Con el deseo de mejorar la calidad de las prácticas preventivas existentes y de generar un corpus teórico y práctico propiamente europeo, EDDRA trabaja para divulgar los criterios a los que debe someterse una actuación preventiva para ser reconocida como *buena práctica*. Estos criterios hacen referencia a aspectos metodológicos de la planificación, aplicación y evaluación de la intervención preventiva.

Los programas sobre drogas, para acceder a EDDRA, son analizados y catalogados en 3 niveles de calidad que denominan nivel 1, 2 y 3. Los programas de

nivel 1, como mínimo, han de llevar un año en marcha, disponer de objetivos coherentes con un modelo teórico que sirve de referencia, unos indicadores de evaluación y un diseño de evaluación. Los de nivel 2, que se denominan en el marco de EDDRA programas “prometedores”, además de reunir los criterios anteriores, son puntuados por expertos según unos criterios técnicos relacionados con una mayor sofisticación metodológica tanto del programa como de la evaluación. Finalmente, el nivel 3 se reserva para lo que denominan “programas de alto nivel”. La diferencia entre el nivel 2 y 3 está en el punto de corte en la puntuación. El sistema de análisis proporciona un máximo de 39 puntos. Los programas nivel 2 deben obtener entre 12 y 27 puntos y los de nivel 3 deben obtener 28 puntos o más. Un programa de nivel 3 debe contar con un diseño experimental para la evaluación de sus resultados o, de no ser posible, un diseño cuasi-experimental y utilizar instrumentos de evaluación validados.

A la fecha de este estudio, EDDRA cuenta con información de 260 programas de prevención sobre drogas de distintos países, 33 de ellos son de nivel 2 (13%) y 23 (9%) alcanzan el nivel 3 de gran calidad. España cuenta con 66 programas de reducción de la demanda sobre drogas en esta base de datos, de ellos 44 son programas de prevención, de los que 25 son intervenciones realizadas en el ámbito escolar o que cuentan con componente escolar (véase [www.emcdda.europa.eu](http://www.emcdda.europa.eu)).

#### **d) Proyecto europeo *Getting evidence into practice, GEP***

El proyecto europeo GEP estuvo activo entre Febrero de 2004 y Julio 2005 y representó el trabajo conjunto de diversas redes internacionales y agencias de diversos países de la UE dedicadas a la prevención y promoción de la salud (<http://subsites.nigz.nl/systeem3/site2/index.cfm>). GEP ha sido financiado por la Comisión Europea (Directorate General for Health and Consumer Affairs).

El proyecto GEP ha dado lugar a 3 resultados fundamentales:

1) un protocolo de revisión consensuado para identificar, recopilar, definir y describir evidencia científica en las intervenciones sobre promoción de la salud;

2) un instrumento de calidad europea denominado EQUIHP (*European Quality Instrument for Health Promotion*), para evaluar y mejorar las intervención de promoción de la salud; y

3) actualización de los datos de investigación sobre la eficacia de los programas de promoción de la salud.

El EQUIHP es una herramienta de gran valor para desarrollar y asegurar la calidad de los programas de promoción de la salud. Se trata de un listado de indicadores de calidad y una guía de calidad de los programas que presentamos con más detalle posteriormente en este apartado.

**e) *National registry of evidence-based programs and practices, NREPP***

En los Estados Unidos, bajo el auspicio de la agencia *Substance Abuse and Mental Health Services Administration* (en adelante SAMHSA), existe un registro nacional de programas basados en la investigación denominado NREPP cuya web es: <http://nrepp.samhsa.gov/>.

La misión de este registro es contribuir al desarrollo de programas de prevención con el enfoque “*evidence-based*” mediante la identificación, revisión y diseminación de los mismos, objetivos éstos muy parecidos al del sistema de información europeo EDDRA.

En el NREPP, la categoría de programa de prevención basado en la investigación es alcanzada tras el análisis técnico y el consenso de un panel de expertos en

prevención, entrenados y elegidos por la agencia norteamericana *Center for Substance Abuse Prevention* (en adelante CSAP), que forma parte del SAMHSA. Los programas son 'nominados' por equipos de expertos, quienes a través de un proceso de escrutinio y análisis de sus componentes claves, evalúan su eficacia, y deciden considerarlos como programas de base científica, según un continuo donde se establecen tres categorías:

1) *Programa prometedor*, cuando la intervención preventiva ha demostrado algunos resultados positivos, aunque éstos no sean consistentes en el tiempo, o bien el método de evaluación no ha sido suficientemente riguroso como para garantizar la consistencia de los resultados.

2) *Programa efectivo*, cuando la intervención ha demostrado un patrón consistente de resultados positivos.

3) *Programa modelo*, cuando la intervención no sólo ofrece resultados consistentes, sino que también está preparada para ser diseminada y proporciona asistencia técnica para los equipos interesados en su implementación.

**f) *Centers for the application of prevention technologies, CAPT***

Los CAPT, adscrito a la agencia norteamericana *Center for Substance Abuse Prevention*: CSAP, disponen de una web a través de la cual hacen accesibles métodos e instrumentos para promover el trabajo de prevención de base científica (<http://captus.samhsa.gov/western/resources/bp/index.cfm>). Proponen un sistema de trabajo en siete pasos, cada uno de ellos con métodos y herramientas propias, a saber:

1. Valoración de la necesidad percibida de la intervención preventiva por parte de los líderes y mediadores del lugar donde se va a intervenir.

2. Valoración de necesidades de prevención, que incluye la situación respecto a factores de riesgo y protección para el consumo de drogas de la población destinataria de la intervención.

3. Decisión sobre qué factores (priorización) intervenir, de los analizados en la fase anterior.

4. Valoración de los recursos existentes en el entorno social en el que se va a trabajar, que pueden influir en los factores/determinantes objeto de modificación mediante el programa de prevención.

5. Selección del tipo de esfuerzo preventivo a realizar: prevención universal, selectiva o indicada.

6. Selección de un modelo de intervención basado en la evidencia, es decir, identificar y elegir programas preventivos que se han mostrado eficaces para los factores de riesgo y protección sobre los que se quiere trabajar.

7. Evaluación de la intervención.

Para seguir este proceso los CAPT, a través de su página web, proporcionan distintos materiales: listados de comprobación, protocolos, cuestionarios, registros, etc., todo ello dirigido a promover la puesta en marcha de programas de prevención de calidad en el ámbito local.

#### **g) Cuestionario EDDRA**

El Cuestionario EDDRA es el instrumento del sistema de información del mismo nombre, mencionado más arriba. Su misión es recopilar de forma sistemática la información técnica sobre los programas de intervención sobre drogas que incluye, no sólo programa de prevención, sino también de tratamiento y reinserción.

Estos programas han de reunir los criterios de entrada en la base de datos para poder hacerse visibles desde el sistema de búsquedas del sistema de información EDDRA. Los criterios de entrada se especifican en la página web del mismo ([www.emcdda.europa.eu/themes/best-practice/examples/quality-levels](http://www.emcdda.europa.eu/themes/best-practice/examples/quality-levels)) y hacen referencia a aspectos de la evaluación y la antigüedad del programa.

La DGPNsD, como responsable nacional ante EDDRA, desempeña un papel fundamental en la recogida de datos sobre los proyectos realizados en España y asegura el control de la calidad de la información suministrada por los directores de cada proyecto o programa.

El cuestionario EDDRA estructura la información en 9 áreas generales referidas a importantes aspectos de la intervención preventiva, algunos de tipo administrativo y otros técnicos. Entre los criterios técnicos están: marco teórico o de referencia que sustenta la intervención, objetivo de la intervención, población destinataria, mediadores implicados, contexto donde se desarrolla, materiales utilizados, desarrollo de evaluación, incluyendo indicadores, instrumentos utilizados y diseño, así como resultados de la evaluación y visibilidad de los mismos.

Completar el cuestionario EDDRA constituye un ejercicio de análisis de la intervención preventiva que contribuye a identificar sus lagunas y puntos fuertes.

#### **h) *Cuestionario IDEA-Prevención***

El Cuestionario IDEA-Prevención permite la recogida estandarizada de información de las intervenciones dirigidas a la prevención del abuso de drogas seleccionadas para entrar en el Sistema de información técnica sobre prevención de drogas IDEA-Prevención, mencionado más arriba. El formulario tiene una versión papel y otra en soporte electrónico. En el 2002 se elaboró la última versión a partir de la cuarta

edición del cuestionario europeo EDDRA, a fin de armonizar ambos instrumentos y permitir el volcado de información de IDEA a EDDRA de forma rápida. El cuestionario IDEA-Prevención es similar en todo al de EDDRA descrito más arriba, suprimiendo los ítems que en EDDRA hacen referencia a campos distintos a la prevención del abuso de drogas. La Tabla 12 presenta la estructura de la información sobre los programas de prevención que recoge IDEA y que tiene muchos elementos comunes con EDDRA.

Tabla 12

*Estructura de la información sobre programas de prevención recogidos en la base de datos del Sistema de Información IDEA-Prevención*

Identificación	Marco	Características	Evaluación	Resultados	Financiación	Productos
Nombre Centro responsable	Tipo programa	Población diana Grupo estratégico	Tipo de evaluación	Resultados por objetivo	Presupuesto	Referencias bibliográficas
Organizaciones implicadas	Situación inicial	Cobertura prevista	Indicadores	Resultados no esperados	Fuente de financiación	Actividades para informar del programa
	Objetivos: general y específicos	Sustancia a la que se dirige	Instrumentos y recursos			
	Marco teórico por objetivo	Contexto aplicación				
		Acciones				
		Rec. humanos				
		Cobertura geográfica				
		Calendario				

### i) **Cuestionario PREFFI**

El PREFFI, denominado *Health promotion effect management instrument*, es un instrumento elaborado en Holanda por el NIGZ con el fin de evaluar y diagnosticar la calidad de los programas de promoción de la salud.

Este instrumentos se utiliza fundamentalmente en Holanda, pero su potencial ha sido identificado y utilizado por la organización internacional IUHPE en el marco del proyecto financiado por la Unión Europea "*Getting evidence into practice*". Dispone de

una página web en inglés ([www.nigz.nl](http://www.nigz.nl)) donde se presentan sus principales características y desarrollos.

El cuestionario PREFFI incluye 39 criterios de calidad agrupados en 8 áreas relacionadas con aspectos del desarrollo de la intervención y con aspectos de la aplicación de la misma (Molleman, Peters, Hommels y Ploeg, 2003). Estas áreas son:

1. *Condiciones del contexto y viabilidad de la intervención.* Este componente hace referencia a aspectos de la gestión del programa, apoyos y voluntad formal para el mismo, capacitación existente y liderazgo del director del proyecto.

2. *Análisis del problema:* naturaleza, gravedad y distribución del problema, así como percepción del mismo por parte de los agentes implicados.

3. *Determinantes del problema:* conductas y entorno, modelo teórico que sirve como guía, importancia de los distintos determinantes en la contribución al problema, posibilidad de modificación de los determinantes.

4. *Grupo destinatario:* descripción de sus características demográficas, motivación para el cambio y accesibilidad al grupo.

5. *Objetivos:* operacionalización de los objetivos, cuantificación y concreción de los mismos en el tiempo.

6. *Desarrollo de la intervención:* métodos y estrategias previstas, duración e intensidad de la intervención, experiencias previas, oportunidad de la intervención, ajuste de la intervención a la población destinataria, ajuste de la intervención a la cultura del grupo al que pertenecen los destinatarios, utilización de técnicas de probada efectividad (métodos interactivos, entrenamiento en habilidades, etc.), características de la aplicación, coherencia entre actividades y objetivos, existencia de pre-evaluación.

7. *Aplicación del programa*: modo de aplicación, control del proceso, incorporación del programa a una estructura ya existente.

8. *Evaluación*: claridad y acuerdo sobre el método de evaluación, métodos para la evaluación de proceso y de resultados, validez de los resultados encontrados, difusión de los resultados.

Cada una de estas áreas está dividida en un conjunto de criterios que pueden ser puntuados como “*débil*”, “*moderado*” y “*fuerte*”, de tal manera que es posible tener una valoración global de una intervención en particular. *Débil* significa que hace falta una mejora en el criterio que se está valorando. *Moderado* se refiere a un punto intermedio entre insuficiente y suficiente lo que, dependiendo de la situación, enfatiza la necesidad de mejorar más o menos. Finalmente, *fuerte* en PREFFI significa que no hace falta mejorar en el criterio analizado. Terminado el proceso de valoración de cada uno de los criterios de calidad contemplados es posible obtener una cuantificación de la calidad encontrada en cada una de las 8 áreas analizadas, junto con un detalle de los puntos a mejorar y las acciones a desarrollar para incrementar la calidad de la intervención.

El PREFFI se está utilizando en Holanda y existen traducciones en Inglés, Francés, Húngaro y Noruego (Molleman, Peter, Hosman, Kok y Oosterveld, 2006).

#### **j) Cuestionario EQUIHP**

Este cuestionario es uno de los resultados del proyecto europeo *Getting evidence into practice*. El instrumento tiene como misión incrementar y evaluar la base en la evidencia de las prácticas de promoción de la salud en territorio europeo. Ha sido desarrollado a partir de la experiencia de un número amplio de instrumentos de valoración de la calidad procedente de diversos países europeos. Puede ser utilizado

en diferentes momentos del desarrollo de la intervención: durante la planificación para asegurar la inclusión de los criterios de calidad en el proyecto, durante la puesta en marcha del mismo y durante la evaluación para comprobar el grado de calidad alcanzado en la intervención de promoción de la salud.

La base conceptual del EQUIHP procede de la experiencia práctica en promoción de la salud. Este modelo identifica 4 áreas esenciales para alcanzar la calidad en la intervención. Estas áreas son:

- Principios de la promoción de la salud.
- Desarrollo e implementación del proyecto, incluye análisis de la situación, objetivos, grupo destinatario, métodos y evaluación.
- Gestión del proyecto, referido a la planificación, documentación, liderazgo, capacitación y recursos.
- Sostenibilidad del proyecto, relativo a si se asegura la continuidad del proyecto tras la financiación que lo impulsó.

Para cada una de estas áreas hay definido un conjunto de criterios e indicadores de valoración los cuales son graduados en tres puntos: “*Si*”, “*Parcialmente*” y “*No*”.

Estas fuentes e instrumentos que acabamos de presentar, suponen un importante escenario operativo sobre la base en la “evidencia” para los programas de prevención sobre drogas. Todos ellos recopilan un conjunto de indicadores procedentes de revisiones y meta-análisis que es necesario tener en cuenta en la práctica de prevención. Es importante que sean accesibles y adaptados a la realidad de cada entorno y que se promueva e incentive su utilización.

Para efectos de esta tesis, este amplio abanico de instrumentos ha constituido la fuente de referencia básica para el desarrollo de uno de los instrumentos de evaluación utilizados: aquel que se encarga de valorar la calidad de las intervenciones preventivas y que hemos denominado Preval\_Q (véase apartado 5.2.2).

### **3.3. PREVENCIÓN ESCOLAR SOBRE DROGAS EN LA COMUNIDAD DE MADRID**

Este apartado se va a centrar en presentar la práctica preventiva escolar que se realiza en la región de Madrid. Para ello, vamos a describir la organización pública de la prevención escolar sobre drogas, que es la que impulsa y financia gran parte de la actividad regional, si bien no todo lo que se hace es controlado por la administración regional. Este punto es importante para comprender muchos aspectos de la fase empírica de esta tesis; por ejemplo, los factores de riesgo/protección seleccionados, la cantidad de prevención realizada y el lugar donde se desarrolla la investigación.

En la Comunidad de Madrid, la AGAD es el órgano responsable de las políticas públicas sobre drogas, que no incluye el tabaco. Desarrolla sus competencias en prevención desde el *Servicio de Prevención* quien se ocupa de la planificación, coordinación y evaluación de las actuaciones de prevención sobre drogodependencias y otros trastornos adictivos que se desarrollan en la región. Su ámbito de actuación se extiende a todos los municipios que componen la Comunidad de Madrid con los que se coordina fundamentalmente mediante convenios de colaboración para implantar actuaciones destinadas a la reducción de la demanda de drogas de la población local.

La AGAD mantiene convenios de colaboración con 24 municipios de la región y 3 mancomunidades, que aglutinan 14 municipios, a los cuales ofrece recursos y apoyo técnico considerando los planteamientos del *Plan Estratégico 2006-2009* (Agencia Antidroga, 2007).

De los 170 municipios que componen la Comunidad de Madrid en 70 de ellos (39%) se desarrollaban actividades de prevención escolar sobre drogas en 2006, cuando se estudió la cantidad de prevención realizada en la región (Agencia Antidroga, 2007). En el Anexo 1 se presenta el alcance en nº de alumnos, centros educativos y programas de prevención en estos municipios, bajo la coordinación del área de Prevención de la AGAD, durante 2006. Todos los municipios de más de 100.000 habitantes desarrollan varios programas de prevención escolar y la cobertura tiende a ser amplia. Los municipios de 50.000 a 100.000 habitantes realizan alguna intervención preventiva, mientras que los municipios de menor tamaño apenas llevan a cabo actuaciones de prevención sobre drogas en su población escolar.

En los últimos años, previos al desarrollo de esta investigación, se viene ofreciendo a los municipios un paquete de programas y actividades de prevención de los que los más demandados son: el programa de prevención de alta cobertura *“Prevenir para vivir”*; el programa escolar de prevención de las drogodependencias a través del cine: *“Cine y educación en valores”*; el programa de prevención temprana *“En la huerta con mis amigos”*; y el *“Programa de prevención escolar del consumo de alcohol y otras drogas dirigido a adolescentes de la Comunidad de Madrid”*. Otros que también son promovidos públicamente, aunque con menor impacto a la fecha de esta valoración, son: el programa multicomponente *“Proyecto Olimpo”*; el programa *“Déjame que te cuente algo sobre los porros”*; el programa escolar *“Prevenir en colección”*; y el Concurso escolar nacional *SIN*, que es la versión previa al actual *“EL secreto de la buena vida”*. De todos estos, el programa *“Prevenir para vivir”* es el más solicitado por todos los municipios, en las fechas de esta valoración (Tabla 13).

Tabla 13

*Alcance de la prevención escolar sobre drogas realizada en la Comunidad de Madrid en 2006*

NOMBRE DEL PROGRAMA DE PREVENCIÓN(**)	Nº DE ALUMNOS	Nº DE PROFESORES	Nº DE CENTROS ESCOLARES	Nº DE MUNICIPIOS
EHA	12.690	533	113	19
PEC	458	24	8	5
CINE	18.961	884	119	21
AOD	8.614	299	134	3
PPV	56.443	2.403	195	60
ETO	3.128	126	23	9
PO	4.271	--	93	--
DCP	4.050	69	4	15
SIN	11.248	--	129	38

Fuente: Agencia Antidroga, 2007

Nota(\*\*): Programas de Prevención: EHA= En la huerta con mis amigos; PEC= Prevenir en colección; CINE= Programa escolar de prevención de las drogodependencias a través del cine "Cine y educación en valores; AOD= Programa de prevención escolar del consumo de alcohol y otras drogas dirigido a adolescentes de la Comunidad de Madrid; PPV= Prevenir para vivir: Programa de prevención de alta cobertura; ETO= Entre todos; PO= Proyecto Olimpo; DCP= Déjame que te cuente algo sobre los porros; SIN= Sinesio/a juego de prevención de las drogodependencias en forma de concurso.

A continuación se presentan las características principales de los programas de prevención escolar sobre drogas que se utilizan extensamente en la Comunidad de Madrid.

Es de gran importancia en el desarrollo de esta tesis este conocimiento ya que estas intervenciones son el punto de referencia para saber, como se ha mencionado antes, qué factores de riesgo y protección se vienen trabajando en los alumnos madrileños en los últimos años.

Cualquier evaluación de prevención que se pretenda ha de comprobar si se han producido cambios en estos factores, que son promotores o protectores del consumo de drogas adolescente. Por tanto, en esta tesis es crucial su análisis (véase 2.2, Tabla 10). También ha sido fundamental analizar estos programas, desde una perspectiva cuantitativa, para operativizar una de las variables de esta tesis: la exposición a la prevención (véase apartado 3.3.2, Tablas 14 y 15).

### 3.3.1. Programas de prevención escolar promovidos por la Agencia Antidroga

La AGAD, en colaboración con la Consejería de Educación, ofrece a los centros educativos de la región, a través de las áreas o departamentos municipales de drogas de cada Ayuntamiento (Centros de Atención Integral a las Drogodependencias), la posibilidad de desarrollar cada curso escolar, una serie de programas preventivos. La “cartera” de programas escolares supone una oferta universal, para todos los centros que lo solicitan, gratuita, y se modifica y amplía cada año, atendiendo a las necesidades detectadas. Junto con esta oferta la administración regional también promueve intervenciones para el ámbito familiar y comunitario, entre otros.

En los siguientes párrafos se va a hacer una breve presentación de las características fundamentales de los programas escolares de prevención más extendidos en la Comunidad de Madrid entre 2005 y 2008 (Agencia Antidroga, 2008), dado que este conocimiento nos permite saber cuáles son los factores de riesgo y protección que se están trabajando en los municipios para incidir de forma preventiva en los consumo de drogas de los adolescentes escolarizados.

#### **Programa PPV “Prevenir para vivir”**

El PPV es un programa de prevención universal del consumo de drogas para integrarse en la programación del aula, por lo tanto, es aplicado por el profesor-tutor habitual de los alumnos. El PPV ha sido desarrollado y gestionado por la entidad FAD y viene siendo aplicado en Madrid desde hace varios años a través de la AGAD. Es utilizado también en otras muchas comunidades autónomas del país.

El objetivo de la intervención es modificar los factores que están implicados en el inicio del consumo del alcohol y otras drogas tales como: auto-control, autoestima, capacidad crítica, actitudes hacia la salud, clarificación de valores, toma de decisiones,

y habilidades sociales, entre otros. Está dirigido a estudiantes de 3 a 16 años, por lo tanto abarca todas las etapas educativas: educación infantil, educación primaria y educación secundaria.

El PPV dispone de materiales específicos para desarrollar sus sesiones tanto para alumnos como para profesores (Guía didáctica). El cuadernillo de alumnos consta de 7 actividades para realizar a lo largo del curso escolar. Algunas de las actividades pueden requerir más de una clase para su desarrollo. Los cuadernillos son específicos de cada curso y etapa educativa: infantil, primaria y secundaria.

El PPV dispone de un sistema de evaluación de su aplicación gestionado por la entidad que lo promueve. No se tiene constancia de la evaluación de sus efectos sobre la población destinataria.

#### ***“Programa escolar de prevención de drogodependencias a través del cine”***

Se trata de un programa de prevención universal dirigido a alumnos de educación secundaria y bachillerato, consistente en el visionado de 3 películas a lo largo del curso escolar, diferentes cada año, y en el trabajo en el aula antes y después de ver la película, siguiendo las pautas de la guía didáctica específica para cada una de ellas.

Las películas son especialmente seleccionadas por la entidad gestora del programa, para que las historias que desarrollan se refieran a situaciones que permiten trabajar actitudes y valores relacionados con la prevención sobre drogas.

“El Cine”, como se le suele denominar en el contexto de trabajo técnico de prevención, es un programa desarrollado por la FAD y es aplicado en Madrid desde hace muchos años a través de la AGAD, con buena aceptación por parte de los centros educativos. En cada aplicación existe un protocolo de recogida de información para evaluar el proceso de aplicación del programa, que es gestionado y analizado por la

FAD. No existe información sobre la evaluación de la eficacia del programa en los alumnos.

Una descripción de este programa de prevención y los resultados de una evaluación de proceso (datos sobre su puesta en funcionamiento, extensión y opinión de participantes) están recogidos en la base de datos de EDDRA del OEDT, con el nombre “*The movies and teaching values*”, cuyo resumen y datos se pueden encontrar en la página web [www.emcdda.europa.eu](http://www.emcdda.europa.eu).

### **Programa “*En la huerta con mis amigos*”**

Se trata de un programa de prevención universal dirigido a escolares de 4 a 8 años que están cursando educación Infantil y primer ciclo de educación primaria. Su finalidad es contribuir a la maduración socio-emocional de los niños, la adquisición de hábitos de salud y el inicio de un trabajo preventivo sobre el consumo de drogas.

El programa “*En la huerta con mis amigos*” (EHA en adelante) consiste en cuentos que contienen los mensajes preventivos, los cuales se afianzan con actividades alrededor del tema de cada cuento (celos, envidia, ganas de ser mayor, solución mágica de los problemas, etc). EHA se desarrolla en 2 meses aproximadamente con aplicación semanal por parte del profesor habitual de los niños y niñas del aula.

Durante el curso escolar 1999-2000 se realizó un estudio de evaluación para conocer las distintas formas de aplicación de esta medida preventiva en la Comunidad de Madrid y sus efectos en algunas variables socio-emocionales, que funcionan como factores de protección para el consumo de drogas en etapas posteriores. En el estudio de evaluación, consistente en un diseño de medida post-intervención con grupo control, participaron 22 aulas de 4 municipios de la Comunidad de Madrid. En total se evaluaron a 382 niños y niñas que habían participado en el programa en ese período.

El análisis de la aplicación del programa por parte del profesorado puso en evidencia, fundamentalmente, la gran variabilidad con la que éste aplica el programa en el marco de su aula, en cuanto a número de cuentos utilizados, tiempo dedicado, momento del curso en el que se ejecuta y actividades realizadas. Con respecto a los efectos que el programa tiene sobre los niños, los resultados indicaron que afecta de forma positiva a conductas relacionadas con los siguientes factores: afrontamiento y solución de problemas, conductas de salud y de integración social y, finalmente, autoimagen. El análisis mostró que los efectos positivos son más evidentes cuando la aplicación de EHA se hace de forma rigurosa, ateniéndose a las pautas que presenta el manual para el profesor (Martínez y Garrido, 2000; Martínez Higuera, 2001).

La descripción del programa y los resultados de esta evaluación están recogidos en la base de datos de EDDRA del OEDT con el nombre *“The hole in the fence. Early prevention of drug abuse in the region of Madrid”*. La descripción completa se encuentra en la página web [www.emcdda.europa.eu](http://www.emcdda.europa.eu).

### ***“Programa de prevención escolar del consumo de alcohol y otras drogas”***

Se trata de una intervención educativa dirigida a jóvenes y adolescentes a partir de 12 años (educación secundaria obligatoria y bachillerato). Su objetivo es informar sobre drogas y los riesgos derivados de su uso y abuso, los tipos de consumo, los factores de riesgo para el mismo, así como conocer las estrategias de resistencia ante la oferta de drogas y la presión del grupo, la solución de problemas y la toma de decisiones adecuadas.

*“Alcohol y otras drogas”*, como se le suele denominar, se presenta en formato de taller y se desarrolla en 6 horas durante varias sesiones en el marco del aula,

generalmente con un educador externo al centro escolar, que es formado y facilitado por la entidad que desarrolla el programa.

La entidad Alma-Ata gestiona y desarrolla el programa ([www.alma-ata.es](http://www.alma-ata.es)), financiada por la AGAD, promoviendo la recogida de datos para la evaluación de la aplicación; sin embargo, no se tiene información sobre la existencia de una evaluación de los efectos del programa sobre los destinatarios del mismo.

### **Programa multicomponente de prevención “*Proyecto Olimpo*”**

Esta intervención preventiva es una amplia propuesta de educación para la salud dirigida a alumnos de educación primaria y sus familias. El Proyecto está compuesto de varios sub-programas complementarios, susceptibles de ser aplicados de forma independiente. Su objetivo es el desarrollo de competencias personales básicas y estilos de vida saludables, importantes factores de protección para el consumo de drogas. En la Comunidad de Madrid suele aplicarse en forma de actividad extraescolar.

Cada uno de los sub-programas del Proyecto se desarrolla con un material educativo propio para el alumno y el monitor. En el mismo se presentan los contenidos mediante historias y aventuras de figuras mitológicas de la Antigua Grecia, con ilustraciones y viñetas que hacen el material atractivo a la edad de los destinatarios. A través de las actividades propuestas en el material los alumnos, guiados por un educador entrenado adecuadamente, trabajan distintos componentes personales con una metodología dinámica, interactiva y flexible.

Los componentes del “Proyecto Olimpo” son:

a) *Higieia*, cuyo objetivo es el desarrollo de hábitos saludables en relación con la higiene, la alimentación y el ocio. Consta de 14 sesiones y está dirigido a niños y niñas de 8 a 10 años.

b) *Atenea*, dedicado al aprendizaje y desarrollo de habilidades sociales. Consta de 14 sesiones y está dirigido a niños y niñas de 8 a 10 años.

c) *Ulises*, dirigido al aprendizaje y desarrollo del auto-control emocional. Consta de 14 sesiones y sus destinatarios son niños y niñas de 10 a 12 años.

d) *Hércules*, dirigido al aprendizaje de estrategias de solución de problemas y toma de decisiones. Consta de 14 sesiones y está destinado a alumnos de 10 a 12 años.

e) *Zeus*, es el componente familiar del Proyecto Olimpo. Se trata de un taller para padres dirigido a entrenarlos en las habilidades necesarias para potenciar los factores de protección familiar para el consumo de drogas: comunicación familiar y normas y límites en los hijos, entre otros.

El programa *Ulises* dispone de una evaluación de sus efectos, realizada en el curso escolar 2002-2003 mediante un diseño quasi-experimental con grupo control no equivalente, cuyos datos han sido recogidos en el Sistema de Información EDDRA del OEDT. El programa figura en la base de datos con este nombre: "*ULYSSES: Learning programme for the development of emotional self control*", cuyo resumen se puede encontrar en la página web [www.emcdda.europa.eu](http://www.emcdda.europa.eu).

### **Programa "Déjame que te cuente algo sobre... los porros"**

Intervención escolar, aunque también puede ser utilizada en otros contextos, dirigida a incidir en el inicio del consumo adolescente (13-16 años) de cannabis. Concretamente, trata de afectar el discurso pro-consumo que existe en la juventud, cuestionando las ideas incorrectas y las falsas atribuciones positivas sobre la sustancia.

Dispone de un material específico para el profesor y otro para los jóvenes, que es trabajado en el aula a lo largo de las 5 sesiones en las que se desarrolla la

intervención. Cuenta también con un material para las familias a fin de promover un diálogo en los hogares de los alumnos sobre el tema.

Este programa ha sido evaluado durante el curso escolar 2004-2005 por el equipo que lo desarrolló (evaluación interna), sobre un total de 3.316 alumnos de 29 centros educativos, pertenecientes a diferentes municipios (Fuenlabrada, Collado Villalba, Getafe, Tres Cantos, Sevilla y Cuenca). Se realizaron análisis cualitativos y cuantitativos de la aplicación. Entre ellos, mediante un diseño cuasi-experimental pretest-postest con grupo control no equivalente, se proporcionan datos de los efectos de la intervención en los destinatarios (evaluación de resultados) mostrando evidencias de que el programa es eficaz para producir cambios en la actitud hacia el consumo de cannabis y en las creencias normativas sobre el cannabis en los adolescentes participantes (Jiménez y Arbex, 2006).

### **Programa “Entre todos”**

Esta intervención preventiva tiene como objetivo potenciar algunos procesos de maduración de los adolescentes que les ayuden a superar dificultades y a reforzar el control personal sobre su entorno, así como dotar a sus padres de herramientas educativas que contribuyan a mejorar las relaciones familiares.

“Entre todos” ha sido desarrollado por la entidad Proyecto Hombre. Está dirigido a alumnos de 1º, 2º y 3º de educación secundaria y consta de 10-11 sesiones de tutoría a desarrollar en el aula por parte del profesor habitual. A través de estas sesiones la intervención trata de influir en componentes claves para la prevención: información, actitudes, valores, motivación y habilidades. Dispone de un componente familiar que se ofrece a las escuelas utilizando para ello un manual específico para las familias.

El programa “*Entre todos*” ha sido sometido a varias evaluaciones de sus efectos sobre la población destinataria, mostrando eficacia en distintos componentes del mismo (Acero y Jiménez, 2004; Gil Carmena, 2005). Una descripción del programa y los datos de una de las evaluaciones realizada en el curso escolar 2000-2001 mediante un diseño quasi-experimental con grupo control no equivalente, están recogidas en el sistema de información EDDRA del OEDT. El programa figura en la base de datos con este nombre: “*Entre todos: A school and family prevention programme of the Proyecto Hombre Association*” y está accesible en la web [www.emcdda.europa.eu](http://www.emcdda.europa.eu).

### **Programa “*Prevenir en colección*”**

“*Prevenir en colección*” (en adelante PEC) es una intervención preventiva que, a través de la implicación de la familia, la escuela y los recursos comunitarios, pretende fomentar la adquisición de actitudes, valores y hábitos de vida saludables en la población infantil.

PEC fue desarrollado por la entidad catalana Instituto para la Promoción Social y de la Salud (IPSS) y ha sido impulsado por la AGAD durante varios años.

Se trata de un programa de prevención dirigido a niños y niñas de educación primaria de 6 a 11 años. Consiste en completar una colección de cromos para trabajar en el aula los siguientes temas: hábitos de alimentación e higiene, actitudes ante el consumo de alcohol y otras drogas, problemas escolares, actividades de ocio y tiempo libre y, finalmente, diálogo y comunicación familiar. Para el desarrollo de las sesiones el programa dispone de un álbum denominado “*Cosas de la vida de Esperanza y de Felipe*”, 41 cromos que los alumnos han de recoger de distintos puntos de la comunidad (barrio o pueblo), una guía de aplicación para los profesores, una guía de

padres y madres y el CD-ROM *“Esta casa es un enigma”*, que contiene un video juego interactivo.

No se tiene información de ninguna evaluación realizada sobre la aplicación del programa y sus efectos en la población destinataria. Únicamente se dispone de datos de participación por cursos y municipios.

### **Programa *“El secreto de la buena vida”***

Esta intervención es la versión actualizada y modificada de otra que se denominaba *“Sinesio/a, juego de prevención de drogodependencias”*. El *“Secreto de la buena vida”*, en adelante SBV es una intervención preventiva en formato de juego de ordenador y concurso, cuya misión es sensibilizar a los niños y niñas del último ciclo de Primaria (10-12 años) y entrenarles en las conductas protectoras para el consumo de drogas.

Los elementos preventivos que trabaja SBV son: información sobre drogas (tabaco, alcohol y cannabis), toma de decisiones sobre hábitos saludables, habilidades de relación social, y discriminación de conductas saludables y no saludables.

El juego consiste en un viaje virtual por las 17 comunidades y ciudades autónomas de España, en las que el joven jugador tiene que descubrir el “secreto de la buena vida” para lo cual, a través de un personaje virtual, debe participar en diversas aventuras, pruebas, salvar obstáculos y dificultades que le irán dando puntos en su avance hacia la meta. Sólo los que completan el viaje conocerán el sentido del secreto buscado, el cual les ayudará a vivir plenamente sin drogas.

Al finalizar el juego se obtiene una puntuación con la que el alumno puede participar en un concurso autonómico y nacional, patrocinado por la AGAD de la Comunidad de Madrid y la DGPNSD.

No existe información sobre datos de evaluación de esta intervención preventiva escolar. A escala autonómica se recogen los datos de participación, pero no sobre sus efectos en patrones de conducta o actitudes relacionadas con las drogas.

#### **Programa “*Jóvenes, ocio y salud*”**

Taller extraescolar dirigido a adolescentes de 11 a 16 años desarrollado mediante dinámicas de grupo y vídeo-coloquios en los que los jóvenes reflexionan y debaten sobre distintos temas: salud, publicidad, educación en valores, habilidades sociales, etc. No hay constancia de evaluación de esta intervención.

#### **Programa “*Jugar es la alternativa*”**

Taller extraescolar dirigido a adolescentes de entre 11 y 16 años que estén cursando educación secundaria y bachillerato. Consiste en actividades de ocio y tiempo libre con las que se pretende fomentar el juego como alternativa real a la asociación ocio-consumo. Por medio del juego se pretende favorecer la aparición de valores y actitudes como la creatividad, el pensamiento propio, la salud, etc. No hay constancia de evaluación de esta intervención.

-----OoOoOoOoOo-----

En conclusión, este repaso sobre las principales propuestas de prevención escolar en la Comunidad de Madrid nos permite tener un marco de referencia en cuanto a métodos y destinatarios, donde los centros escolares pueden elegir en función de sus objetivos y necesidades. Sin embargo, para que estos programas

puedan tener los resultados que plantean sus objetivos son necesarias dos cosas: 1) que los programas hayan mostrado su eficacia en estudios de evaluación; y 2) que se conozcan bien cuáles son las necesidades de prevención de la población destinataria, en especial en lo referente a sus factores de riesgo (Acero, 2004).

Con respecto al primer punto, en este apartado hemos visto que sólo 4 programas de la “cartera” disponible cuentan con alguna evaluación de sus efectos. Además, los estudios son aislados y no son utilizados para mejorar las características técnicas de los programas, o para catalogarlos como programas “evaluados”; es decir, mejores como herramienta preventiva que los que no cuentan con ninguna evaluación.

Respecto al punto mencionado sobre conocimiento de las necesidades de prevención de la población destinataria, es una práctica habitual que los servicios municipales de drogas y los centros educativos demanden las intervenciones del catálogo de programas existente, sin conocer realmente la situación respecto a consumos de drogas o factores de riesgo que afectan a la población sobre la que quieren intervenir. De esta manera, el procedimiento de selección del programa y su aplicación es una mera acción administrativa, posiblemente educativa, pero alejada de los criterios de “buena práctica” y “base en la evidencia” de la prevención (Salvador y Martínez, 2002).

Estos dos aspectos son muy importantes en esta tesis. Durante la fase de valoración de la calidad de los programas de prevención (una de las variables evaluadas) ha sido necesario conocer las características técnicas de los programas de prevención que los participantes han experimentado y las prácticas en su puesta en marcha. Ello nos ha permitido por un lado, estudiar el grado de calidad de los programas de prevención (apartado 6.2.3.1) y, por otro, identificar aquellos con mayor

y menor calidad para comprobar sus efectos en el consumo de drogas (apartado 6.2.3.2), uno de los objetivos de esta tesis, como se verá más adelante.

### **3.3.2. Exposición a la prevención en la Comunidad de Madrid**

Dado el número de programas de prevención desarrollados en la Comunidad de Madrid durante los últimos años (véase principio del apartado 3.3), se consideró que los estudiantes podían haber participado de diferentes intervenciones preventivas. De hecho, de acuerdo a nuestro análisis, algunos municipios de la Comunidad de Madrid han realizado más programas de prevención que otros (Anexo 1). Por ello, para esta tesis, se hizo necesario operativizar el grado en que los estudiante habían participado en programas de prevención, considerando el número de programas a los que habían estado “expuestos”. Esta medida no tiene en cuenta el grado de participación activa del alumnado, sino solamente el grado en que éste ha recibido un mayor o menor número de programas de prevención.

La “*exposición a la prevención*” es un indicador generado específicamente para esta tesis. Se trataría de un indicador cuantitativo que haría referencia a la cantidad de prevención escolar desarrollada en un escenario concreto: municipio o centro educativo. Se trata de una forma objetiva de considerar la realización de prevención y su intensidad. Este método permite analizar la prevención que se desarrolla en la Comunidad de Madrid para conocer el volumen de este tipo de intervención, que se realiza en los principales municipios de la región y, especialmente, para identificar en cuáles de esos municipios se ha realizado más prevención en un periodo determinado, puesto que este hecho ha sido importante en el planteamiento inicial de la investigación que se presentará en los capítulos siguientes.

Mediante el estudio de las memorias anuales de la AGAD de los últimos años (Agencia Antidroga 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006b), se observa que el municipio de Fuenlabrada es el que más prevención ha desarrollado en el marco de su convenio de colaboración con esta institución y, por tanto, es el municipio cuyos escolares tienen mayor *exposición* a la prevención de la región. Del total de 12 programas y actividades de prevención del catálogo de programas de la AGAD, en Fuenlabrada se vienen aplicando 6 de una forma relativamente continua durante los últimos años. En las Tablas 14 y 15 se presentan los datos de exposición entre municipios y en Fuenlabrada, por tipo de programas y año.

Tabla 14

*Cantidad de prevención escolar realizada en los municipios de mayor tamaño de la Comunidad de Madrid en el período 1998-2005*

MUNICIPIOS	HABI TANTES	Centros escolares (CE) que aplican programas prevención / nº alumnos participantes (AL)						TOTAL CE/AL
		EHA <sup>1</sup>	PEC <sup>2</sup>	CINE <sup>3</sup>	AOD <sup>4</sup>	PPV <sup>5</sup>	DCP <sup>6</sup>	
Móstoles	204.535	45	17	90	36	2	--	190
		6064	1725	9630	1212	251	--	18.882
Alcalá de Henares	198.723	21	14	22	14	11	--	82
		1962	1013	4508	640	1742	--	9.865
<b>FUENLABRADA</b>	<b>194.142</b>	<b>75</b>	<b>106</b>	<b>69</b>	<b>44</b>	<b>48</b>	<b>8</b>	<b>350</b>
		<b>5662</b>	<b>5028</b>	<b>7156</b>	<b>941</b>	<b>9699</b>	<b>972</b>	<b>29.458</b>
Leganés	182.431	14	44	37	12	7	--	114
		868	1841	4866	864	2225	--	10.664
Alcorcón	166.553	55	21	82	15	19	--	192
		4848	1329	8605	1075	5104	--	20.961
Getafe	159.300	41	24	71	38	29	6	209
		3609	1345	4477	3837	9632	528	23.428
Torrejón de Ardoz	113.176	30	12	11	13	33	--	99
		3004	1006	2351	1417	10627	--	18.405
Alcobendas	105.951	15	9	20	6	15	--	65
		3021	823	3054	813	4170	--	11.881
Parla	98.628	48	30	39	11	14	--	142
		4296	2259	6091	738	3401	--	16.785

*Fuente:* Elaboración propia a partir de las memorias de la Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid 1999 a 2006.

*Nota:* Claves de los programas de prevención escolar de la Tabla.- 1) EHA: En la huerta con mis amigos. Aplicación 1999-2005; 2) PEC: Prevenir en colección. Aplicación 2000-2005; 3) CINE: Programa escolar de prevención de las drogodependencias a través del cine. Aplicación 1998-2005; 4) AOD: Programa de prevención escolar del consumo de alcohol y otras drogas dirigido a adolescentes de la Comunidad de Madrid: 2003-2005; 5) PPV: Prevenir para vivir: Programa de prevención de alta cobertura. Aplicación 2003-2005; 6) DCP: Déjame que te cuente algo sobre los porros. Aplicación 2005.

Tabla 15

*Cantidad de prevención escolar sobre drogas realizada en Fuenlabrada entre 1999 y 2006: centros escolares y alumnos participantes por cada programa*

		1999	2000	2001	2002*	2003	2004	2005	Totales	
Prevenir en colección: PEC	CE		27	46	*	21	12		<b>106</b>	CE
	AL		1292	2243	*	988	505		<b>5028</b>	AL
Cine y educación en valores	CE	7	9	19	*	9	12	13	<b>69</b>	CE
	AL	790	979	1920	*	862	1378	1227	<b>7156</b>	AL
En la huerta con mis amigos: EHA	CE		27	23	*	8	9	8	<b>75</b>	CE
	AL		1355	1669	*	893	1240	505	<b>5662</b>	AL
Taller alcohol y otras drogas: AOD	CE				*	24	10	10	<b>44</b>	CE
	AL				*	285	328	328	<b>941</b>	AL
Prevenir para vivir: PPV	CE				*	4	24	20	<b>48</b>	CE
	AL				*	389	5696	3614	<b>9699</b>	AL
Déjame que te cuete algo sobre ...los porros: DCP	CE				*			8	<b>8</b>	CE
	AL				*			972	<b>972</b>	AL
<b>TOTALES</b>	CE	<b>7</b>	<b>63</b>	<b>88</b>	<b>*</b>	<b>66</b>	<b>67</b>	<b>59</b>	<b>350</b>	<b>Escuelas</b>
	AL	<b>790</b>	<b>3626</b>	<b>5832</b>	<b>*</b>	<b>3417</b>	<b>9147</b>	<b>6646</b>	<b>29458</b>	<b>Alumnos</b>

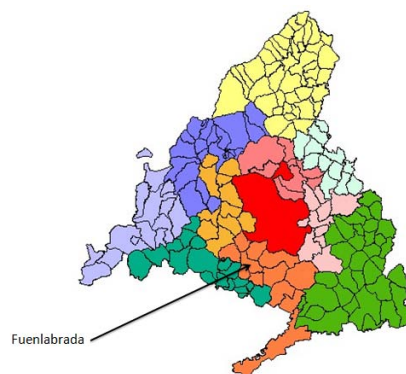
Fuente: Elaboración propia a partir de las memorias de la Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid 1999 a 2006.

(\*) No se ofrecen datos segregados por municipios en la memoria correspondiente a este año

CE: Centros Escolares donde se ha aplicado la prevención.

AL: Alumnos que han participado en el programa de prevención

Fuenlabrada es un municipio del sur de la Comunidad de Madrid que cuenta con 194.142 habitantes (datos INE 2007). Se trata de uno de los municipios más grande de la región, después de Móstoles y Alcalá de Henares. Dispone de 106 centros educativos, de los cuales 26 son centros de educación secundaria, de los cuales 12 privados y 14 centros públicos. El 12% de la población son pre-adolescentes y adolescentes (10 – 19 años).



El Centro de Atención Integral sobre Drogas (en adelante CAID) de Fuenlabrada, adscrito a la red asistencial de la AGAD, es el responsable de las actividades de prevención en el municipio. El CAID identificó, a instancias de la AGAD, 12 centros educativos del municipio de educación secundaria (institutos o colegios concertados) en los que venía regularmente realizando actividades de prevención con distintas intensidad, durante el periodo 2005 a 2008: tres cursos escolares (véase apartado 5.3).

En este apartado hemos querido presentar cómo, desde la situación de práctica de prevención en la Comunidad de Madrid, hemos llegado al municipio que más prevención realiza y cómo ello ha ido configurando el escenario del trabajo de campo y la investigación que se ha desarrollado en esta tesis.

Entendemos que es un análisis poco habitual en la investigación sobre evaluación de la eficacia de la prevención sobre drogas, pero necesario dado el diseño transversal con el que se ha trabajado para los objetivos propuestos: conocer los efectos de la prevención, entendida como exposición y calidad, sobre el consumo de drogas y los factores de riesgo y protección asociados.

Más adelante se presentará cómo se han seleccionado los centros escolares en función del indicador *exposición* a la prevención (apartado 5.3.1), para determinar los grupos que han sido la base de la comparación para los análisis realizados.

## **CAPÍTULO 4**

**SÍNTESIS DE LA PARTE TEÓRICA, OBJETIVOS E**

**HIPÓTESIS DE TRABAJO**



La prevención escolar sobre drogas lleva tiempo siendo un área científica y profesional. Nosotros hemos revisado sus elementos principales a lo largo de los capítulos de la primera parte de esta tesis doctoral.

Se ha comenzado describiendo cómo los consumos de drogas a escala poblacional se monitorizan periódicamente y nos muestran la situación sobre la que los programas de prevención deben incidir. Situación que se describe con que un porcentaje de la población, especialmente adolescente, realiza consumos de tabaco, cannabis y, sobre todo, alcohol, que son considerados como preocupantes por sus potenciales problemas en el desarrollo de los jóvenes. Así mismo, los datos muestran consumos distintos según sexo y edad.

A nuestro modo de ver, las intervenciones preventivas se justifican en base a estos datos, que son los que tratan de modificar. En esta tesis doctoral estos datos han supuesto el marco de comparación de la situación de consumos de los participantes en la fase empírica.

Además, en esta revisión se ha presentado que el campo científico de la prevención cuenta con procedimientos para:

a) Evaluar individual y grupalmente estos consumos, por lo tanto conocer la situación sobre la que intervenir y ver si se modifica.

b) Entender qué elementos contribuyen a la aparición de los consumos de drogas (factores de riesgo y protección) y cómo priorizarlos y explicarlos (marcos teóricos), a fin de orientar las formas de actuar y modificar estas conductas.

c) Intervenir sobre los consumos de los adolescentes mediante programas escolares de prevención disponibles en el escenario de práctica preventiva, en función de los objetivos y las características del grupo destinatario.

Para acercarnos más a los objetivos del trabajo de campo realizado en esta tesis, hemos repasado aquellos programas escolares de prevención que se utilizan en Madrid. El análisis realizado permite conocer cuáles son los factores de riesgo y protección sobre los que se está trabajando y, con ello, establecer los instrumentos de medida para su valoración y análisis de las diferencias entre los grupos de comparación establecidos.

Se ha presentado también lo que hace que la prevención funcione, según los datos de eficacia que proporciona la investigación. Es lo que se denomina enfoques “*evidence-based practice*” y “*buenas prácticas*”, que funcionan como guía y monitorización de la calidad de las intervenciones preventivas. Los instrumentos que se derivan de estos enfoques están siendo contrastados en diferentes contextos y contribuyen a asegurar que las intervenciones preventivas: a) se sustenten sobre una evaluación inicial de las necesidades de prevención, b) se fundamenten en un marco explicativo que ayude a decidir la actuación que se va a poner en marcha, c) se apoyen en programas que hayan probado su eficacia y se ajusten a las necesidades presentadas, d) se implementen de acuerdo a los procedimientos establecidos por la información técnica de los programas seleccionados, y e) se evalúen, tanto el proceso como los resultados obtenidos en los grupos destinatarios.

En esta tesis, las fuentes de información que hemos revisado para generar calidad en la prevención, según el enfoque *evidence-based practice*, han sido la base para elaborar nuestros instrumentos de medida de las variables con las que hemos trabajado. Por ello, el análisis de las propiedades psicométricas (fiabilidad) y su validez se hace imprescindible, como en cualquier procedimiento de evaluación de programas.

Finalmente, de lo general a lo particular, el último apartado de esta primera parte indaga los programas de prevención que se ofrecen en la Comunidad de Madrid desde la institución responsable de su promoción: AGAD, partiendo de un enfoque

cuantitativo. Nos referimos al indicador *exposición a la prevención* que es una de las variables fundamentales en esta tesis. Este análisis nos ha mostrado diferencias en cuanto a cantidad de prevención entre municipios de la región y entre centros escolares. Con ello, se ha podido identificar el municipio que mayor prevención realiza en la región, así como elegir los centros escolares que han proporcionado la formación de grupos con situaciones distintas en cuanto a la variable cantidad de prevención.

La presente tesis doctoral pretende estudiar las diferencias en: (a) el consumo de tabaco, alcohol y cannabis, y (b) el perfil de factores de riesgo/protección de los estudiantes de educación secundaria, en relación a dos atributos clave en la prevención escolar sobre drogas: la cantidad de exposición recibida y su calidad.

La tesis tiene 3 grandes objetivos, cada uno de los cuales se concreta en sus correspondientes hipótesis:

**Objetivo 1.** Analizar las diferencias de edad y sexo en el consumo de tabaco, alcohol y cannabis en los adolescentes.

Hipótesis 1: El consumo de tabaco, alcohol y cannabis es mayor en las mujeres adolescentes y en los que tienen más edad.

**Objetivo 2.** Analizar las diferencias en el consumo de tabaco, alcohol y cannabis según el grado de exposición y la calidad de la prevención.

Hipótesis 2: El consumo de tabaco, alcohol y cannabis es menor en los centros con mayor exposición a la prevención.

Hipótesis 3: El consumo de tabaco, alcohol y cannabis es menor en los centros donde la calidad de la prevención es mayor.

**Objetivo 3.** Analizar las diferencias en los factores de riesgo y protección estudiados en relación al consumo de tabaco, alcohol, cannabis y la exposición a la prevención de los adolescentes.

Hipótesis 4: Las menores puntuaciones en las escalas del perfil de riesgo/protección están asociadas a las mujeres adolescentes y a los que tienen más edad.

Hipótesis 5: Mayores puntuaciones en las escalas del perfil de riesgo/protección están asociadas a una alta exposición a la prevención de los centros educativos.

Hipótesis 6: Mayores puntuaciones en las escalas del perfil de riesgo/protección están asociadas a un menor consumo de tabaco, alcohol y cannabis.

Cada uno de los objetivos y sus correspondientes hipótesis se abordarán en los diferentes apartados en los que se estructura el capítulo 6 que presenta los resultados del estudio empírico.

En el apartado 6.1 se analizarán las propiedades psicométricas de los instrumentos utilizados para garantizar que éstos sean fiables.

En el apartado 6.2 se abordarán los objetivos 1 y 2 relacionados con los efectos en el consumo de sustancias de variables tales como el sexo, edad/ciclo educativo, la exposición a la prevención y la calidad de la prevención recibida.

En el apartado 6.3 se presentarán los resultados relacionados con el objetivo 3, analizando los factores de riesgo y protección relacionados con el consumo de tabaco, alcohol y cannabis, la exposición a la prevención, el sexo y la edad de los adolescentes.

Finalmente, la discusión de estos resultados y las conclusiones a las que llegamos se presentarán en el capítulo 7 de esta tesis.

## **Parte empírica**



## INTRODUCCIÓN

En esta sección se va a presentar la investigación desarrollada para poner a prueba las hipótesis que se han planteado al final de la sección anterior (capítulo 4).

Se trata de un estudio comparativo-correlacional realizado en un contexto natural de prevención escolar sobre drogas, donde los participantes han sido agrupados en función de su situación respecto a las variables de estudio, entre ellas la exposición anterior a actividades preventivas realizadas en sus centros escolares.

En el capítulo 5 de metodología, se presentan los aspectos fundamentales relacionados con los participantes, las variables, los instrumentos, los procedimientos seguidos y los análisis realizados. Los participantes han sido adolescentes cursando estudios de educación secundaria obligatoria en 8 centros educativos (apartado 5.1.) de una localidad caracterizada por realizar un número elevado de actividades de prevención escolar sobre drogas. Los estudiantes han sido explorados respecto a diversos indicadores relacionados con el consumo drogas (tabaco, alcohol y cannabis) y con factores de riesgo y protección específicos para el consumo de drogas. Esos factores han sido influidos por los programas de prevención que se han desarrollado en sus centros escolares. También han sido valorados sus centros educativos respecto a la calidad de las actividades de prevención realizadas.

Para estas valoraciones, se han elaborado dos instrumentos. Uno de ellos, denominado Preval\_A, pretende recoger la situación de los participantes respecto a los factores de riesgo y protección y al consumo de drogas (apartado 5.2.1). El segundo es una herramienta que permite valorar la calidad de las intervenciones preventivas (apartado 5.2.2) desarrolladas en los centros educativos, según indicadores del enfoque *evidence-based prevention*, explicado en la presentación teórica anterior (apartado 3.1).

La investigación se ha realizado en varias fases, comenzando por la elección de la localidad y los centros escolares que debían reunir los requisitos para agrupar a los participantes según la experiencia previa en prevención (apartados 5.3.1 y 5.3.2).

La gran cantidad de datos tabulados (2.141 alumnos x 233 variables + 39 transformadas) han sido sometidos a análisis descriptivos, bivariados y multivariados (apartado 5.3.5), a fin de comprobar las hipótesis relativas a la relación entre exposición y calidad de la prevención sobre el consumo de drogas (tabaco, alcohol y cannabis) y los factores de riesgo y protección.

En el capítulo 6 se van a presentar, además de los estudios psicométricos realizados sobre los instrumentos, los resultados sobre las variables de consumo de drogas (tabaco, alcohol y cannabis), sexo, edad y las variables referidas a los factores de riesgo y protección, de la exposición de la prevención, y el efecto sobre las variables de consumo de drogas de la calidad de la prevención.

Por último, en el capítulo 7 se van a discutir los resultados obtenidos y se presentarán las conclusiones finales.

## **CAPÍTULO 5**

### **MÉTODO**



## 5.1. PARTICIPANTES

En la investigación participaron 2.141 adolescentes estudiantes de secundaria, con una media de edad de 14.12 años (DT = 1.41): rango 12 a 17 años (Tabla 16).

Los adolescentes estudiaban en 8 centros educativos del municipio de Fuenlabrada (Madrid), la mayoría (77%) centros públicos (Tabla 17). Alrededor del 75% vivían en Fuenlabrada desde que nacieron o desde antes de empezar la etapa escolar (Tabla 18). La gran mayoría estaban en su centro educativo desde 1º de educación secundaria o antes (Tabla 19).

La población estudiada es equiparable en cuanto a la distribución según sexo (Tabla 20) y en cuanto a curso escolar (Tabla 21). Un 7% de los participantes cursaban sus estudios en aulas especiales (*Programa de capacitación profesional inicial* [en adelante PCPI] y *Diversificación*), donde el currículo educativo se adapta para ajustarse a las dificultades de los alumnos para el seguimiento del currículo oficial de secundaria (Tabla 21).

Los participantes se agruparon según el ciclo educativo (Tabla 22) de educación secundaria obligatoria (ESO): *primer ciclo* que incluye a los alumnos de 1º y 2º ESO y *segundo ciclo* donde están los estudiantes de 3º y 4º ESO (53%). Se ha considerado el ciclo como una variable indicadora de la edad: primer ciclo  $\bar{X} = 12.95$ , DT = 1.02; segundo ciclo  $\bar{X} = 14.87$ , DT = 0.97;  $t = 43.04$ ,  $p = .001$ . Se descartaron los estudiantes de las aulas especiales PCPI y *Diversificación*, ya que fueron considerados un grupo de estudio independiente del resto.

La distribución según sexo por curso escolar es también equivalente (Tabla 23); si bien, entre los alumnos de las aulas especiales PCPI encontramos un mayor porcentaje de mujeres (81.3% vs. 18.8%). Este grupo presentaba características diferentes al resto de estudiantes, por lo que se retiró de los análisis, como se ha comentado.

Tabla 16  
*Frecuencia y porcentaje de adolescentes según edad*

EDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE	% ACUMULADO
12 años	349	16.3	16.3
13 años	410	19.2	35.5
14 años	486	22.7	58.2
15 años	551	25.8	84.0
16 años	224	10.5	94.5
17 años	119	5.5	100.0
<b>Total</b>	<b>2139</b>	<b>100.0</b>	

Tabla 17  
*Frecuencia y porcentaje de adolescentes según centro educativo y tipo de centro*

CENTRO EDUCATIVO	FRECUENCIA	PORCENTAJE	
IES 1	233	10.9	Centros públicos 76.60%
IES 3	195	9.1	
IES 9	421	19.7	
IES 11	187	8.7	
IES 12	299	14.0	
IES 10	305	14.2	
CC2	292	13.6	Centros concertados 23.40%
CC4	209	9.8	
<b>Total</b>	<b>2141</b>	<b>100.0</b>	

Tabla 18  
Frecuencia y porcentaje de adolescentes según el tiempo viviendo en Fuenlabrada

	FRECUENCIA	PORCENTAJE	% ACUMULADO
Desde que nació	1300	63.3	63.3
Desde antes cumplir 6 años	289	14.1	77.4
Desde 1º Primaria	71	3.5	80.9
Desde 2º Primaria	44	2.1	83.0
Desde 3º Primaria	59	2.9	85.9
Desde 4º Primaria	59	2.9	88.7
Desde 5º Primaria	43	2.1	90.8
Desde 6º Primaria	51	2.5	93.3
Desde 1º ESO	63	3.1	96.4
Desde 2º ESO	44	2.1	98.5
Desde 3º ESO	23	1.1	99.7
Desde 4º ESO	7	0.3	100.0
<b>Total</b>	<b>2053</b>	<b>100.0</b>	

Tabla 19  
Frecuencia y porcentaje de adolescentes según el curso desde el que está en el centro educativo actual (tiempo de permanencia en el centro)

	FRECUENCIA	PORCENTAJE	% ACUMULADO
Desde Educación Infantil	377	18.8	18.8
Desde 1º ó 2º de Primaria	95	4.7	23.6
Desde 3º ó 4º de Primaria	27	1.3	24.9
Desde 5º ó 6º de Primaria	28	1.4	26.3
Desde 1º ESO	1319	65.9	92.3
Desde 2º ESO	79	3.9	96.2
Desde 3º ESO	53	2.6	98.9
Desde 4º ESO	23	1.1	100.0
<b>Total</b>	<b>2001</b>	<b>100.0</b>	

Tabla 20  
Frecuencia y porcentaje de adolescentes según sexo

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Hombres	1038	48.6
Mujeres	1097	51.4
<b>Total</b>	<b>2135</b>	<b>100.0</b>

Tabla 21  
Frecuencia y porcentaje de adolescentes según curso de educación secundaria

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1º ESO	475	22.2
2º ESO	468	21.9
3º ESO	564	26.3
4º ESO	492	23.0
PCPI*	48	2.2
Diversificación**	94	4.4
<b>Total</b>	<b>2141</b>	<b>100.0</b>

Nota. (\*): PCPI (Programa de Capacitación Profesional Inicial) ; (\*\*) Programa de Diversificación son aulas especiales en los institutos y otros centros educativos para alumnos que tienen dificultad para seguir la secundaria normal.

Tabla 22  
Frecuencia y porcentaje de adolescentes según ciclo de educación secundaria

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
1º ciclo (1º+2º ESO)	943	47.2
2º ciclo (3º+4º ESO)	1056	52.8
<b>Total</b>	<b>*1999</b>	<b>100.0</b>

Nota. (\*): No incluye alumnos de PCPI ni del Programa de Diversificación.

Tabla 23  
Frecuencia y porcentaje de adolescentes según curso y sexo

CURSO	HOMBRES		MUJERES		TOTALES
	N	%	N	%	
1º ESO	243	51.4	230	48.6	473
2º ESO	241	51.7	225	48.3	466
3º ESO	254	45.0	310	55.0	564
4º ESO	249	50.8	241	49.2	490
PCPI*	9	18.8	39	81.2	48
Diversificación**	42	44.7	52	55.3	94
<b>TOTALES</b>	<b>1038</b>	<b>48.6</b>	<b>1097</b>	<b>51.4</b>	<b>2135</b>

Nota. (\*): PCPI (Programa de Capacitación Profesional Inicial) ; (\*\*) Programa de Diversificación son aulas especiales en los institutos y otros centros educativos para alumnos que tienen dificultad para seguir la secundaria normal.

En resumen, de los 2.172 adolescentes encuestados de 102 aulas de educación secundaria de 8 centros educativos de Fuenlabrada (véase apartado 5.3.2. Tabla 31), han resultado válidos para el análisis 2.141 encuestas. La muestra es equiparable en cuanto a sexo, cursos y ciclos educativos. El ciclo educativo se va a considerar como indicador indirecto de la edad. Se han eliminado del estudio aquellos estudiantes que tenían circunstancias educativas diferenciadoras al resto.

## 5.2. VARIABLES E INSTRUMENTOS DE MEDIDA

La información para verificar las hipótesis de esta tesis se recopiló a través de dos cuestionarios confeccionados *ad hoc*, los cuales recogían las siguientes variables que ahora se enumeran y, posteriormente, se explicará cómo se miden:

- a) Datos socio-demográficos del estudiante: sexo y edad; tiempo viviendo en la localidad, familiares con los que convive.
- b) Datos educativos: centro y curso escolar actual del estudiante; tiempo que lleva estudiando en el centro educativo, cursos repetidos y veces que ha participado en prevención escolar sobre drogas.
- c) Cantidad de exposición a la prevención de los cursos analizados de cada centro educativo, durante los 3 cursos académicos previos a la recogida de información.
- d) Calidad de las actividades de prevención realizadas durante los 3 cursos académicos previos a la recogida de información
- e) Factores de riesgo y protección para el consumo de drogas: 14 factores de carácter psico-social, familiar y escolar.
- f) Consumo drogas de los estudiantes: alcohol, tabaco y cannabis.

El cuestionario Preval\_A es el instrumento que recoge, entre otros, los datos socio-demográficos y educativos tales como: edad, sexo, curso escolar, etc. (véase Anexo 2).

La variable cantidad de exposición a la prevención hace referencia a la cantidad de prevención que han podido recibir los participantes, con antelación a la recogida de datos. Para ello, se estudió el número de programas de prevención que los centros escolares propuestos por el equipo local responsable, realizaron en los 3 cursos escolares previos: cursos 2005/06, 2006/07 y 2007/08. Como se explica con más detalle en el apartado referido al procedimiento (apartado 5.3.1), los centros escolares quedaron agrupados en dos categorías: baja y alta exposición a la prevención. Los participantes identificados como de baja exposición, durante los 3 cursos escolares previos, han recibido como máximo 2 programas escolares de prevención (rango de 0 a 2). Por su parte, los participantes identificados como de alta exposición a la prevención, durante los 3 cursos escolares previos, han recibido más de 8 programas de prevención (rango de 8 a 12).

La variable calidad de la prevención hace referencia a criterios basados en pruebas científicas (enfoque *evidence-based prevention*) en el desarrollo y puesta en marcha de esas medidas preventivas. Para recoger esta variable se ha utilizado el instrumento denominado Preval\_Q, el cual proporciona una puntuación global en relación al grado en que la intervención preventiva reúne los criterios de base científica. Los valores que adopta la variable son de tipo cualitativo con 3 niveles: calidad débil, moderada y fuerte.

La variable consumo de drogas se refiere al consumo auto-informado de los estudiantes sobre estas sustancias: tabaco, alcohol y cannabis. La variable ha sido recogida a través del cuestionario Preval\_A, de forma cualitativa mediante escala Likert sobre frecuencia de uso.

La variable referida al consumo de tabaco se ha valorado utilizando una escala de 5 puntos: *nunca he fumado, lo he probado, fumo algunas veces, fumo con frecuencia y fumaba pero lo he dejado*.

La variable consumo de alcohol, se ha recogido utilizando una escala de 8 puntos: *nunca he tomado, he probado, tomo menos de 1 vez al mes, entre 2 ó 3 veces al mes, 1 vez a la semana, varias veces a la semana, todos los días y bebía pero lo he dejado*.

La variable consumo de cannabis se ha recogido utilizando una escala de 5 puntos: *nunca, lo he probado, algunas veces, lo tomo con frecuencia y consumía pero lo he dejado*.

Posteriormente, las variables referidas a las 3 sustancias han sido transformadas en dicotómicas: consumo vs. no consumo. El valor *no consumo* señala la ausencia de consumo de la sustancia a lo largo de la vida, incluido la falta de experiencia con la misma. El valor *consumo* incluye la experimentación con la sustancia y cualquier frecuencia de consumo. En esta transformación se ha eliminado la categoría de respuesta que hace referencia al consumo anterior de la sustancia y no actual (*fumaba pero lo he dejado; bebía pero lo he dejado; consumía pero lo he dejado*).

Nos hemos guiado por el método de evaluación del consumo de drogas del programa de prevención *Construyendo Salud* (Luengo et al., 1999), que utiliza el *Cuestionario CCD* (Cuestionario de consumo de drogas) elaborado por este equipo para estudiar el consumo de drogas en adolescentes gallegos. Para nuestros objetivos, hemos seleccionado del CCD las preguntas referidas a la prevalencia de consumo de tabaco, alcohol y cannabis durante toda la vida: si el adolescente ha probado o no estas sustancias, y la frecuencia de consumo en su caso (mensual, semanal o diario), así como si ha dejado el consumo de las sustancias analizadas. Además de la

frecuencia, se explora también la edad de inicio al consumo de las tres sustancias estudiadas: tabaco, alcohol y cannabis.

Las variables recogidas bajo el epígrafe factores de riesgo y protección hacen referencia a aquellas cualidades personales que las intervenciones preventivas desarrolladas en los cursos previos a la investigación pretenden modificar. Estos factores han sido presentado anteriormente y proceden de los 6 programas de prevención más utilizados en la Comunidad de Madrid (véase apartado 2.2).

En total se han explorado 14 factores. En la Tabla 24 se presenta una descripción de cada unos de esos factores, las fuentes bibliográficas utilizadas y los procedimientos de medida utilizados como referentes.

Tabla 24

*Descripción de las variables referidas a los factores de riesgo y protección*

FACTOR/ VARIABLE	DEFINICIÓN	REFERENCIAS	SELECCIÓN DE INSTRUMENTOS
1. Empatía	<p>Capacidad para comprender al otro y ponerse en su lugar, a partir de lo que observa, de la información verbal o de información accesible desde la memoria (toma de perspectiva), así como la reacción afectiva de compartir su estado emocional que puede producir tristeza, malestar o ansiedad. Está relacionada con la disposición prosocial.</p> <p>Un alumno con empatía tiene una adecuada interacción con los iguales al ser capaz de sintonizar afectivamente con ellos, desarrolla actitudes de ayuda y apoyo interpersonal.</p>	<p>Mestre, Frías y Samper, 2004.</p> <p>Megías y Méndez (dir.), 2006. (Capítulo 3).</p>	<p>Ítems del IRI: <i>Interpersonal Reactivity Index</i> de Davis. Dimensiones que mide el concepto global: <i>Toma de Perspectiva</i> (PT), <i>Fantasia</i> (FS), <i>Preocupación empática</i> (EC), <i>Malestar personal</i> (PD): 28 ítems.</p>

FACTOR/ VARIABLE	DEFINICIÓN	REFERENCIAS	SELECCIÓN DE INSTRUMENTOS
2. Autocontrol	<p>Capacidad de la persona para soportar situaciones desagradables y actuar de forma responsable. Resistencia al estrés y situaciones amenazantes.</p> <p>Un alumno se comporta de manera controlada cuando es capaz de responder decidiendo, eligiendo su respuesta, más que reaccionando de un modo automático e impulsivo ante una situación.</p>	<p>Capafons y Barreto, 1989.</p> <p>López-Torrecillas, Peralta, Muñoz-Rivas y Godoy, 2003.</p> <p>Becoña, 2003. (Capítulo 7.8).</p>	<p>CACIA. <i>Cuestionario de Autocontrol Infantil y Adolescente</i> de Capafons y Silva (2001). TEA. Evalúa el esfuerzo consciente de la persona por modificar sus reacciones. Consta de 5 escalas: <i>Retroalimentación Personal (RP)</i>, <i>Retraso de la recompensa (RR)</i>, <i>Autocontrol criterial (ACC)</i>, <i>Autocontrol procesual (ACP)</i> y escala de sinceridad.</p>
3. Autoestima	<p>La autoestima es la valoración positiva o negativa del autoconcepto. Éste se desarrolla a nivel cognitivo 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.</p> <p>Los alumnos que tienen una pobre valoración de sí mismo y de sus capacidades, dependen más del reconocimiento de los demás y, para conseguirlo, tienden a seguir las demandas de otras personas. Reduce la capacidad de resistencia a la presión de los iguales.</p>	<p>Luengo, Romero, Gómez, Guerra y Lence, 1999. (Capítulo 4.4).</p> <p>Megias y Méndez (dir.), 2006. (Capítulo 3).</p> <p>European Instrument Bank (EIB): <a href="http://www.emcdda.europa.eu/eib">www.emcdda.europa.eu/eib</a></p>	<p>Escala AUTE (<i>Escala de Autoestima</i> de Rosenberg), adaptada por Luengo y su equipo (1999). Utilizada en la Evaluación del programa de prevención escolar sobre drogas <i>Construyendo Salud</i>. Escala y su corrección enviada por la autora.</p> <p>Versión en la web del EIB: <a href="http://www.emcdda.europa.eu/eib">www.emcdda.europa.eu/eib</a></p>
4. Asertividad	<p>Se valora como grado de malestar o no que experimenta el alumno en situaciones sociales que requieren una respuesta asertiva.</p> <p>Disponer de asertividad hace a los alumnos más resistentes a la presión de grupo para realizar comportamientos no deseados, entre ellos el del consumo de drogas.</p>	<p>Luengo, Romero, Gómez, Guerra y Lence, 1999. (Capítulo 4.4).</p> <p>European Instrument Bank (EIB): <a href="http://www.emcdda.europa.eu/eib">www.emcdda.europa.eu/eib</a></p>	<p>Escala IA, derivada del <i>Inventario de Asertividad</i> de Gambrill y Richey, adaptada por Luengo y su equipo (1999). Utilizada en la evaluación del programa <i>Construyendo Salud</i>.</p> <p>Versión en la web del EIB: <a href="http://www.emcdda.europa.eu/eib">www.emcdda.europa.eu/eib</a></p>
5. Habilidades Sociales	<p>Las habilidades sociales están en la base del modelo de prevención <i>Life Skill Training</i> de Botvin, el cual plantea que aprendiendo una efectiva habilidad de autonomía personal y habilidades sociales, se disminuye una potencial vulnerabilidad ante las influencias sociales hacia las drogas.</p> <p>En este estudio se refiere a la forma de respuesta del alumno (asertiva, agresiva o pasiva) ante diversas situaciones sociales.</p>	<p>Adarne, M.L. 2005.</p> <p>Megias y Méndez (dir.), 2006. (Capítulo 3).</p>	<p><i>Autoinforme de Habilidades Sociales</i>. Programa de Prevención sobre drogas de Granada. Dr. Tomás J. Carrasco. Universidad de Granada. Enviado junto a su corrección por el autor.</p>

FACTOR/ VARIABLE	DEFINICIÓN	REFERENCIAS	SELECCIÓN DE INSTRUMENTOS
6. Toma de decisiones	Capacidad para tomar decisiones autónomas y responsables, considerando las ventajas e inconvenientes de las opciones disponibles y asumiendo las consecuencias.	European Instrument Bank (EIB): www.emcdda.europa.eu/eib  Megias y Méndez, (dir.), 2006. (Capítulo 3).	Escala HTD, <i>Habilidades para Tomar Decisiones</i> del EIB.  Escala disponible en la web: www.emcdda.europa.eu/eib
7. Afrontamiento y solución de problemas	Habilidades personales específicas trabajadas en varios programas de prevención sobre drogas para jóvenes que pretenden fortalecer la resistencia ante el grupo y la actuación ante situaciones conflictivas y problemas de la vida cotidiana.  El proceso de resolución de problemas sociales ha sido definido como el proceso mediante el cual una persona intenta encontrar o implementar una respuesta de afrontamiento efectiva (D’Zurilla, Maydeu-Olivares y Kant, 1998).	Luengo, Romero, Gómez, Guerra y Lence. 1999. (Capítulo 4.4).	Escala SPSP, <i>Habilidades de Resolución de Problemas</i> de Maydeu y D’Zurilla (1996), adaptada por Luengo y cols. (1999). Utilizada en la evaluación del programa <i>Construyendo Salud</i> : valora <i>Orientación negativa a los problemas, Estilo de afrontamiento racional, Estilo impulsivo y Estilo de evitación</i> . Escala y su corrección enviada por la autora.
8. Actitud desfavorable hacia las drogas	Predisposición relativamente estable a actuar de determinada manera en relación a las drogas, compuesta de tres elementos: cognitivo (creencias), afectivo (sentimientos) y comportamiento específico. También incluye el componente de intención.	European Instrument Bank (EIB): www.emcdda.europa.eu/eib  Luengo, Romero, Gómez, Guerra y Lence. 1999. (Capítulo 4.4).  Megias y Méndez (dir.), 2006. (Capítulo 3).	Escala ACD, <i>Actitudes ante el consumo de drogas</i> del EIB.  Escala CAD, <i>Cuestionario de actitudes e intención de consumo de drogas</i> . Evaluación del Programa <i>Construyendo Salud</i> . Escala y su corrección enviada por la autora.
9. Actitud sobre la salud	Las actitudes son transferibles, de manera que la posesión de una determinada actitud, puede manifestarse en la forma de actuar en diferentes casos, generalizándose a otras áreas de conducta relacionadas. Una actitud hacia la higiene, o la alimentación equilibrada, puede afectar a otras conductas de salud como es el consumo de drogas.	Adarne, 2005. (Capítulo 2).  Megias y Méndez, (dir.), 2006. (Capítulo 3).	Cuestionario ACRS, <i>Autoinforme sobre Comportamientos relacionados con la Salud</i> . Programa de Prevención de Granada de Tomás J. Carrasco. Remitido personalmente por el autor, junto a las claves de corrección.
10. Información sobre drogas	Conocimiento sobre drogas que posee el alumno y que puede proceder de la comunicación informal con su grupo o de intervenciones preventivas dirigidas a mejorar el conocimiento objetivo de las drogas, especialmente del tabaco, alcohol y cannabis.	Luengo, Romero, Gómez, Guerra y Lence, 1999. (Capítulo 4.4).  Megias y Méndez (dir.), 2006.	Escala CID, <i>Cuestionario de información sobre drogas</i> . Evaluación del Programa <i>Construyendo Salud</i> de Luengo et al. (1999). Escala y su corrección enviada por la autora.

FACTOR/ VARIABLE	DEFINICIÓN	REFERENCIAS	SELECCIÓN DE INSTRUMENTOS
11. Problema /ajuste escolar	Explora aspectos de la vida escolar del alumno que pueden influir en su rendimiento, su autoimagen como estudiante, sus relaciones sociales y su vinculación a lo escolar, aspectos todos ellos que pueden ser de riesgo o protección para el consumo de drogas.	European Instrument Bank (EIB): www.emcdda.europa.eu/eib  Muñoz Rivas, Graña y Cruzado, 2000.	Cuestionario de evaluación del Programa <i>Construyendo Salud</i> de Luengo et al. (1999).  Cuestionario sobre Factores de Riesgo (FR) de Muñoz Rivas et al. (2000).
12. Ocupación del ocio y tiempo libre	Las actividades que se desarrollan en el tiempo libre de los alumnos pueden constituir elementos de protección para el consumo de drogas o, por el contrario, de riesgo si éstas están relacionadas con escenarios donde la oferta y consumo de estas sustancias es probable.	Secades, Carballo, Fernández-Hermida, García-Rodríguez y García Cueto, 2006.  Muñoz Rivas, Graña y Cruzado, 2000.	Factor <i>Actividades protectoras</i> del Cuestionario FRIDA de Secades et al. (2006).  Cuestionario sobre Factores de Riesgo (FR) de Muñoz Rivas et al. (2000).
13. Comunica- ción con los padres	El grado de relación con los padres es un importante factor de riesgo y protección para los adolescentes en tanto que se sienten vinculados con figuras de referencia emocionalmente significativas.	European Instrument Bank (EIB): www.emcdda.europa.eu/eib  Secades, Carballo, Fernández-Hermida, García-Rodríguez y García Cueto, 2006.	Escala <i>Vínculos con padres y familiares</i> del EIB.  Factor <i>Actividades protectoras</i> del Cuestionario FRIDA de Secades et al. (2006).
14. Matutini- dad	Factor individual poco estudiado como determinante del consumo de algunas drogas; sin embargo, es una característica psicológica que parece tener influencia en el consumo de sustancias psicoestimulantes como la cafeína o la nicotina.	Adán, 1994.  Díaz-Morales, Dávila de León y Gutiérrez Sorroche, 2007.	Escala <i>Matutinidad /Vespertinidad para adolescentes</i> (MECS v.1.2) de Díaz-Morales y cols. (2007).

El instrumento que se ha utilizado para recopilar la información de estos factores se llama Preval\_A, el cual consta de diversas escalas procedentes de la investigación sobre programas de prevención en nuestro país, u otros ámbitos de la investigación con adolescentes, como se va a presentar en el apartado siguiente.

### 5.2.1. Instrumento *Evaluación de la Prevención en Alumnos, Preval\_A*

El instrumento Preval\_A consta de 207 ítems en formato de escalas Likert de 3 a 5 puntos. Incluye diversas escalas para medir las variables de esta tesis, todas ellas procedentes de otros instrumentos, fundamentalmente el EIB del OEDT, el cuestionario de evaluación del programa de prevención escolar *Construyendo Salud* de Luengo et al. (1999) y el cuestionario FRIDA: Factores de riesgo interpersonales para el consumo de drogas en adolescentes, de Secades et al. (2006), entre otros.

Preval\_A tiene formato de papel. Los alumnos completan la información de forma confidencial proporcionando éstos una clave personal compuesta por su fecha de nacimiento, el número de orden que ocupa entre sus hermanos y la primera y la última letra de su primer y segundo apellido.

En la Tabla 25 se presenta la estructura del instrumento desarrollado para recoger la información de la mayoría de variables de esta tesis doctoral.

Tabla 25

*Estructura del Cuestionario de Evaluación de la Prevención en Alumno, Preval\_A.*

VARIABLES	Nº DE ÍTEMS	VALOR MÍNIMO Y MÁXIMO	Nº ÍTEM EN EL CUESTIONARIO
1. Empatía	14 ítems Likert de 5 puntos	14 a 70	Del 1 al 14
2. Autocontrol	10 ítems Likert de 2 puntos	0 a 10	Del 15 al 24
3. Autoestima	10 ítems Likert de 2 puntos	0 a 10	Del 25 al 34
4. Asertividad (sentirse bien en situaciones asertivas)	15 ítems Likert de 3 puntos	15 a 45	Del 35 al 49
5. Habilidades Sociales	24 ítems		Del 50 al 73
Sub-factores:	Likert de 4 puntos		
HHSS Asertivas		RR asertivas: Min 0 Mx 24	
HHSS Agresivas		RR agresivas: Min 0 Mx 50	
HHSS Pasivas		RR pasivas: Min 0 Mx 60	
6. Toma de decisiones	8 ítems Likert 5 puntos	8 a 40	Del 74 al 81
7. Afrontamiento y solución de problemas	10 ítems Likert 3 puntos	10 a 30	Del 82 al 91
8. Actitud desfavorable hacia las drogas	26 ítems Likert 3 puntos	26 a 78	Del 92 al 117

VARIABLES	Nº DE ÍTEMS	VALOR MÍNIMO Y MÁXIMO	Nº ÍTEM EN EL CUESTIONARIO
9. Actitud sobre la salud	8 ítems Likert 4 puntos	8 a 32	Del 118 al 125
10. Información sobre drogas	27 ítems Likert 3 puntos	27 a 81	Del 126 al 152
11. Problema/ajuste escolar	7 ítems Likert 4 y 5 puntos	7 a 32	Del 153 al 159
12. Actividades de ocio	14 ítems		Del 160 al 173
Sub-factores:	Likert 4 puntos		
Adecuada ocupación del tiempo libre		7 a 28	
Actividades protectoras con la familia		7 a 28	
13. Comunicación con padres	12 ítems Likert 3 y 4 puntos	12 a 44	Del 174 al 185
14. Variables de control: tiempo viviendo en la localidad, tiempo en el centro escolar, repetición de curso y experiencia previa en prevención	5 ítems Likert de varios puntos		Del 186 a 190
15. Consumo de tabaco, alcohol y cannabis. Edad de contacto de estas sustancias	6 ítems Likert 5 y 8 puntos		Del 191 al 196
16. Matutinidad-vespertina	10 ítems Likert 4 y 5 puntos	10 a 43 puntos	Del 198 al 207

En los siguientes apartados presentamos cómo se han derivados los ítems de las 14 escalas (2 de ellas con sub-escalas) que valoran los factores de riesgo y protección para el consumo de drogas.

### 5.2.1.1. Escala Empatía

No se encontraron instrumentos específicos de los programas de prevención que valoraran la variable Empatía. Por ello, hemos tenido que recurrir a propuestas de medida fuera del escenario de prevención. Mestre, Frías y Samper (2004) han adaptado el *Interpersonal Reactivity Index* (IRI) de M.H. Davis (1980, 1983), uno de los instrumentos más utilizados para medir la disposición empática en diferentes contextos. El IRI adopta un enfoque multidimensional incluyendo factores cognitivos y emocionales. Cuenta con 28 ítems para medir 4 dimensiones:

- *Toma de perspectiva* (PT). Valora los intentos espontáneos del sujeto por adoptar la perspectiva del otro ante situaciones reales de la vida cotidiana; es decir, su habilidad para comprender el punto de vista de la otra persona.

- *Fantasía* (FS). Tendencia a identificarse con personajes del cine y de la literatura: capacidad imaginativa del sujeto para ponerse en situaciones ficticias.

- *Preocupación empática* (EC). Mide los sentimientos de compasión, preocupación y cariño ante el malestar de otros; según los autores se trata de sentimientos “orientados al otro”.

- *Malestar personal* (PD). Evalúa los sentimientos de ansiedad y malestar que el sujeto manifiesta al observar las experiencias negativas de los demás; según los autores se trata de sentimientos «orientados al yo».

Para nuestros objetivos hemos elegido dos componentes, uno cognitivo: *Toma de perspectiva* y otro emocional *Preocupación empática*, dado que son los componentes más importantes y más generalmente reconocidos como disposición empática (Mestre, Frías y Samper, 2004), por lo que pensamos que pueden ser más sensibles al trabajo de los programas de prevención sobre drogas.

La variable *Empatía* del Preval\_A, derivada el IRI, consta de 14 ítems: 7 miden el factor *Toma de perspectiva* y 7 ítems miden el factor *Preocupación empática*. En las instrucciones se pide al sujeto que indique cómo le describe cada una de las afirmaciones que se presentan, relacionadas con sus pensamientos y sentimientos en una variedad de situaciones. La variable es de tipo cualitativo con formato de respuesta tipo Likert con cinco opciones, según el grado en que las afirmaciones describen al sujeto: *No me describe bien* (1), *Me describe un poco* (2), *Me describe bien* (3), *Me describe bastante bien* (4) y *Me describe muy bien* (5). Hay 5 ítems que puntúan de forma inversa. El rango de puntuación de la escala es de 14 a 70 puntos. La

puntuación del sujeto se obtiene por la suma de los valores de las opciones seleccionadas. Una puntuación más alta es un indicador de más capacidad empática.

#### **5.2.1.2. Escala Autocontrol**

El instrumento que suele utilizarse para estudiar el autocontrol en los estudios experimentales procede de los trabajos de Rosenbaum (1980), que han sido adaptados por Capafons y Barreto (1989). Desde hace unos años, Capafons y Silva (2001) han puesto a disposición de los investigadores y profesionales que requieran la evaluación de este constructo, a través de la editorial TEA, el *Cuestionario de Autocontrol Infantil y Adolescente*, CACIA. El CACIA evalúa el esfuerzo consciente de la persona por modificar sus reacciones. Está compuesto de 89 ítems que miden 5 escalas:

- *Retroalimentación Personal (RP)*. Detecta aspectos relacionados con la autoobservación, búsqueda de causas del comportamiento y análisis de situaciones. Estos aspectos funcionan como guías orientativas para las decisiones personales. Una puntuación elevada indica una buena capacidad para conocerse a uno mismo, darse cuenta de las consecuencias de los actos propios y un interés por averiguar los motivos y razones que determinan lo que uno hace.
  
- *Retraso de la Recompensa (RR)*. Recoge comportamientos relacionados con el control de respuestas impulsivas en la medida en que el sujeto debe hacer, en primer lugar, lo que debe o es más urgente e importante, dejando para después lo que le apetece. Una puntuación elevada indica comportamientos de organización y estructuración de tareas, un buen hábito de trabajo y no dejarse llevar por las apetencias más impulsivas.

- *Auto-control criterial (ACC)*. Valora la capacidad del alumno para soportar situaciones dolorosas o desagradables y aspectos de responsabilidad personal. Puntuaciones elevadas presentan un sujeto con buena resistencia al estrés y situaciones amenazantes, mostrando comportamientos de seguridad en situaciones donde otros se asustarían o atemorizarían eludiendo la situación.

- *Auto-control procesual (ACP)*. Recoge aspectos de auto-evaluación (comparar lo que uno hace con lo que debería o desearía hacer), auto-gratificación y auto-castigo. Puntuaciones elevadas indican desasosiego por cuestionar el propio comportamiento y preocupación por actuar rígidamente según normas y reglas.

- *Escala de Sinceridad (S)*. Valora comportamientos de dependencia de normas sociales (deseabilidad social). Una baja puntuación indica que el sujeto ha respondido en función de lo que cree que es correcto o se espera de él o ella.

Para el Preval\_A hemos incluido la escala *Auto-control criterial*, dado que valora aspectos de responsabilidad personal general y resistencia al estrés, que son más sensibles al contenido de las actividades de los programas de prevención de la AGAD cuando trabajan este factor. La escala está compuesta de 10 ítems, con respuesta dicotómica: *Verdadero* (1) y *Falso* (0). Cuatro de los ítems puntúan en sentido inverso. El rango de puntuaciones es de 0 el valor mínimo a 10 el valor máximo. La puntuación se obtiene sumando los valores de las respuestas marcadas. A mayor puntuación más capacidad de autocontrol manifiesta el sujeto.

### 5.2.1.3. Escala Autoestima

Para evaluar el factor Autoestima hemos tenido en cuenta la *Escala Básica para la Autoestima* del EIB y la *Escala AUTE* utilizada en la evaluación del programa de

prevención escolar sobre drogas *Construyendo Salud* (Luengo et al., 1999) y enviada por la autora en comunicación personal.

La escala AUTE se deriva del *Cuestionario de Autoconcepto Forma-A* (AFA) de Musitu, García y Gutiérrez (1991) que, en su versión original, está compuesto por 36 ítems pero, tras los análisis realizados por Luengo et al. (1999), quedó reducida a 10 ítems con respuesta dicotómica: Verdadero y Falso.

Para los propósitos de nuestro estudio, hemos decidido utilizar en el instrumento Preval\_A los 10 ítems de la escala AUTE ya que la redacción de los mismos y su contenido parecieron más adecuados al tipo de actividades que desarrollan los programas de prevención de la Comunidad de Madrid en relación a este factor. De los 10 ítems 5 puntúan en sentido inverso. El rango de puntuaciones es de 0 el valor mínimo a 10 el valor máximo. La puntuación de la escala se obtiene sumando los valores de las respuestas marcadas por el sujeto. Puntuaciones altas indican una valoración positiva de uno mismo y las bajas una autovaloración de carácter negativo.

#### **5.2.1.4. Escala Asertividad**

Existen algunos instrumentos para medir el constructo Asertividad. Uno de los más tradicionales, derivado de los trabajos de Wolpe y Lazarus (1966), es el *Inventario de Asertividad* (RAS) que fue desarrollado por Rathus (1973) como instrumento para medir el cambio conductual en los programas de entrenamiento en asertividad. Otro instrumento también de referencia en este ámbito es el *Inventario de Asertividad de Gambrill y Richey* (GRAI) (1975), que fue desarrollado para recoger 3 tipos de información en relación con la conducta asertiva, de utilidad en el contexto clínico: a) el grado de malestar que provocan en el sujeto diversas situaciones, 2) la probabilidad de que realice ciertas conductas, y 3) la identificación de situaciones específicas en que

la persona desearía ser más asertiva. Para ello los autores recopilaron diversas situaciones potencialmente generadoras de dificultades de aserción. Tanto el RAS como el GRAI están disponibles en castellano (Comeche, Díaz y Vallejo, 1995) y son utilizados en el ámbito del tratamiento y de la investigación en nuestro país.

Igualmente, encontramos que la editorial TEA dispone de la *Escala de Habilidades Sociales* (EHS) de Gismero González (2000), que con 33 ítems explora diversas habilidades, algunas de tipo asertivas: defender los propios derechos como consumidor, expresar opiniones, sentimientos o peticiones, y decir “no” en situaciones comprometidas.

Por su parte, el EIB del OEDT dispone de una escala básica de 5 ítems para evaluar la asertividad que pone a disposición de los investigadores europeos sobre prevención de drogas, a través de su portal de internet.

Para nuestros objetivos, en el Preval\_A hemos decidido utilizar la *Escala IA*, que es una adaptación del GRAI mencionado más arriba, y que ha sido utilizada en la evaluación del programa de prevención escolar sobre drogas *Construyendo Salud* (Luengo et al., 1999). Luengo y su equipo encontraron que el cuestionario original presentaba ciertas dificultades para ser cumplimentado por los adolescentes. Por ello, desarrollaron una versión reducida y una adaptación de situaciones, tales como: rechazar peticiones (*negarte a hacer algo que no quieres hacer*), iniciar contactos sociales (*comenzar una conversación con un extraño*), expresar sentimientos positivos (*decirle a alguien que te gusta*), discrepar de las opiniones de otras personas (*expresar una opinión diferente a la de los demás*), y ser asertivo con las personas que ofrecen un servicio (*resistir la insistencia de un vendedor para que compres algo*).

La escala de Asertividad incluida en el Preval\_A dispone de 15 ítems y requiere una respuesta en escala Likert de 3 puntos: *Bien* (3), *Regular* (2), *Mal* (1). Significa cómo se sentiría el adolescente si tuviera que realizar cada una de las conductas

recogidas en el cuestionario: situaciones complejas que requieren una respuesta de tipo asertiva. El rango de puntuación de la escala es de 15 a 45 puntos. La puntuación del sujeto se obtiene por la suma de los valores de las opciones seleccionadas. Una puntuación más alta indica sentirse bien en situaciones comprometidas socialmente en las que se adopta una respuesta asertiva.

#### **5.2.1.5. Escala Habilidades sociales: asertivas, agresivas y pasivas**

Las habilidades sociales constituyen un constructo complejo, multifactorial y de difícil media global. Existen, distintas propuestas de medida en función de los componentes específicos que se quieran analizar. Para nuestro instrumento Preval\_A, hemos decidido medir el tipo de respuesta social que da el alumno a diversas situaciones de relación, siguiendo la propuesta presentada en la evaluación del *Programa de Prevención sobre Drogas de Granada* desarrollado desde la Universidad de Granada y dirigido por el profesor T. J. Carrasco (Antón et al., 2000).

Carrasco, Adarne y Vila (1997) utilizaron el *Autoinforme de Habilidades Sociales*, compuesto por 24 ítems que presentan diversas situaciones sociales comunes en la vida del adolescente, para lo cual se le pide que elija entre 4 opciones qué tipo de comportamiento suele realizar en tales casos. Estos comportamientos representan conductas pasivas (se valoran con 1 ó 2 puntos negativos, según sean total o parcialmente pasivas), agresivas (se valoran con 1 ó 2 puntos positivos, según sean total o parcialmente agresivas) y asertivas (se valoran con 0 puntos). La corrección del autoinforme proporciona 3 tipos de puntuaciones: número de respuestas asertivas (respuestas que han obtenido 0 puntos), respuestas agresivas (suma total de puntos positivos), y respuestas pasivas (suma total de puntos negativos). El rango de puntuaciones de respuestas asertivas es de 0 a 24, de respuestas agresivas es de 0 a 50 y de respuestas pasivas de 0 a 60 puntos. Cuanto más alta sean las puntuaciones en las

variables referidas a respuestas asertivas, agresivas y pasivas más conductas de cada tipo se manifiestan en las situaciones sociales. Para los análisis estadísticos las puntuaciones en conductas pasivas fueron re-codificadas en valores positivos para poder interpretarlas en el mismo sentido que las otras dos.

#### **5.2.1.6. Escala Habilidades para la toma de decisiones**

No existen muchas escalas para medir el factor de riesgo/protección Habilidades para la toma de decisiones, que trabajan diversos programas de prevención sobre drogas. Sin embargo, el EIB del OEDT propone una escala básica denominada *Escala HTD (Habilidades para la Toma de Decisiones)* compuesta de 8 ítems. La escala requiere respuesta en escala Likert de 5 puntos: *Totalmente de acuerdo (5), De acuerdo (4), No sabría decir (3), En desacuerdo (2), Totalmente en desacuerdo (1)*. Los ítems hacen referencia a formas de actuar del sujeto en situaciones de decisión. Por ejemplo: *Rara vez tomo decisiones sin pensar en las consecuencias* o *Cuando decido algo, no importa lo que piensen mis amigos*. De los 8 ítems, 3 puntúan en sentido inverso. El rango de puntuación de la escala es mínimo 8 y máximo 40 puntos. La puntuación del sujeto se obtiene por la suma de los valores de las opciones seleccionadas. Una puntuación más alta indica una toma de decisiones reflexiva y no impulsiva por parte del sujeto.

#### **5.2.1.7. Escala Habilidades de afrontamiento y solución de problemas**

Se ha elegido la adaptación que Luengo et al. (1999) realizaron del *Inventario de Solución de Problemas Sociales (Social Problem-Solving Inventory-Revised, SPSI-R)* elaborado por Maydeu-Olivares y D’Zurilla (1996). Originalmente el cuestionario consta de 52 preguntas con 5 alternativas de respuesta y 5 dimensiones. Fue diseñado para población adulta, por lo que Luengo y su equipo llevaron a cabo una modificación

importante para ser aplicado a adolescentes dentro de la batería de escalas para valorar los distintos factores del programa de prevención *Construyendo Salud*.

Tras distintos análisis y revisiones, finalmente la escala SPSI quedó compuesta por 10 ítems que expresan pensamientos, sentimientos o comportamientos que pueden realizarse cuando el alumno se enfrenta con problemas de la vida cotidiana. Ejemplo de ítems son: *Pienso qué es lo que quiero lograr antes de solucionar un problema* o *Espero a ver si un problema se resuelve solo antes de intentar solucionarlo*. El sujeto debe expresar la frecuencia con la que le ocurren las circunstancias expresadas en una escala de 3 puntos: *Casi siempre* (1), *A veces* (2), *Casi nunca* (3). La puntuación se obtiene sumando los valores de las respuestas. 5 de los ítems puntúan en sentido inverso. El rango de puntuación de la escala es de 10 a 30 puntos. Una puntuación alta indica una buena habilidad de afrontamiento y solución de problemas.

#### **5.2.1.8. Escala Actitud desfavorable hacia drogas**

Se ha partido de la *Escala CAD* utilizada por Luengo et al. (1999) para evaluar el programa de prevención escolar *Construyendo Salud*. Luengo y su equipo desarrollaron su escala a partir del *Cuestionario de Actitudes* de Escámez (1990) que consta de 23 ítems a responder en una escala de 5 puntos, según el grado de acuerdo o desacuerdo con cada una de las afirmaciones. La versión elaborada por Luengo, tras diversos análisis, se redujo a 14 ítems y el formato de respuesta a 3 opciones. Además de estos ítems que valoran actitudes sobre drogas, el CAD incluye la sub-escala de *Intención de Consumo*, compuesta por 9 ítems (3 para medir la intención de consumir tabaco, 3 para la intención de consumir alcohol y 3 para la intención de consumo del cannabis).

Por último, hemos añadido 3 ítems de la *Escala ACD* del EIB, que pensamos podrían completar los anteriores del CAD. Tales ítems son: *Consumir drogas es*

*divertido, Todo el que prueba drogas acaba lamentándolo y Probar las drogas puede llevar a perder el control de tu vida.*

Finalmente, la escala utilizada para medir este factor mediante el Preval\_A está compuesta de 26 ítems, 17 para valorar específicamente la actitud sobre drogas y 9 para valorar la intención de consumo. Los alumnos proporcionan sus respuestas en escala Likert de 3 puntos: *De acuerdo* (1), *No sabría decir* (2), *En desacuerdo* (3). De los 26 ítems, 8 puntúan en sentido inverso. El rango de puntuación va de 26 a 78 puntos. La puntuación en la variable se obtiene sumando los valores de las respuestas marcadas por el sujeto. En la sub-escala de *Intención de Consumo*, una puntuación baja indica que el sujeto manifiesta tener intención de consumir tabaco, alcohol o cannabis. En la escala de *Actitud* del Preval\_A la puntuación alta indica tener una opinión desfavorable a las drogas y las puntuaciones bajas reflejan una postura favorable hacia las drogas.

#### **5.2.1.9. Escala Actitud sobre la salud**

Esta variable la hemos medido utilizando algunos ítems del *Cuestionario ACRS (Autoinforme sobre Comportamientos relacionados con la Salud)*, utilizado en la evaluación del *Programa de Prevención sobre drogas de Granada* desarrollado desde la Universidad de Granada y dirigido por el profesor T. J. Carrasco (Antón et al., 2000).

El ACRS es un cuestionario elaborado por el equipo de la Universidad de Granada que recoge información sobre consumo de tabaco y alcohol y sobre otros hábitos de vida relacionados con la salud, tales como ejercicio físico, higiene bucal, alimentación y sueño. Fue diseñado para ser administrado a alumnos de 10 a 15 años y cuenta con 38 ítems, 10 de ellos son comportamientos de salud. Éstos últimos son los que nosotros hemos seleccionado y adaptado al formato de respuesta del Preval\_A para hacerlo homogéneo al resto de ítems del instrumento. Finalmente la escala

quedó compuesta por 8 ítems, con respuesta de 4 puntos tipo Likert: *Nunca* (1), *Rara vez* (2), *Casi siempre* (3), *Siempre* (4). El estudiante debe contestar a cada ítem según la frecuencia con que realiza las acciones que reflejan los ítems de la escala. Ejemplo de tales ítems son: *Realizar ejercicio físico o deporte fuera de las clases de educación física*, y *Desayunar por las mañanas antes de ir a clase un desayuno completo: fruta, leche y pan o cereales*. La puntuación se obtiene sumando los valores de las respuestas marcadas por el alumno. El rango de puntuación se mueve entre 8 puntos el valor mínimo y 32 el valor máximo. Cuánto más alta sea la puntuación del sujeto en la escala más indicador de actitud positiva hacia la salud.

#### **5.2.1.10. Escala Información sobre drogas**

Para evaluar esta variable hemos partido de la Escala CID (*Cuestionario de información sobre drogas*) utilizada en la evaluación del programa de prevención escolar sobre drogas *Construyendo Salud* (Luengo et al., 1999) y enviada por la autora en comunicación personal. El CID evalúa el grado de información que los alumnos tienen acerca del tabaco, el alcohol y el cannabis. Fue elaborada por Luengo y su equipo de la Universidad de Santiago de Compostela a partir del *Cuestionario de Información* propuesto por Maciá (1995), incluyendo algunos ítems propios para ajustarse a los objetivos de su programa. La escala CID incluida en el Preval\_A cuenta con el mismo número de ítems que la de la Universidad de Santiago de Compostela: 27 ítems, 9 sobre tabaco, 9 sobre alcohol y otros 9 sobre porros y drogas en general. La escala se responde en formato Likert de 3 puntos: *Verdadero* (1), *No sé* (0) y *Falso* (0). 10 ítems puntúan en sentido inverso. El rango de puntuaciones es de 0 el valor mínimo a 27 el valor máximo. La puntuación de la escala se obtiene sumando los valores de las respuestas marcadas por el sujeto. Puntuaciones altas indican un mayor conocimiento sobre drogas.

### 5.2.1.11. Escala Ajuste escolar

Hemos utilizado dos fuentes para identificar ítems que nos permitan valorar esta variable y crear una *Escala de Ajuste/problema escolar* para el instrumento Preval\_A. Por un lado la evaluación del programa escolar de prevención *Construyendo Salud* (Luengo et al., 1999) dispone de 4 ítems que, en escala Likert de 4 ó 5 puntos, valoran aspectos de la vida escolar que pueden influir en el rendimiento, la autoimagen como estudiante, las relaciones sociales y la vinculación a lo escolar. Los ítems hacen referencia al grado de malestar o bienestar con los compañeros, con el centro educativo, las ausencias a clase y el número de asignaturas suspendidas.

Adicionalmente, hemos considerado 3 ítems del *Cuestionario sobre Factores de Riesgo* (Muñoz Rivas et al., 2000) incluidos en un estudio realizado en adolescentes de Majadahonda (Madrid): *Rendimiento escolar*, valorado según la nota media obtenida en la última evaluación y en el último curso, *Problemas con los compañeros y profesores*, *Absentismo escolar* y *Nivel de exigencia de las normas en el centro educativo*.

Finalmente, la variable *Ajuste/problema escolar* del Preval\_A valora las dificultades en el seguimiento de los estudios y conductas que interfieren en el desarrollo escolar. Se mide con una escala de 7 ítems con respuesta tipo Likert de 4 puntos, cuando se valora frecuencia (Nunca, Rara vez, Casi siempre y Siempre), o de 5 puntos cuando se valoran otros aspectos de la experiencia escolar. La puntuación se obtiene sumando los valores de las respuestas marcadas. El rango de puntuación va de 7 puntos el valor mínimo a 32 el valor máximo. Cuánto más alta sea la puntuación menos problemas escolares, pudiendo interpretarse como ajuste escolar.

### 5.2.1.12. Escala Actividad de ocio y tiempo libre: uso del tiempo libre y actividades protectoras con la familia

Hemos analizado el factor denominado *Actividades protectoras* del Cuestionario FRIDA, *Factores de riesgo interpersonales para el consumo de drogas en adolescentes*, desarrollado por el Grupo de Conductas Aditivas de la Universidad de Oviedo (Secades, Carballo, Fernández, García-Rodríguez y García-Cueto, 2006). El cuestionario FRIDA valora 7 factores de riesgo interpersonal: *Reacción de la familia ante el consumo*, *Grupo de amigos o iguales* (consumo, actitudes y actividades de riesgo), *Acceso a las drogas* (percepción de la accesibilidad a las drogas), *Riesgo familiar*, *Educación familiar en drogas*, *Actividades protectoras* y *Estilo educativo*, en un total de 90 ítems. El factor *Actividades protectoras* está compuesto en FRIDA por 23 ítems y valora la existencia de buenas relaciones familiares, el éxito en la escuela, un buen uso del tiempo libre y actividades con la familia, utilizando una escala Likert de 4 puntos para las respuestas. Estos dos últimos conjunto de ítems: *Buen uso del tiempo libre* y *Actividades junto a la familia*, son los que nosotros hemos elegido para medir nuestra escala, con lo que se compone variable. La escala está compuesta de 14 ítems, 7 para valorar el uso adecuado del tiempo libre y otros 7 para las actividades protectoras junto a la familia. Se le pide al sujeto que valore la frecuencia con la que realiza las actividades que se expresan en la escala: *Nunca* (1), *Rara vez* (2), *Frecuentemente* (3), *Diariamente* (4). Un solo ítem puntúa en sentido inverso. El rango de puntuación va de 14 a 56 puntos. La puntuación de la escala se obtiene sumando los valores de las respuestas marcadas por el sujeto. Puntuaciones altas indican más intensidad en las actividades protectoras de ocupación del tiempo por parte del alumno.

### 5.2.1.13. Escala Comunicación familiar

Para nuestros objetivos, hemos revisado la escala básica denominada *Bonding to Parents and Family* (vínculo con padres y familia) del EIB, disponible en el portal [www.emcdda.europa.eu/eib](http://www.emcdda.europa.eu/eib). Consta de 8 ítems que se valoran en una escala Likert de 4 puntos. Hemos completado esta escala con 4 ítems del factor *Riesgo familiar* del Cuestionario FRIDA (Secades et al., 2006), que valora cómo percibe el alumno la preocupación de sus padres por él o ella y la posibilidad de maltrato familiar.

Finalmente, el factor *Comunicación Familiar* en el instrumento Preval\_A de esta investigación, queda compuesto de 12 ítems. 8 ítems que valoran la relación con padres y otros familiares, respondiéndose en escala Likert de 4 puntos: *Muy bien* (4), *Bien* (3), *No estoy seguro* (2) y *Mal* (1). Los 4 últimos ítems referidos al maltrato familiar se responden en escala Likert de 3 puntos: *Estoy de acuerdo* (3), *No estoy seguro* (2) y *No estoy de acuerdo* (1). En este conjunto de ítems, 2 de ellos puntúan en sentido inverso. El rango de puntuación de la escala va de 12 puntos el valor mínimo a 44 puntos el valor máximo. La puntuación de la escala se obtiene sumando los valores de las respuestas marcadas por el sujeto. Puntuaciones altas indican mejor nivel de comunicación y de relación familiar.

### 5.2.1.14. Escala Matutinidad

Para la valoración de esta variable, hemos utilizado la *Escala MECS: Escala de Matutinidad/Vespertinidad para Adolescentes* (Díaz Morales, Dávila y Gutiérrez, 2007), compuesta de 10 ítems con respuesta en escala Likert de 5 y 4 puntos, que proporcionan el cronotipo del alumno: matutino o vespertino. El rango de puntuación de la escala va de 10 puntos, el valor mínimo, a 43 puntos, el valor máximo. La puntuación de la escala se obtiene sumando los valores de las respuestas marcadas

por el sujeto. Puntuaciones altas indican un perfil matutino del adolescente; es decir, preferencia del horario de mañana para las actividades y sentirse más activo en las primeras horas del día.

-----OoOoOoOoOo-----

De forma general, en todas las escalas las puntuaciones mayores indican presencia del factor que se mide. La mayoría de factores que se miden con este instrumento se pueden considerar factores de protección para el consumo de drogas, salvo el factor relacionado con habilidades sociales de tipo agresivo y pasivo.

### **5.2.2. Instrumento de *Valoración de la Calidad de Programas Preventivos*, Preval\_Q**

Uno de los objetivos de este estudio es conocer si existe relación entre la variable consumo de drogas (tabaco, alcohol y cannabis) y la calidad de la prevención recibida en las aulas durante los 3 cursos escolares previos al trabajo de campo. La calidad de la prevención, por tanto, va a funcionar como una variable fundamental en este estudio que nos permitirá, mediante la formación de grupos en función de una puntuación en esta variable, explorar esta relación.

El instrumento que hemos utilizado para valorar la calidad de los programas de prevención es el Preval\_Q, que ha sido desarrollado por nosotros en una fase anterior (Martínez Higuera, 2008). Preval\_Q es un instrumento para valorar la calidad de las intervenciones de prevención, fundamentalmente de ámbito escolar, según criterios del enfoque *evidence-based prevention* (véase apartado 3.1). El nombre dado a esta herramienta responde a las ideas más importantes de la misma: Prevención, Evaluación y Calidad (*Quality*), siendo su nombre más elaborado *Instrumento de Valoración para la Calidad de Programas de Prevención* (Martínez Higuera, 2008).

El protocolo de valoración Preval\_Q recoge un número de ítems que permiten el diagnóstico de la calidad en base a las pruebas científicas (enfoque *evidence-based prevention*) de los programas escolares de prevención sobre drogas. Por definición, se trata de una herramienta dinámica ya que puede incorporar nuevos criterios de calidad, que procedan de la investigación en versiones sucesivas.

El instrumento Preval\_Q está en fase de desarrollo inicial pasando de una versión anterior, que identificamos por versión 0 y que ha sido ensayada para valorar su funcionalidad (Martínez Higuera, 2008), a la versión actual que ha incorporado algunas modificaciones, especialmente en el sistema de puntuación y que identificamos como versión 1.

El Preval\_Qv.1 está compuesto de 43 ítems que incluyen 35 criterios e indicadores de calidad de los que hemos encontrado mayor soporte (Martínez Higuera, 2008) y que están relacionados con las fuentes instrumentales presentadas en el apartado 3.2. Este protocolo de valoración está dividido en 6 áreas de análisis y cada una de ellas cuenta con varios criterios de calidad (Tabla 26).

El enfoque cuantitativo adoptado para el proceso de análisis del Preval\_Qv.1 permite que, para cada una de las 6 áreas de análisis, se puedan obtener entre 1 a 3 puntos: 1 indica un nivel *débil* de calidad, 2 señala una calidad *moderada* y 3 es la puntuación reservada para el nivel *fuerte* de calidad. Igualmente, para poder comparar programas de prevención y evoluciones futuras en los mismos, hemos desarrollado una *Puntuación Global de Calidad*. La puntuación oscila entre una mínima de 6 puntos y una máxima de 18 puntos. Los programas que obtengan una puntuación de 6 se pueden considerar como débiles, con insuficientes fortalezas y que necesitan mejoras en todas las áreas de análisis.

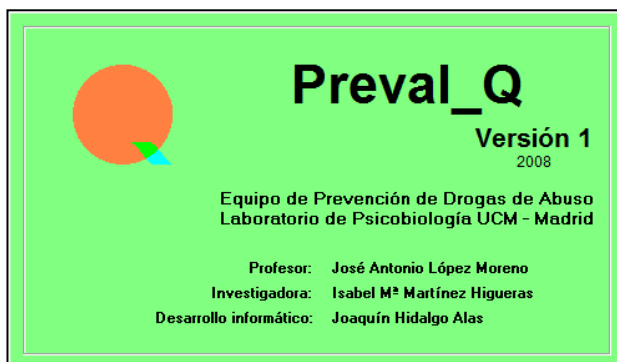
En la Tabla 26 se reflejan los componentes principales de este instrumento: las áreas de análisis, los criterios de calidad incorporados, el número de ítems que incluye esos criterios y la puntuación máxima por área.

Tabla 26

*Estructura del instrumento Preval\_Q: Valoración para la Calidad de Programas de Prevención*

ÁREAS DE ANÁLISIS	CRITERIOS DE CALIDAD	ITEMS Nº	PUNTUACIÓN MÁXIMA
1. Valoración de necesidades	1. Se presentan datos sobre el consumo de drogas (sustancias sobre las que se va a intervenir) de la población destinataria o del entorno social al que pertenece (epidemiológicos). 2. Se presenta la situación de la población destinataria sobre los factores de riesgo y protección para esos consumos.	1 a 6 7 ítems	3 puntos
2. Determinantes del problema	3. Se identifican los factores determinantes para el consumo de drogas de los alumnos. 4. Se especifica un modelo teórico reconocido para fundamentar la acción preventiva.	7 al 10 4 ítems	3 puntos
3. Objetivos de la intervención	5. Se identifican claramente objetivos de la intervención 6. Se describen objetivos a varios niveles. Generales y específicos 7. Se plantean objetivos en términos realistas y medibles. 8. Los objetivos se refieren a acciones que la investigación considerar eficaces en la población escolar.	11 al 14 4 ítems	3 puntos
4. Selección del programa	9. Se selecciona un modelo de intervención que dispone de investigación y datos de eficacia. 10. El programa seleccionado se ajusta a las necesidades y objetivos planteados inicialmente. 11. Se utilizan los principios de eficacia de programas preventivos para niños y adolescentes (NIDA, 1997) 12. La intervención es multi-componente.	15 al 20 6 ítems	3 puntos
5. Aplicación o puesta en marcha del programa	13. El programa es aplicado por personal entrenado. 14. Se utiliza el material propio del programa. 15. Las sesiones están detalladas y protocolizadas. 16. Se especifican nº sesiones en que se debe aplicar. 17. Se desarrolla con una metodología interactiva. 18. El programa se aplica según el nº de sesiones previsto. 19. Se aplica utilizando el material y guión de sesiones propios del programa.	21 a 27 7 ítems	3 puntos
6. Evaluación	20. Recogida sistemática de datos del programa. 21. Se recogen datos del proceso de aplicación. 22. Se recogen datos de los efectos del programa. 23. Dispone de indicadores de proceso de aplicación. 24. Dispone instrumentos para recoger datos del proceso. 25. Dispone de indicadores de resultados. 26. Dispone de instrumentos para medir los resultados. 27. Los instrumentos tienen validez y fiabilidad. 28. Análisis mediante diseño cuasi-experimental. 29. Se detalla el método de análisis de los datos. 30. Se detallan efectos del programa sobre la conducta de consumo de drogas 31. Se detallan efectos del programa sobre variables mediadoras. 32. Se argumenta si el programa obtuvo los resultados previstos. 33. Se presentan posibles resultados negativos del programa. 34. Se ofrecen recomendaciones para ediciones futuras. 35. Se da visibilidad a los resultados: publicaciones.	28 a 43 16 ítems	3 puntos

Se ha elaborado una versión electrónica del Preval\_Qv.1 que también está en fase de desarrollo. Su objetivo es permitir una aplicación ágil del protocolo y la generación de una base de datos de cada evaluación



de programas de prevención, de tal manera que se puedan recopilar los seguimientos y cambios en cuanto a criterios de “base en la evidencia” de cada aplicación y entre aplicaciones del mismo programa en distintos lugares.

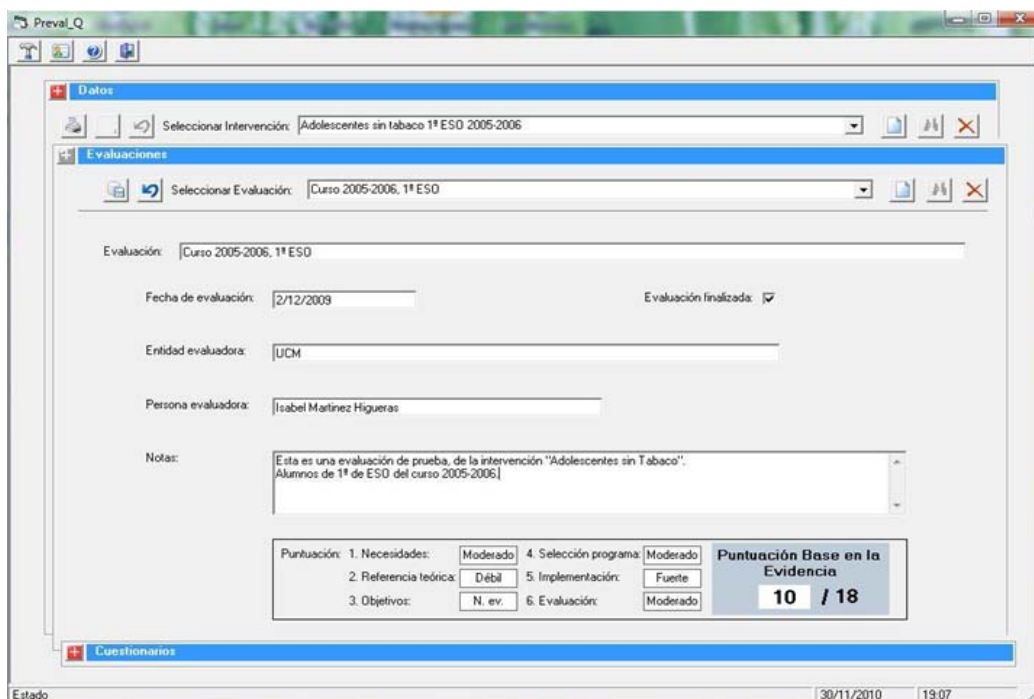


Figura 7  
 Captura de pantalla de la versión electrónica del Instrumento de Valoración para la Calidad de Programas de Prevención, Preval\_Qv.1

### 5.3. PROCEDIMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

#### 5.3.1. Procedimiento de selección de los centros escolares

La variable *exposición* a la prevención ha partido del análisis de las memorias de la AGAD de los últimos años (Agencia Antidroga 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006b). De acuerdo a este análisis (véase apartado 3.3.2), el municipio de Fuenlabrada del área metropolitana de Madrid y cuarto en número de habitantes de la región, resultó ser el que más “exposición” a la prevención había desarrollado en los últimos años.

Para seleccionar los centros educativos participantes se reunió al CAID de Fuenlabrada, responsable de las actividades de prevención en este municipio, quien propuso 12 centros educativos entre públicos y concertados. Los centros propuestos, la mayoría institutos de educación secundaria, representaban el 46% de la totalidad de centros de secundaria de Fuenlabrada y se caracterizaban por tener diferente intensidad en cuanto al desarrollo de actividades de prevención escolar sobre drogas; es decir, diferente número de actividades preventivas experimentadas por los alumnos en un periodo de tiempo. Una vez seleccionados por el CAID los 12 centros candidatos a participar, se ordenaron según la cantidad de exposición a la prevención que habían soportado los alumnos durante los últimos 3 cursos escolares previos al desarrollo de la investigación (2005 a 2008) (Tabla 27). En el Anexo 3 se presenta el análisis realizado sobre los 12 centros educativos participantes para determinar la cantidad acumulada de prevención en sus respectivos alumnos a la fecha de la recogida de la información para esta tesis.

Tabla 27

*Centros escolares de Fuenlabrada propuestos por el CAID de referencia con diferentes intensidades de prevención escolar*

CENTROS ESCOLARES	TOTAL ALUMNOS MATRICULADOS	Nº AULAS ESO	Nº ALUMNOS ESO	CANTIDAD ACUMULADA PREVENCIÓN <sup>1</sup> CURSOS 2005 A 2008
IES-1	967	15	401	0
CC -2	880	8	304	0
IES-3	791	27	645	1
CC -4	735	8	216	2
CC -5	*	*	*	2
IES-6	*	*	*	2
IES-7	*	21	525	3
IES-8	*	14	350	7
IES-9	585	19	475	8
IES-10	1.498	23	633	8
IES-11	345	9	215	9
IES-12	588	14	333	12

*Nota.*- El asterisco (\*) significa que no se tienen datos. (1) La última columna recopila el número de actividades acumuladas que han podido experimentar los alumnos (en el supuesto que hayan realizado los cursos anteriores en el mismo centro) a lo largo de los cursos escolares analizados: desde el curso 2005/06 a 2007/08. Por lo tanto el número señala que los alumnos que vamos a explorar han experimentado esa cantidad de prevención escolar.

Como vemos en la Tabla 27, son algo más de la mitad los centros educativos cuyos alumnos han experimentado acumuladamente pocas actividades preventivas, mientras que el resto ha experimentado de forma continuada bastantes, de tal manera que fue posible seleccionar centros con alumnos con diferente exposición (=intensidad) de prevención. A partir de aquí se seleccionaron los 4 centros con mayores cifras de cantidad de prevención experimentada por sus alumnos y los 4 centros con menores cifras, agrupándolos en dos categorías: centros de “alta exposición” y centros de “baja exposición” (Tabla 28). De este contexto se extrajeron los participantes en el estudio.

Tabla 28

*Cantidad de prevención en los centros escolares de Fuenlabrada propuestos por el CAID, según alta y baja exposición a la prevención*

	CENTROS EDUCATIVOS	AULAS	ALUMNOS	EXPOSICIÓN A LA PREVENCIÓN – ESO				CANTIDAD PREVENCIÓN
				1º	2º	3º	4º	
Baja exposición	IES-1	15	375	-	0	0	0	0
	CC -2	12	300	-	0	0	0	0
	IES-3	27	675	-	0	0	*	1
	CC -4	8	200	-	0	*	*	2
	CC -5	--	--	-	0	*	*	2
	IES-6	--	--	-	*	0	*	2
Alta exposición	IES-7	21	525	-	*	0	**	3
	IES-8	14	350	-	*	**	****	7
	IES-9	19	475	-	**	***	***	8
	IES-10	23	575	-	*	***	****	8
	IES-11	9	225	-	**	***	****	9
	IES-12	16	350	-	**	*****	*****	12

*Nota.* Las estrellas (\*) indican el número de programas que los alumnos de cada curso han experimentado en los cursos anteriores.

### 5.3.2. Procedimiento de selección de los participantes

Para seleccionar a los participantes en el estudio se presentó la investigación a la dirección y jefatura de estudio de los 8 centros educativos elegidos, según se ha indicado en el apartado anterior. Cada centro, en función de criterios propios y ateniéndose a los mínimos que se les planteó (2 aulas por curso), decidió el número de aulas que participarían en el estudio. Finalmente, las aulas participantes fueron 102 (2.335 escolares) de 1º a 4º de educación secundaria y de aulas especiales para estudiantes con dificultad escolar (Diversificación y Programa de Capacitación Inicial), lo que supone más del 70% del total de alumnos y aulas posibles (Tabla 29).

Tabla 29  
Centros educativos participantes en el estudio según su exposición a la prevención

BAJA EXPOSICIÓN A LA PREVENCIÓN											
CP*	AULAS ESO					Aulas especiales	Total Aulas	Total Alumnos	PERMITEN EVALUAR		FECHAS DE EVALUACIÓN 2008
	1º	2º	3º	4º	Aulas				Alumnos		
IES-1	0	4	4	3	4	3PCPI+2D	20	401	12	233	1 y 2 Dic.
CC-2	0	3	3	3	3	0	12	299	12	299	5 Nov.
IES-3	1	8	8	6	5	2D	29	675	10	201	27 Oct. 4 y 7 Nov.
CC-4	2	2	2	2	2	0	8	216	8	216	27 y 28 Oct.
<b>Sub-totales</b>							<b>69</b>	<b>1591</b>	<b>42</b>	<b>949</b>	
ALTA EXPOSICIÓN A LA PREVENCIÓN											
IES-9	8	5	6	5	3	2D	21	479	21	479	18 y 20 Nov.
IES-10	8	6	6	6	5	0	23	633	12	333	6,10,11,12 y 20 Nov.
IES-11	9	2	3	2	2	2D	11	214	11	214	24 a 28 Nov.
IES-12	12	4	4	4	4	0	16	360	16	360	10- 12, 17, 25-27No
<b>Sub-totales</b>							<b>71</b>	<b>1686</b>	<b>60</b>	<b>1386</b>	
<b>TOTAL AULAS Y ALUMNOS</b>							<b>140</b>	<b>3277</b>	<b>102</b>	<b>2335</b>	

Notas. (\*) CP= Cantidad de prevención; PCPI= Programa de Capacitación Profesional Inicial; D= Programa de Diversificación

Tabla 30  
Participantes en el estudio (aulas y alumnos) respecto a los alumnos y aulas reales

	AULAS Y ALUMNOS REALES		AULAS Y ALUMNOS QUE PERMITEN EVALUAR		PARTICIPANTES Y AULAS EN EL ESTUDIO		
	AULAS	ALUMNOS	AULAS	ALUMNOS	AULAS	ALUMNOS	% SOBRE ALUMNOS REALES
CENTROS ESCOLARES DE BAJA EXPOSICIÓN A LA PREVENCIÓN							
IES-1	20	401	12	233	12	233	58%
CC -2	12	299	12	299	12	292	98%
IES-3	29	675	10	201	10	201	30%
CC -4	8	216	8	216	8	209	97%
<b>Sub-totales</b>	<b>69</b>	<b>1591</b>	<b>42</b>	<b>949</b>	<b>42</b>	<b>935</b>	<b>59%</b>
CENTROS ESCOLARES DE ALTA EXPOSICIÓN A LA PREVENCIÓN							
IES-9	21	479	21	479	21	439	92%
IES-10	23	633	12	333	12	308	49%
IES-11	11	214	11	214	11	188	88%
IES-12	16	360	16	360	16	302	84%
<b>Sub-totales</b>	<b>71</b>	<b>1686</b>	<b>60</b>	<b>1386</b>	<b>60</b>	<b>1237</b>	<b>73%</b>
<b>TOTAL AULAS Y ALUMNOS</b>	<b>140</b>	<b>3277</b>	<b>102</b>	<b>2335</b>	<b>102</b>	<b>2172</b>	<b>66%</b>

Durante el trabajo de campo se evaluaron a 2.172 estudiantes de secundaria (Tabla 30), el 66% de los alumnos totales. En 3 centros la evaluación de alumnos alcanzó a más del 90% de estudiantes y solamente en uno de los centros se estudió a menos de la mitad de los alumnos y alumnas de secundaria.

### **5.3.3 Procedimiento para la recogida de información**

La investigación se llevó a cabo en escolares de 1º a 4º curso de educación secundaria de centros educativos públicos y concertados del municipio de Fuenlabrada, recogiendo la información en el curso escolar 2008-2009 (Octubre-Diciembre).

La aplicación del cuestionario Preval\_A se realizó en el aula habitual de los alumnos, con presencia de uno de sus profesores, generalmente el que correspondía en la hora en la que se pasó el cuestionario. El tiempo de aplicación del cuestionario fue de 45-50 minutos. La aplicación estuvo monitorizada por personal entrenado de la Universidad que colaboraba con el estudio.

La información referida a la calidad de la prevención, recogida mediante el instrumento Preval\_Q, utilizó tanto el formato papel (Anexo 4) como la aplicación informática. La valoración de los indicadores que recoge Preval\_Q fue realizada por un único evaluador a partir de la información proporcionada por la documentación técnica de los programas de prevención y por los profesionales del CAID de Fuenlabrada.

El proceso que se ha seguido en la investigación ha contado con distintas fases que detallamos a continuación.

## Fase preparatoria:

1. Análisis de la prevención escolar sobre drogas (contenido y cantidad) en la Comunidad de Madrid y en Fuenlabrada.
2. Diseño de los instrumentos Preval\_Q y Preval\_A.
3. Ensayo piloto del instrumento de alumnos, Preval\_A.
4. Elaboración de la aplicación informática del Preval\_Q para evaluar la calidad.
5. Entrenamiento de encuestadores del equipo de investigación.
6. Identificación de los centros escolares en colaboración con el centro CAID de Fuenlabrada, utilizando el indicador “cantidad” de prevención.

## Fase de campo:

7. Contacto con los centros escolares seleccionados, invitación y presentación del estudio en reunión preparatoria.
8. Autorización de padres de alumnos (a criterio del centro educativo) y planificación de fechas para la aplicación del cuestionario a alumnos.
9. Decisión de los centros en qué aulas se podían aplicar los cuestionarios a partir del mínimo solicitado: dos aulas por nivel educativo.
10. Aplicación del instrumento Preval\_A para alumnos en las aulas.

## Fase de análisis:

11. Codificación de las respuestas a los cuestionarios: matriz de 582.352 datos tabulados (233 variables iniciales, 39 variables transformadas y 2.141 cuestionarios).
12. Generación y depuración de bases de datos.

13. Análisis de la calidad de la prevención de los centros educativos participantes mediante el instrumento Preval\_Q.
14. Análisis estadísticos según las distintas condiciones: cantidad (exposición) y calidad de prevención.

Para el acceso a las aulas en las que tuvo lugar la recogida de información, se realizaron entre 1 ó 2 reuniones en el mes de Octubre 2008 con los responsables de los centros educativos, para explicar los objetivos del estudio, obtener su consentimiento y acordar en qué aulas se podía aplicar el instrumento de evaluación.

Se entregó en la reunión preparatoria un modelo de carta informativa para los padres de los alumnos, a fin de que el propio centro educativo decidiera sobre su utilización o no, en función de las pautas internas de comunicación con las familias de cada centro. Sólo en uno de los centros llegó finalmente a enviarse a las familias a través de los alumnos. Una vez acordada la agenda de aplicación del cuestionario de alumnos en los centros, se comenzó el trabajo de campo.

La exploración de los participantes (punto 10 de la fase de campo) comenzó el 27 de octubre y finalizó el 2 de Diciembre de 2008. Un total de 6 semanas, 19 días efectivos de aplicación de cuestionarios, en 70 sesiones, con un equipo de 6 encuestadores entrenados específicamente para este trabajo y una coordinadora. En el Anexo 5 se presenta una tabla de resumen con los datos de esta fase de la investigación: encuestadores, centros escolares, número de aulas y días de recogida de información.

#### 5.3.4. Diseño de investigación

En esta tesis estamos interesados en conocer la relación entre la prevención escolar, valorada como exposición y calidad, y los consumos de drogas de los adolescentes, concretamente tabaco, alcohol y cannabis, así como con los factores de riesgo/protección influidos por los programas de prevención desarrollados previamente. Se trata de una forma de estudiar las asociaciones entre prevención y drogas (consumos y factores de riesgos), una vez que ya han ocurrido los hechos.

Dadas las características de nuestro propósito, adoptamos un enfoque multivariado. La estrategia concreta responde al diseño comparativo-correlacional, mediante el cual se compararon grupos de alumnos que reúnen los criterios a estudiar y se observa qué ocurre en las distintas situaciones en las variables de estudio: consumo de drogas y factores de riesgo/protección. En esta investigación no realizamos ninguna actividad para modificar ni el entorno ni los participantes en el estudio, la variación en las variables las obtenemos mediante la selección de los participantes y la formación de grupos (Sánchez-Cánovas y Sánchez-López, 1999).

De acuerdo a la clasificación de Montero y León (2002 y 2005), esta tesis responde al diseño *ex post facto*, el cual estudia las variables una vez ocurrido el fenómeno.

En la práctica real de prevención escolar sobre drogas no es factible ni ético manipular las situaciones de prevención para ver cómo afecta a los consumos y los factores facilitadores de carácter psico-social. Sin embargo, esto no impide que podamos aproximarnos a este conocimiento utilizando diseños adecuados.

De los distintas modalidades de diseños *ex post facto*, esta tesis adopta la forma de estudio retrospectivo simple (Figura 8) pues, una vez medida las variables de estudio, hemos buscado “hacia atrás” los indicios que nos permitan determinar con

qué fenómenos relativos a la prevención escolar sobre drogas se relacionan (Montero y León, 2002).

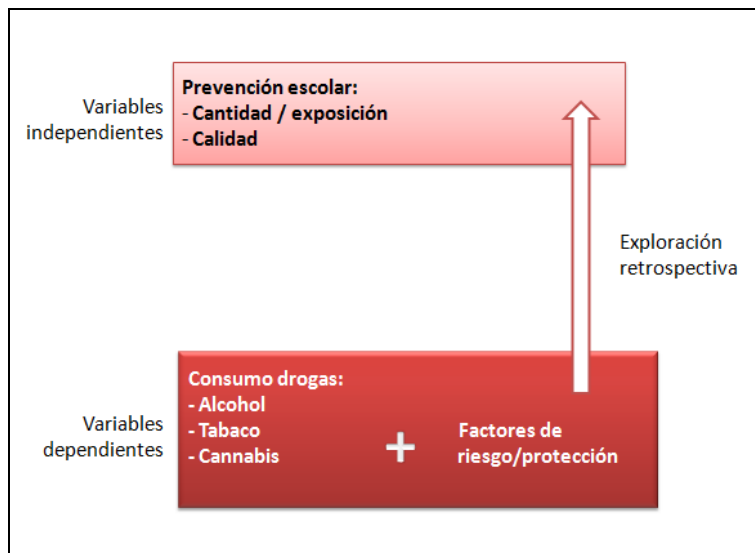


Figura 8  
Diagrama del diseño ex post facto retrospectivo adoptado.

### 5.3.5. Análisis de datos

En una primera fase se procedió a analizar las características psicométricas del instrumento Preval\_A mediante el coeficiente alpha de Cronbach. A los efectos de esta investigación vamos a considerar indicadores suficientes de fiabilidad  $\alpha$  0.60 y asumimos que este coeficiente es la cota inferior de fiabilidad (Martínez Arias, 1995; Nunnally, 1978; Santisteban, 1990 y 2009).

Por su parte, para el instrumento Preval\_Q, que valora la calidad de las intervenciones preventivas, hemos realizado un estudio de validez de contenido de carácter cualitativo, comparando con otro método de valoración utilizado en la práctica preventiva profesional. Posteriormente, mediante el Preval\_Q, hemos

analizado el nivel de calidad a todas las intervenciones preventivas desarrolladas en los centros educativos participantes durante 3 cursos escolares (2005/06 a 2007/08) y, de este análisis, se han seleccionado aquellos centros que se encontraban en posiciones extremas respecto a la calidad de los prevención (alta y baja calidad), a fin de poder comparar y evaluar las diferencias respecto a la variable relacionada con el consumo de drogas (tabaco, alcohol y cannabis) (hipótesis 3).

A continuación, se procedió al análisis descriptivo. Se calculó la distribución de frecuencia para cada variable. Para las variables cuantitativas se determinaron medidas de tendencia central (media) y medidas de dispersión (desviación estándar). Para las variables cualitativas se determinaron las frecuencias absolutas y relativas (porcentajes). Posteriormente se llevaron a cabo diversos análisis estadísticos en fases consecutivas, utilizando técnicas bivariadas y multivariadas.

Análisis bivariados: La comparación entre variables cualitativas se realizó mediante el test Chi cuadrado de Pearson y entre dos grupos definidos de una variable continua se realizó mediante el test de U de Mann-Whitney, dado que no se pudo asumir la distribución normal de los datos. Entre tres o más grupos definidos se utilizó el análisis de la varianza ANOVA.

La magnitud de la relación entre dos variables se obtuvo mediante el cálculo de la Odds Ratio de Prevalencia (OR), con intervalos de confianza del 95%.

La OR es la razón entre la probabilidad de que ocurra un suceso y la probabilidad de que no ocurra. Indica la fuerza en la que un determinado evento de salud (por ejemplo, consumo de una droga) está asociado o relacionado con un determinado factor (por ejemplo, sexo). El cálculo de OR en tablas de contingencia 2x2, se ha realizado mediante la siguiente fórmula:

Siendo G1 y G2 dos grupos donde se dispone de muestra de tamaño n1 y n2. En cada grupo se observa el suceso A y su complementario Ac. La tabla de resultados correspondiente a esta situación es:

	A	A <sup>c</sup>	
G <sub>1</sub>	n <sub>1A</sub>	n <sub>1Ac</sub>	n <sub>1</sub>
G <sub>2</sub>	n <sub>2A</sub>	n <sub>2Ac</sub>	n <sub>2</sub>

En esta situación:

$$OR = \frac{n_{1A}/n_1 \times n_{2Ac}/n_2}{n_{2A}/n_2 \times n_{1Ac}/n_1} = \frac{n_{1A} \times n_{2Ac}}{n_{2A} \times n_{1Ac}}$$

Análisis Multivariado: Se realizaron dos tipos de análisis, el MANOVA y la regresión logística. Previamente, todas las variables continuas relativas a los factores de riesgo/protección fueron estandarizadas con media igual a 50 y desviación típica igual a 10.

Se utilizó el MANOVA para los análisis con las variables correspondientes al perfil de riesgo/protección, calculándose el estadístico *Lamba de Wilks* para las variables dependientes e independientes y su interacción. Los análisis se ajustaron según sexo, edad/ciclo educativo y consumo de drogas. Se han explorado los tamaños del efecto mediante el estadístico *Eta cuadrado*.

La variable ciclo educativo ha sido utilizada como un indicador indirecto de la edad, siendo el valor “primer ciclo” indicador de alumnos jóvenes ( $\bar{X} = 12.95$ , DT= 1.02) y el valor “segundo ciclo” referido a alumnos mayores ( $\bar{X} = 14.87$ , DT= 0.97; Z= -31.780, p= 0.000).

Posteriormente a todos los análisis estadísticos para comprobar las hipótesis planteadas, quisimos explorar el valor predictivo de las variables analizadas, lo cual se realizó mediante el ajuste de modelos de regresión logística.

Se construyeron varios modelos de regresión logística para averiguar cuáles son las variables del estudio que mejor predicen el riesgo de consumo para cada una de las drogas estudiadas.

En la construcción de variables “dummy” se asignó el grupo de referencia como el de menor riesgo. Las variables que actúan como dependientes o variables respuesta fueron los consumos de tabaco, alcohol y cannabis. Para estas variables se eligieron como cofactores las variables edad, exposición a la prevención y las variables del perfil psico-social de riesgo/protección para el consumo de drogas.

Respecto a cada variable respuesta se construyó un modelo de regresión logística siguiendo el procedimiento “*introducir*”, para establecer las variables predictivas de cada tipo de consumo. Los análisis se realizaron estratificados por sexo.

En todos los casos se consideró la existencia de diferencias estadísticas significativas para todo valor de  $p < 0.05$ .

El análisis de los datos se llevó a cabo con los paquetes estadísticos SPSS para Windows, versión 13.0.

En la Tabla 31 se presenta una síntesis de los elementos principales que han estructurado la investigación desarrollada.

Tabla 31

*Resumen de los componentes metodológicos de la investigación*

PARTICIPANTES	VARIABLES			INSTRUMENTOS	DISEÑO	ANÁLISIS DATOS
	Globales	Valores	Tipo			
8 centros educativos 102 aulas 2.172 alumnos  Recogida de información de Octubre a Diciembre 2008	Consumo de drogas	Consumo vs. no consumo de tabaco Consumo vs. no consumo de alcohol Consumo vs. no consumo de cannabis	Dicotómicas	Cuestionario Preval_A	Comparativo- correlacional	Alfa de Cronbach Estudio validez de contenido Chi <sup>2</sup> de Pearson Odds Ratio U de Mann-Whitney ANOVA MANOVA Eta cuadrado Regresión logística  Paquete informático SPSS
	Factores riesgo /protección para el consumo de drogas	Empatía Autocontrol Autoestima Asertividad (grado malestar en situaciones asertiva) HHSS ( asertivas, agresivas y pasivas) HH de toma de decisiones HH de afrontamiento y solución de problemas Actitud desfavorable hacia las drogas Actitud sobre la salud Información sobre drogas Ajuste/problema escolar Actividades ocio y tiempo libre Actividades protectoras con la familia Comunicación con los padres Matutinidad/vespertina	Continuas	Cuestionario Preval_A		
	Sexo	Hombre Mujer	Dicotómica	Cuestionario Preval_A		
	Curso escolar	Primer ciclo (1º y 2º educación secundaria) Segundo ciclo (2º y 3º educación secundaria)	Dicotómica	Cuestionario Preval_A		
	Cantidad de prevención	Alta exposición (nº actividades de prevención 8 a 12) Baja exposición (nº actividades de prevención 2 a 0)	Dicotómica	Análisis prevención de centros escolares		
	Calidad de la prevención	Alta calidad (centro con mayor puntuación) Baja calidad (centro con menor puntuación)	Dicotómica	Protocolo Preval_Q		

## **CAPÍTULO 6**

### **RESULTADOS**



En este capítulo se van a presentar los resultados obtenidos tras los análisis realizados sobre las variables que nos permiten estudiar las diferentes hipótesis de este trabajo. El primer lugar, se ofrecen los resultados de fiabilidad y validez de los instrumentos que han sido utilizados en la parte empírica (apartado 6.1). En los dos apartados siguientes se presentan los análisis agrupados según las variables de resultados que estamos estudiando: el consumo de tabaco, alcohol y cannabis y los 13 factores de riesgo y protección para el consumo de drogas que finalmente pasaron a la fase de análisis. Respecto al consumo de drogas (apartado 6.2) se han estudiado las diferencias según sexo, edad, exposición a la prevención y calidad de la prevención. Respecto al perfil de riesgo/protección (apartado 6.3) se han estudiado las diferencias según el sexo, la edad, el consumo de drogas y exposición a la prevención. En este apartado no se han incluido las diferencias según calidad de la prevención dado que, según se verá, los análisis descriptivos iniciales mostraron escasa variabilidad de puntuaciones y los resultados en el estudio respecto al consumo de drogas no funcionaron como se esperaba.

Finalmente a partir de los resultados obtenidos, aunque no estaba previsto inicialmente, decidimos construir unos modelos teóricos de predicción del consumo de tabaco, alcohol y cannabis con la mayoría de las variables estudiadas. La idea surgió posteriormente al planteamiento de la investigación como una extensión del análisis que nos proporcionaron los MANOVA y que nos permitiera conocer el peso relativo en la predicción de los factores de riesgo/protección, la exposición a la prevención y otras variables analizadas (apartado 6.4).

## 6.1. PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS DE LOS INSTRUMENTOS UTILIZADOS

### 6.1.1. Fiabilidad del Preval\_A

El instrumento Preval\_A, cuestionario de evaluación de la prevención en alumnos, recoge la mayoría de variables de esta tesis, mencionadas en el apartado 5.2, mediante escalas específicas (apartado 5.2.1.)

Una versión inicial del Preval\_A fue ensayada con anterioridad a la fase de recogida de información (Septiembre de 2008) en 42 alumnos de 3º y 4º de educación secundaria del Colegio Alarcón, de Pozuelo de Alarcón (Madrid). Este ensayo sirvió para:

- a) Detectar problemas de redacción en el cuestionario.
- b) Valorar la comprensión de los ítems por parte de los alumnos.
- c) Fijar el tiempo mínimo y máximo de la aplicación.
- d) Afinar el diseño final del cuestionario.

Con el objeto de contrastar la fiabilidad de cada una de las escalas, se calculó el *Coefficiente Alpha de Cronbach* como medida de consistencia interna. La consistencia interna de una escala es un indicador del grado de precisión con el que el conjunto de preguntas de la misma mide el concepto al que hace referencia. Valores de fiabilidad por debajo de  $\alpha = 0.60$ , en el ámbito de las escalas de actitudes, indican que la consistencia interna debe revisarse (Martínez Arias, 1995; Nunnally, 1978; Santisteban, 1990). Siguiendo el criterio de George y Mallery (1995), un alfa de Cronbach por debajo de 0.5 muestra un nivel de fiabilidad no aceptable; si toma un valor entre 0.5 y 0.6 se podría considerar como un nivel pobre; si se sitúa entre 0.6 y 0.7 se estaría ante un nivel débil; entre 0.7 y 0.8 haría referencia a un nivel aceptable; en el intervalo 0.8-0.9 se podría calificar como de un nivel bueno, y si tomara un valor superior a 0.9 sería

excelente. En este sentido, el instrumento Preval\_A tiene 4 escalas no fiables, 1 con fiabilidad pobre, 5 con fiabilidad débil, 4 con fiabilidad aceptable, 3 con buena fiabilidad.

En la Tabla 32 se presentan los índices de fiabilidad de todas las escalas incluidas en esta investigación a través del Preval\_A. Como puede apreciarse, sólo las escalas *Autocontrol*, *Toma de decisiones*, *Actitud hacia la salud* y *Ocupación tiempo libre* tienen índices de fiabilidad muy por debajo del punto crítico alfa 0.60. Consecuentemente, éstas serán excluidas de los análisis posteriores, cuando se estudie el perfil de riesgo/protección asociado al consumo de drogas.

Tabla 32

*Índice de fiabilidad de las escalas del Cuestionario Evaluación de la Prevención en Alumnos, Preval\_A*

ESCALAS	ALFA DE CRONBACH	Nº ITEMS
Empatía	0.66	14
Autocontrol	*0.36	10
Autoestima	0.81	10
Asertividad (grado de malestar en situaciones asertivas)	0.71	15
Habilidades Sociales: agresivas	0,80	24
Habilidades Sociales: asertivas	0,82	24
Habilidades Sociales: pasivas	0,72	24
Habilidades de toma de decisiones	*0.37	8
Habilidades de afrontamiento y solución de problemas	0.58	10
Actitud sobre drogas	0.89	26
Actitud hacia la salud	*0.16	8
Información sobre drogas	0.68	27
Ajuste / problemas escolares	0.61	7
Ocupación del ocio y tiempo libre	*0.36	7
Comunicación con padres	0.71	12
Actividades protectoras con la familia	0.64	7
Matutinidad / vespertinidad	0.62	10

Nota: (\*) escalas con fiabilidad muy baja que se retiran de los análisis del perfil de riesgo posteriores

Si bien algunas escalas del Preval\_A están ligeramente por debajo o por encima del punto de corte para considerar que tienen una fiabilidad suficiente para esta tesis, hemos decidido mantenerlas para disponer de un perfil más amplio de factores de riesgo para el consumo de drogas en nuestro trabajo. En esta situación están las escalas *Afrontamiento y solución de problemas* ( $\alpha = 0.58$ ) y *Ajuste/problema escolar* ( $\alpha = 0.61$ ). En futuros estudios que se deriven de este trabajo y con este instrumento Preval\_A, revisaremos los ítems de las escalas con una fiabilidad más ajustada.

En resumen, las escalas elegidas muestran una aceptable fiabilidad. El procedimiento seguido para la construcción de las escalas garantiza la adecuación de los ítems seleccionados (véase apartado 5.2: Banco de instrumentos europeo EIB, cuestionario del programa *Construyendo Salud*, cuestionarios FRIDA e IRIS, etc). No obstante, de acuerdo con las directrices de la *International Commission of Test* (ITC) (2010) es necesario contrastar y documentar si los ítems de las escalas utilizadas en nuestro contexto mantienen su equivalencia con las fuentes de donde proceden. Esta tarea será abordada en fases posteriores de esta línea de investigación.

### **6.1.2. Indicadores de validez del Preval\_Q**

El Preval\_Q es un instrumento todavía en desarrollo que ha sido sometido a un análisis de validez en otro trabajo previo (Martínez Higuera, 2008). En ese análisis se valoraron 5 programas escolares de prevención, frecuentemente utilizados en el ámbito de prevención de la Comunidad de Madrid, con la versión inicial del Preval\_Q y con otro instrumento desarrollado en el 2002 para la DGPNsD, como parte del material de los talleres presentados en el curso *Calidad en Prevención: Avances Teóricos e Instrumentos Prácticos*. Este taller estaba dirigida a formadores y planificadores en el ámbito de la prevención del abuso de drogas de todo el país, y fue celebrada en Marzo

de 2002 en Segovia, financiada por la DGPNsD y organizado por el Centro de Estudios sobre Promoción de la Salud (CEPS), donde la autora de esta tesis trabajaba entonces como técnico y docente (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2003, pag. 20).

El instrumento con el que se cotejó el Preval\_Q, procedente de las sesiones de trabajo de Segovia-2002, se denomina *Parrilla de Análisis de la Calidad de Programas de Prevención Escolar* e incluye, además de criterios procedentes de la investigación de eficacia (enfoque *evidence-based*), aspectos metodológicos, de adecuación y transparencia de las intervenciones evaluadas. Cada criterio es valorado según una escala en la que “0” indica no aplicable o no disponer de datos sobre el mismo. De existir el criterio se valora en una escala de 1 a 5, donde 1 indica “insuficiente”, 3 “suficiente” y 5 “excelente”.

A diferencia de otros protocolos de análisis, esta *Parrilla* del taller de Segovia permite una aproximación cuantitativa de la evaluación de programas, por lo que nos podía proporcionar una forma de validez concurrente con el Preval\_Q (Martínez Higuera, 2008). El procedimiento de análisis mediante la *Parrilla* no llegó a publicarse; sin embargo, forma parte de la documentación del taller entregada a la DGPNsD que fue reseñada en la memoria de trabajo de ese año (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2003, pag. 20).

Los resultados de la comparación de estos dos análisis se presentan en las Tablas 33 a 35. El procedimiento de valoración se realizó con un único juez/evaluador con amplia experiencia en el campo de la prevención sobre drogas y en los instrumentos de valoración de programas bajo el enfoque *evidence-based*, presentados en el apartado 3.1 de esta tesis (Martínez Higuera, 2008).

Como se puede ver, en la valoración de los programas con el Preval\_Q (Tabla 33), uno de los programas (PR1) está bastante distanciado de los otros, al tiempo que los 4 restantes parecen tener un nivel parecido de *Calidad*. Sin embargo, teniendo en cuenta que la puntuación máxima posible de *Calidad* es de 33 puntos, se observa que ninguno de los programas analizados alcanza ese nivel ni se aproxima. Mirando los detalles de las puntuaciones, observamos que es en el apartado de *Evaluación* donde estos programas no dan el nivel adecuado de *Calidad*, indicando que no generan evidencia.

Tabla 33

*Valoración de programas escolares de prevención con el instrumento “Valoración de la Calidad de Programas de Prevención PREVAL\_Q”*

ÁREAS DE ANÁLISIS	Nº ITEM	PUNTUACIÓN MÁXIMA	PUNTUACIÓN EN PREVAL_Q				
			PR1	PR2	PR3	PR4	PR5
Valoración de necesidades	1	3 puntos	1	1	1	1	1
Marco teórico de referencia	2	1 punto	0	1	0	1	1
Objetivos de la intervención	3,4,5	3 puntos	2	2	2	3	2
Selección del Programa	6,7,8,9	4 puntos	1	3	2	2	2
Aplicación o puesta en marcha del programa	10,11,12,13,14,15,16	8 puntos	4	7	7	4	4
Evaluación	17,18,19,20,21,22,23,24,25,26,27,28,29,30	14 puntos	0	2	2	5	5
<b>Puntuación Calidad global</b>		<b>33 puntos</b>	<b>8</b>	<b>16</b>	<b>14</b>	<b>16</b>	<b>15</b>

*Nota.* PR1; PR2; PR3; PR4; PR5... hace referencia a cada uno de los programas escolares de prevención

La valoración de esos mismos 5 programas escolares de prevención con el instrumento *Parrilla de Análisis de la Calidad de Programas de Prevención Escolar* se presenta en la Tabla 34. Como se puede observar, los 5 programas se muestran con un perfil similar en ambos análisis (Tablas 33 y 34): uno de los programas (PR1) queda por debajo de todos los demás y 3 de ellos tienen un nivel similar, si bien en el análisis hecho con el Preval\_Q los 4 programas escolares, distintos al PR1, quedan

relativamente igualados, mientras que son sólo 3 los programas (PR4, PR5 y PR2) que valorados con la *Parrilla de Análisis* parecen tener un nivel superior.

En este análisis con la *Parrilla* (Tabla 34), que nos permite tener datos para una exploración de la validez del Preval\_Q, recordemos que cada criterio es valorado en una escala de 1 a 5, siendo 1 *insuficiente*, 3 *suficiente* y 5 *excelente*. Consecuentemente, vemos que los 5 programas no alcanzan un nivel suficiente, si bien 3 de ellos (PR2, PR4 y PR5) están destacando, aunque con cierta discreción. Justamente, lo mismo que hemos encontrado con el análisis utilizando el Preval\_Q.

Tabla 34

*Valoración de programas escolares de prevención con la herramienta “Parrilla de Análisis de la Calidad de Programas de Prevención Escolar” del Plan Nacional sobre Drogas*

ÁREAS DE ANÁLISIS	PR1	PR2	PR3	PR4	PR5
BASE EN LA EVIDENCIA:					
Justificación	1.2	2.3	1.7	2.6	3.0
Fundamentación	1.1	2.4	1.25	2.6	2.3
<b>Puntuación parcial “Base en la evidencia”</b>	<b>1.1</b>	<b>2.4</b>	<b>1.5</b>	<b>2.6</b>	<b>2.6</b>
CALIDAD METODOLÓGICA:					
Pertinencia y eficacia	2.0	2.5	2.5	2.5	2.5
Resultados esperados	1.5	2.75	2.0	2.75	3.5
Metodología	1.4	2.2	2.0	3.35	2.9
Coordinación y consideración del contexto	1.4	2.2	1.2	2.9	2.7
<b>Puntuación parcial “Calidad metodológica”</b>	<b>1.4</b>	<b>2.2</b>	<b>1.9</b>	<b>2.9</b>	<b>2.7</b>
ADECUACIÓN Y TRANSPARENCIA:					
Recursos disponibles/necesarios	2.2	2.8	2.2	2.5	2.8
Ética y transparencia	3.2	3.5	3.0	2.8	2.5
<b>Puntuación parcial “Adecuación y transparencia”</b>	<b>2.7</b>	<b>3.2</b>	<b>2.6</b>	<b>2.7</b>	<b>1.8</b>
<b>Puntuación calidad global</b>	<b>1.6</b>	<b>2.4</b>	<b>1.9</b>	<b>2.8</b>	<b>2.6</b>

Como síntesis, presentamos la Tabla 35 que nos ofrece las puntuaciones de los 5 programas analizados con los dos instrumentos de valoración de la *Calidad*. En ella se refleja un paralelismo en las valoraciones, mostrando con más claridad los programas que obtienen una puntuación superior (PR4, PR2 y PR5), lo que nos permite considerar que el Preval\_Q y la *Parrilla* de análisis utilizada presentan una relativa validez externa.

Tabla 35

*Comparación de puntuaciones con dos métodos sobre la calidad de los programas de prevención*

INSTRUMENTOS DE ANÁLISIS	PR1	PR2	PR3	PR4	PR5
Análisis con Preval_Q	8	16	14	16	15
Parrilla de Análisis, 2000	1.6	2.4	1.9	2.8	2.6
<b>Programas mejor valorados en cuanto a base en la evidencia/calidad</b>		<b>2º</b>		<b>1º</b>	<b>3º</b>

En conclusión, en este apartado hemos presentado los datos sobre fiabilidad del instrumento que recoge la mayoría de las variables de esta investigación, destacando que 13 de las 17 escalas han obtenido unos valores de consistencia interna suficientes para garantizar su uso en población adolescente. Por otra parte, se ha resumido el estudio de validez sobre la herramienta que valora la *calidad de la prevención*. El método utilizado tendría que ver con un análisis de validez “concurrente”, estrategia frecuente para estudiar la validez de los nuevos procedimientos de evaluación, comparando los resultados del nuevo procedimiento con otros métodos utilizados habitualmente. En nuestro caso, nos encontramos que el ámbito de la *Calidad* de la prevención es nuevo y no existen muchos procedimientos estandarizados y cuantitativos, por lo que nuestro análisis es tentativo e inicial, utilizando otro instrumento con el mismo objetivo procedente de un núcleo reducido de expertos en prevención de drogas.

## 6.2. CONSUMO DE DROGAS: TABACO, ALCOHOL Y CANNABIS

El perfil de consumo de drogas de los adolescentes de los centros educativos de Fuenlabrada, que forman parte de este estudio, muestra un patrón en el que predomina el no consumo de las tres drogas que mayoritariamente suelen consumir los adolescentes: tabaco, alcohol y cannabis (Tabla 36). De estas tres sustancias, los

resultados obtenidos indican que casi la mitad de los adolescentes ha probado alguna vez el alcohol (48.3%) y que un 15.8% de los adolescentes ha consumido cannabis (Tabla 37).

Respecto al tabaco, la mayoría de adolescentes nunca han consumido esta sustancia, mientras que 1 de cada 5 han experimentado su consumo. Son muy pocos los estudiantes que fuman, bien sea en ocasiones o con frecuencia (15%). Menos aún los estudiantes que fumaban y lo han dejado (1.9%) (Tabla 36). De forma general, se puede decir que estos estudiantes de secundaria no se describen como fumadores (Tabla 37).

Respecto al alcohol, la mitad de adolescentes de secundaria nunca han consumido esta droga, si bien 1 de cada 4 la ha probado y un porcentaje similar la consume con alguna frecuencia (Tabla 36). De forma general, se puede decir que el consumo de alcohol está presente en casi la mitad de los adolescentes de la población estudiada que cursan educación secundaria obligatoria (Tabla 37).

Finalmente, respecto al cannabis, la gran mayoría de adolescentes no ha probado esta droga, si bien casi 1 de cada 10 sí ha experimentado su consumo y algo más del 6% lo consume con cierta frecuencia. Son muy pocos los adolescentes que consumían cannabis y ya no lo hacen (0.4%) (Tabla 36). De forma general, es claro que los estudiantes de secundaria no son consumidores de cannabis (Tabla 37).

Tabla 36

*Frecuencia y porcentaje de consumo de tabaco, alcohol y cannabis en adolescentes*

CONSUMO	TABACO		ALCOHOL		CANNABIS	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Nunca ha consumido	1283	62.0	1057	51.3	1726	83.9
Lo ha probado	436	21.1	509	24.7	191	9.3
Consume algunas veces	134	6.5	399	19.4	97	4.7
Consume con frecuencia	175	8.5	81	3.9	35	1.7
Consumía pero lo he dejado	39	1.9	13	0.6	8	0.4
<b>Total</b>	<b>2067</b>	<b>100.0</b>	<b>2059</b>	<b>100.0</b>	<b>2057</b>	<b>100.0</b>
Ns/nc	74		82		84	
Total	2141		2141		2141	

Tabla 37

*Frecuencia y porcentaje de consumo vs. no consumo de tabaco, alcohol y cannabis en adolescentes*

CONSUMO	TABACO		ALCOHOL		CANNABIS	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)
No consumo	1283	63.3	1057	51.7	1726	84.2
Consumo	745	36.7	989	48.3	323	15.8
Total	2028	100.0	2046	100.0	2049	100.0

*Nota.* El valor “No consumo” equivale a las opciones de respuesta “nunca” en el cuestionario, señalando ausencia de consumo de la sustancia a lo largo de la vida. El valor “Consumo” incluye la experimentación con la sustancia y cualquier frecuencia de consumo: “alguna vez” o “con frecuencia” para el tabaco y el cannabis y frecuencia mensual, semanal o diaria para el alcohol. La opción de respuesta referida a consumo anterior y no actual no está incluida en la transformación bivariada.

La edad de inicio en el consumo de estas sustancias es un elemento importante para describir la situación con respecto al consumo de drogas de los adolescentes, siendo además un indicador relevante para los programas escolares de prevención. En la Tabla 38 se presentan los resultados obtenidos. La media de edad de inicio al consumo de drogas adolescentes oscila entre 13 y 14 años, es decir, cuando los alumnos están en el primer ciclo de educación secundaria (1º y 2º ESO).

Tabla 38

*Media de edad de inicio en el consumo de tabaco, alcohol y cannabis de los estudiantes de secundaria*

	TABACO	ALCOHOL	CANNABIS
Media	12.96	13.39	14.13
Desviación típica	1.67	1.50	1.37

*Nota.* N= 2.141; rango de edad de la muestra entre 12 y 17 años.

En resumen, los resultados indican que los estudiantes mayoritariamente no consumen tabaco ni cannabis, si bien el consumo de alcohol es realizado por casi la mitad de ellos. Entre aquellos que consumen estas sustancias, la mayoría no realizan consumos habituales. La edad en que se han iniciado coincide con el periodo en que los alumnos cursan 2º ESO (primer ciclo de educación secundaria). Este panorama nos dibuja la situación sobre la que vamos a estudiar las hipótesis de nuestros dos primeros objetivos (analizar diferencias de edad, sexo, exposición a la prevención y calidad de la prevención en el consumo de tabaco, alcohol y cannabis). Los resultados se presentan en los apartados siguientes.

### **6.2.1. Diferencias en el consumo de drogas según sexo y edad**

Este apartado presenta los resultados que analizan los elementos claves para comprobar la hipótesis 1 de esta tesis doctoral, relativa a las diferencias en el consumo de tabaco, alcohol y cannabis según sexo y edad, que nosotros estudiamos indirectamente a través de la variable ciclo educativo (véanse detalles en el apartado 5.3.5).

Respecto al sexo, la prevalencia de consumo de tabaco en chicos ha sido del 30% y en chicas 43.2% (Figura 9). La relación entre consumo de tabaco y sexo es estadísticamente significativa:  $\chi^2_{(1, N=2024)} = 37.56, p < .001$ . La OR, aplicando la fórmula  $OR_c \rightarrow \frac{n_{1A} \times n_{2Ac}}{n_{2A} \times n_{1Ac}}$  (véase apartado 5.3.5) es 0.56 lo que indica que los chicos adolescentes tienen menos riesgo que las chicas de consumir tabaco. El intervalo de confianza se sitúa entre 0.47 y 0.68 señalando que el contraste de hipótesis es positivo, esto es, que se rechaza la hipótesis nula de la no asociación entre las dos variables, ya que la OR no contiene el valor 1 (Tabla 39).

Respecto al consumo de alcohol, la prevalencia observada en chicos ha sido del 43.5% y en chicas 52.9% (Figura 9), siendo las diferencias estadísticamente significativas ( $\chi^2_{(1, N=2042)} = 18.12, p < .001$ ). La OR en este caso es 0.68, lo que indica que los chicos adolescentes tienen menos riesgo que las chicas de consumir alcohol. El intervalo de confianza se sitúa entre 0.58 y 0.82 con lo que se rechaza la hipótesis nula de la no asociación entre las dos variables (Tabla 39).

Finalmente respecto al consumo de cannabis, la prevalencia en chicos ha sido del 14% frente a 18.1% en chicas (Figura 9), siendo las diferencias estadísticamente significativas ( $\chi^2_{(1, N=2055)} = 6.41, p < .01$ ). La OR es 0.74, lo que nuevamente indica que el riesgo de consumir cannabis es superior en las mujeres adolescentes. El intervalo de confianza también señala que la asociación es significativa (Tabla 39).

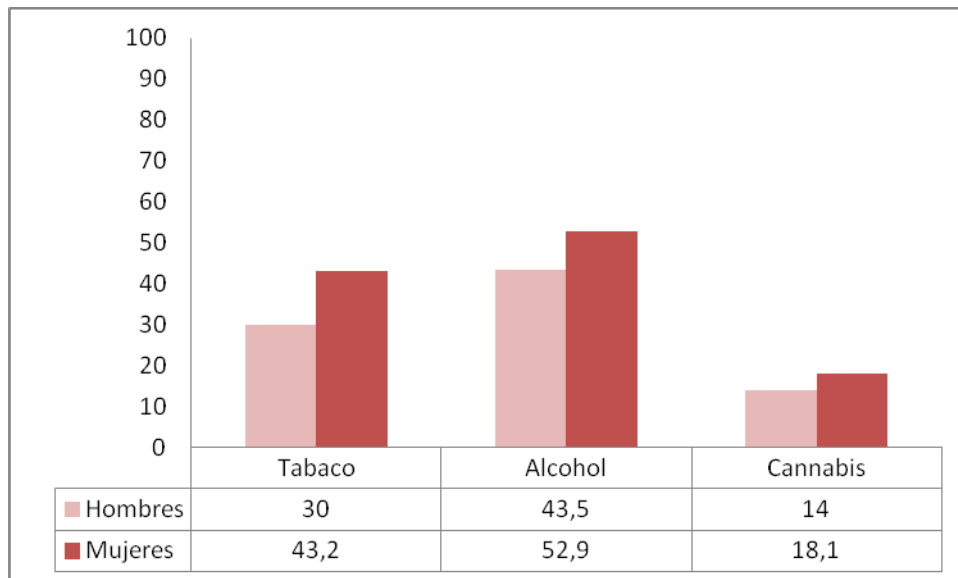


Figura 9  
Consumo adolescente de tabaco, alcohol y cannabis (**porcentajes**) según sexo

Tabla 39  
Consumo de tabaco, alcohol y cannabis de adolescentes según sexo

		NO				N Totales	Chi <sup>2</sup>	Valor p	OR	IC 95%
		CONSUMO		CONSUMO						
		N	%	N	%					
TABACO	Hombres	295	30.0	687	70.0	982	37.56	0.000	0.56	0.47-0.68
	Mujeres	450	43.2	592	56.8	1042				
	N Total	745		1279		2024				
ALCOHOL	Hombres	430	43.5	558	56.5	988	18.12	0.000	0.68	0.58- 0.82
	Mujeres	558	52.9	496	47.1	1054				
	N Total	988		1054		2042				
CANNABIS	Hombres	139	14.0	852	86.0	991	6.41	0.011	0.74	0.58- 0.93
	Mujeres	193	18.1	871	81.9	1064				
	N Total	332		1723		2055				

Nota. En los análisis según sexo la categoría "hombres" se utilizó como referente para interpretar las OR (OR <1 mayor riesgo en mujeres)

Analizando la distribución del consumo adolescente de drogas según la edad/ciclo educativo, aparecieron también diferencias. Recordamos que son dos los ciclos dentro de la educación secundaria: el primer ciclo que incluye los cursos 1º y 2º ESO, correspondientes a una edad entre 12 y 14 años; y el segundo ciclo que corresponde a los cursos 3º y 4º ESO donde los alumnos tienen entre 14 y 16 años, aproximadamente.

Los alumnos jóvenes, de primer ciclo de secundaria, presentan menores niveles de consumo de las tres sustancias analizadas que sus compañeros mayores (Figura 10), siendo todas las diferencias estadísticamente significativas.

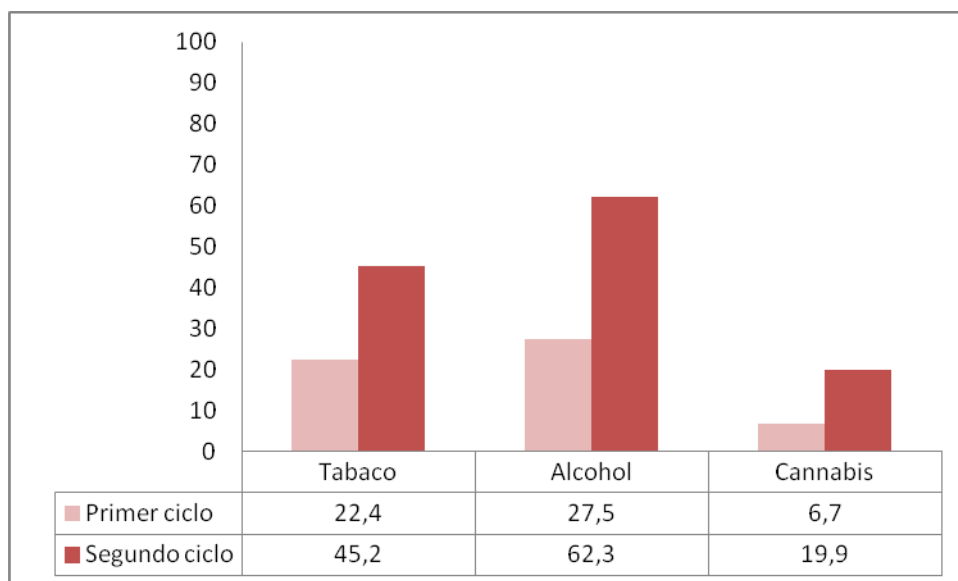


Figura 10

*Consumo adolescente de tabaco, alcohol y cannabis (porcentajes) según ciclo educativo de secundaria*

La prevalencia de consumo de tabaco en los estudiantes de primer ciclo ha sido de 22.4% y en los de segundo ciclo de 45.2%. La relación entre consumo de tabaco y ciclo educativo es estadísticamente significativa:  $\chi^2_{(1, N=1897)} = 108.22, p < .001$ . La OR es

0.35, lo que indica que el riesgo de consumo de tabaco es superior en los alumnos de más edad, que están en segundo ciclo de secundaria. Véanse los datos en la Tabla 40, ésta y las siguientes presentan los datos de frecuencia únicamente referidos al consumo de cada sustancia, con el fin de simplificarlas.

La prevalencia de consumo de alcohol en primer ciclo de secundaria ha sido de 27.2% frente a 62.3% en segundo ciclo, siendo igualmente las diferencias estadísticamente significativas ( $\chi^2_{(1, N=1909)} = 234.09, p < .001$ ). La OR es 0.23, señalando que los alumnos mayores tienen más riesgo de consumir alcohol (Tabla 40).

Finalmente, respecto al consumo de cannabis, la prevalencia observada en alumnos de primer ciclo ha sido de 6.7% frente a 19.9% en segundo ciclo, siendo igualmente las diferencias estadísticamente significativas ( $\chi^2_{(1, N=1921)} = 70.71, p < .001$ ). La OR es 0.29, señalando que los alumnos mayores tienen más riesgo de consumir cannabis que el grupo de menor edad (Tabla 40).

Tabla 40  
*Consumo de tabaco, alcohol y cannabis de adolescentes según ciclo educativo de secundaria*

		CONSUMO		N Totales	Chi <sup>2</sup>	Valor p	OR	IC 95%
		N	%					
TABACO	1 <sup>er</sup> ciclo	196	22.4	875	108.22	0.000	0.35	0.29-0.43
	2 <sup>o</sup> ciclo	462	45.2	1022				
	N Total	658		1897				
ALCOHOL	1 <sup>er</sup> ciclo	240	27.2	881	234.09	0.000	0.23	0.19-0.28
	2 <sup>o</sup> ciclo	640	62.3	1028				
	N Total	880		1909				
CANNABIS	1 <sup>er</sup> ciclo	59	6.7	887	70.71	0.000	0.29	0.21-0.39
	2 <sup>o</sup> ciclo	206	19.9	1034				
	N Total	265		1921				

*Nota.* En los análisis según edad/ciclo educativo la categoría "1<sup>er</sup> ciclo" se utilizó como referente para interpretar las OR (OR <1 mayor riesgo en alumnos mayores de 2<sup>o</sup> ciclo de secundaria).

El aumento del consumo según la edad puede observarse si se analiza la distribución del mismo en los cursos de educación secundaria. En la Figura 11 se refleja el incremento lineal del consumo de alcohol, siendo entre los cursos 1º y 2º de educación secundaria (12-13 años) cuando se da un mayor ascenso: del 17.5% en 1º ESO a 36.7% en 2º ESO. En el caso de las otras sustancias: tabaco y cannabis, el incremento ocurre entre los cursos 2º y 3º ESO, cuando los alumnos tienen entre 13 y 14 años.

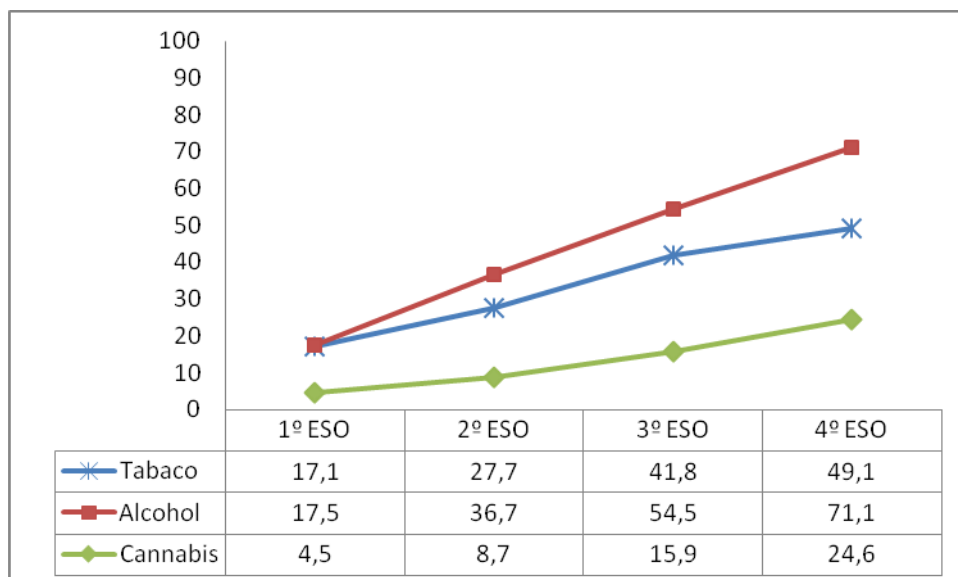


Figura 11  
Consumo de tabaco, alcohol y cannabis de adolescentes (**porcentajes**) según curso de educación secundaria

Por último, se ha estudiado si existen diferencias respecto a la edad de inicio en el consumo de estas sustancias según sexo. Las chicas adolescentes se inician en promedio ya entrados los 13 y los 14 años, según las sustancias, mientras que los chicos se inician entre los 12 y 14 años; si bien, las diferencias no son estadísticamente significativas (Tabla 41).

Tabla 41

*Media de edad en el inicio en el consumo de tabaco, alcohol y cannabis según sexo*

	HOMBRES			MUJERES			U de Mann-Whitney	Valor P
	Media	DT	N	Media	DT	N		
Tabaco	12.85	1.73	310	13.03	1.62	473	69321,00	0.189
Alcohol	13.32	1.65	432	13.44	1.36	566	120431,50	0.678
Cannabis	14.04	1.45	145	14.20	1.30	192	13167,00	0.380

*Nota.* DT. Desviación Típica

En resumen, los resultados indican que más mujeres adolescentes consumen tabaco, alcohol y cannabis que hombres adolescentes. Las mujeres adolescentes tienen más riesgo de consumo de estas sustancias. No se observan diferencias en la edad de inicio a estos consumos según sexo. Lo mismo ocurre con los estudiantes mayores, que estudian los últimos cursos de secundaria: tienen mayor prevalencia en los consumos de las 3 sustancias que los más jóvenes. Los estudiantes mayores tienen más riesgo de consumo de las drogas estudiadas. Se observa un incremento lineal del consumo según cursos/edad para todas las sustancias, siendo mayor para el alcohol.

Estos resultados verifican la hipótesis 1 de esta tesis relativa a que el consumo de tabaco, alcohol y cannabis es mayor en mujeres adolescentes y en los que tienen más edad.

### **6.2.2. Diferencias en el consumo de drogas según exposición a la prevención**

Con el objeto de estudiar la hipótesis 2 se analizaron los datos de consumo de tabaco, alcohol y cannabis del total de la población según el nivel de exposición a la prevención de sus centros educativos. Se establecieron dos valores (véase apartado 5.3.1) para esta variable, de acuerdo al número de programas de prevención que se habían realizado (véase Tabla 28, apartado 5.3.1). La relación entre el consumo de sustancias

y el nivel de exposición se analizó posteriormente según sexo y edad/ciclo educativo, dadas las diferencias encontradas previamente en el consumo de sustancias.

La Tabla 42 y la Figura 12 muestran los resultados obtenidos. Se observa que los estudiantes que se encuentran en centros con distinto nivel de exposición a la prevención escolar sobre drogas no presentan diferencias significativas en los consumos de tabaco y alcohol. Sin embargo, existe una asociación entre la variable exposición a la prevención y consumo de cannabis ( $\chi^2_{(1, N=2058)} = 5.15, p < .05$ ). Es decir, en los centros con alta exposición a la prevención hay un menor porcentaje de alumnos que han consumido cannabis que en los de baja exposición. La OR es 1.31, lo que indica que el riesgo de consumir cannabis es mayor en los alumnos de centros de baja exposición a la prevención. El intervalo de confianza (1.04-1.66) nos permite rechazar la hipótesis de no asociación entre variables.

Tabla 42  
*Consumo de tabaco, alcohol y cannabis de adolescentes según exposición a la prevención*

		CONSUMO		N Totales	Chi <sup>2</sup>	Valor p	OR	IC 95%
		N	%					
TABACO	Baja exposición	315	35.9	877	0.44	0.504	0.94	0.78-1.13
	Alta exposición	430	37.4	1151				
	N Total	745		2028				
ALCOHOL	Baja exposición	438	49.6	883	0.99	0.318	1.09	0.92-1.30
	Alta exposición	551	47.4	1163				
	N Total	989		2046				
CANNABIS	Baja exposición	162	18.2	888	5.15	0.023	1.31	1.04-1.66
	Alta exposición	170	14.5	1170				
	N Total	332		2058				

*Nota.* En los análisis según exposición a la prevención la categoría "Baja exposición" se utilizó como referente para interpretar las OR (OR >1 menor riesgo de consumo en alumnos de centros con alta exposición a la prevención).

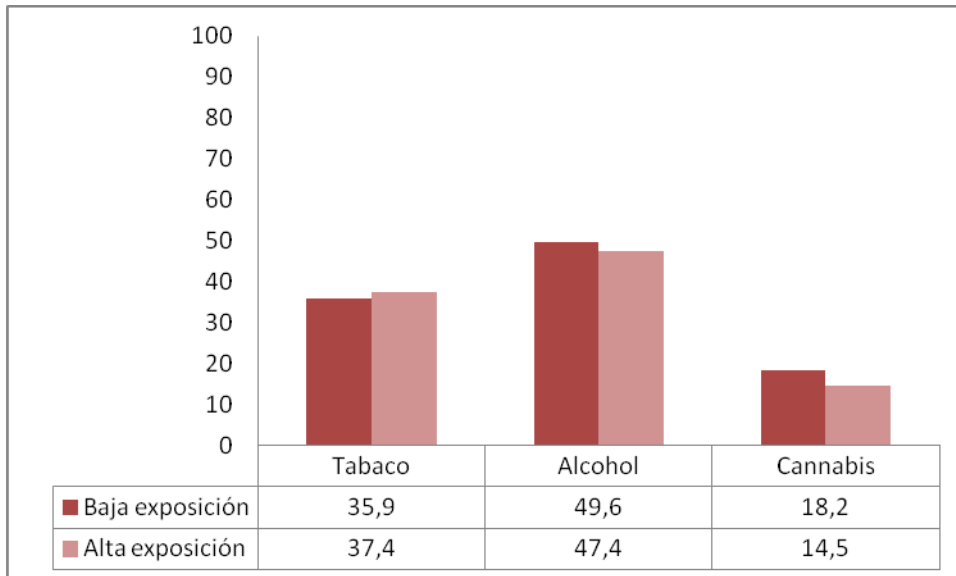


Figura 12

*Consumo de tabaco, alcohol y cannabis de adolescentes (porcentaje) según el grado de exposición a la prevención*

Los siguientes análisis están dirigidos a profundizar más en la hipótesis 2, matizando el impacto de la exposición sobre los consumos según el sexo y edad. El efecto de la edad se estudia indirectamente a través de la variable ciclo educativo, como se ha explicado anteriormente.

Cuando analizamos los datos de exposición y consumo agrupando por sexo, no se observan diferencias en el consumo de tabaco, alcohol y cannabis de los estudiantes varones, según estén en centros de baja y alta exposición a la prevención. El mismo resultado aparece en mujeres para tabaco y alcohol. No obstante, se observa un mayor consumo de cannabis entre las chicas en centros de baja exposición a la prevención:  $\chi^2$  (1, N=1064) = 5.19,  $p < .05$  (Tabla 43). La OR es 1.44; es decir, en las estudiantes mujeres, el riesgo de consumir cannabis es mayor en los centros de baja exposición a la prevención. En la Figura 13 se representan esas diferencias.

Tabla 43

*Consumo de tabaco, alcohol y cannabis en adolescentes según exposición a la prevención y sexo*

HOMBRES		CONSUMO		N Totales	Chi <sup>2</sup>	Valor p	OR	IC 95%
		N	%					
TABACO	Baja exposición	121	28.7	422	0.66	0.417	0.89	0.68-1.18
	Alta exposición	174	31.1	560				
	N Total	295		982				
ALCOHOL	Baja exposición	185	43.7	423	0.014	0.907	1.02	0.79-1.31
	Alta exposición	245	43.4	565				
	N Total	430		988				
CANNABIS	Baja exposición	64	15.1	423	0.75	0.388	1.17	0.82-1.68
	Alta exposición	75	13.2	568				
	N Total	139		991				
<b>MUJERES</b>								
TABACO	Baja exposición	194	43.0	451	0.01	0.923	0.99	0.77-1.27
	Alta exposición	256	43.3	591				
	N Total	450		1042				
ALCOHOL	Baja exposición	252	55.3	456	1.74	0.187	1.18	0.92-1.51
	Alta exposición	306	51.2	598				
	N Total	558		1054				
CANNABIS	Baja exposición	98	21.2	462	5.19	0.023	1.44	1.05-1.96
	Alta exposición	95	15.8	602				
	N Total	193		1064				

*Nota.* En los análisis según exposición a la prevención la categoría "Baja exposición" se utilizó como referente para interpretar las OR (OR >1 menor riesgo de consumo en alumnos de centros con alta exposición a la prevención).

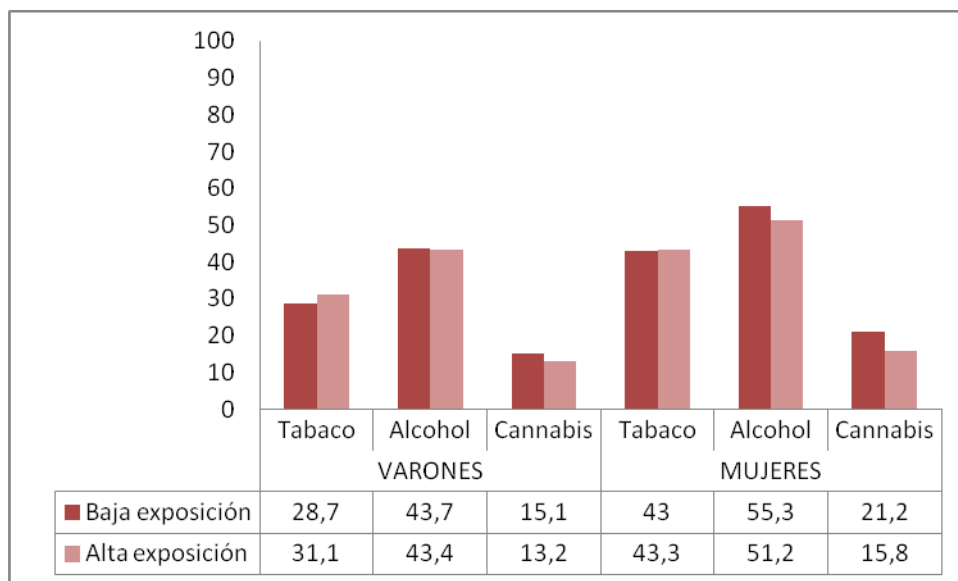


Figura 13

*Consumo de tabaco, alcohol y cannabis de adolescentes (**porcentaje**) y grado de exposición a la prevención según sexo*

En los análisis estratificados por ciclo educativo/edad observamos que los participantes que están en el primer ciclo (los más jóvenes) presentan diferencias estadísticamente significativas en el consumo de tabaco (17.4% frente a 25%) y cannabis (4.3% frente a 7.9%), según se encuentren en centros de baja o alta exposición a la prevención:  $\chi^2_{(1, N=875)} = 6.56, p < 0.01$  en el tabaco y  $\chi^2_{(1, N=887)} = 4.13, p < 0.05$  en el cannabis. También ocurre con el alcohol, aunque en ese caso las diferencias no son estadísticamente significativas.

Los OR son de 0.63 para el tabaco y de 0.52 para el cannabis; es decir, en los alumnos jóvenes de primer ciclo, el riesgo de realizar estos consumos es mayor en los centros de alta exposición a la prevención (Tabla 44).

Entre los alumnos de segundo ciclo de secundaria (mayores), aparecieron diferencias estadísticamente significativas en el consumo de tabaco (40.7% frente a 49.3%) y alcohol (58.7% frente a 65.5%), según se encontraran en centros de baja o alta exposición a la prevención:  $\chi^2_{(1, N=1022)} = 7.70, p < 0.01$  en el tabaco y  $\chi^2_{(1, N=1028)} =$

5.05,  $p < 0.05$  en el alcohol. Los OR son de 0.70 para el tabaco y de 0.75 para el alcohol; es decir, en los alumnos mayores de segundo ciclo, el riesgo de realizar consumo de estas drogas es mayor en los centros de alta exposición a la prevención (Tabla 44). En la Figura 14 se representan esas diferencias.

Tabla 44  
*Consumo de tabaco, alcohol y cannabis según exposición a la prevención en estudiantes de primer y segundo ciclo de secundaria*

PRIMER CICLO		CONSUMO		N Totales	Chi <sup>2</sup>	Valor p	OR	IC 95%
		N	%					
TABACO	Baja exposición	52	17.4	299	6.56	0.010	0.63	0.44-0.90
	Alta exposición	144	25.0	576				
	N Total	196		875				
ALCOHOL	Baja exposición	72	23.9	301	2.55	0.111	0.77	0.56-1.06
	Alta exposición	168	29.0	580				
	N Total	240		881				
CANNABIS	Baja exposición	13	4.3	303	4.13	0.042	0.52	0.28 -0.97
	Alta exposición	46	7.9	584				
	N Total	59		887				
<b>SEGUNDO CICLO</b>								
TABACO	Baja exposición	199	40.7	489	7.70	0.006	0.70	0.55-0.90
	Alta exposición	263	49.3	533				
	N Total	462		1022				
ALCOHOL	Baja exposición	287	58.7	489	5.05	0.025	0.75	0.58-0.96
	Alta exposición	353	65.5	539				
	N Total	640		1028				
CANNABIS	Baja exposición	97	19.7	492	0.03	0.874	0.98	0.72-1,32
	Alta exposición	109	20.1	542				
	N Total	206		1034				

*Nota.* En los análisis según exposición a la prevención la categoría "Baja exposición" se utilizó como referente para interpretar las OR (OR < 1 mayor riesgo de consumo en alumnos de centros con alta exposición a la prevención).

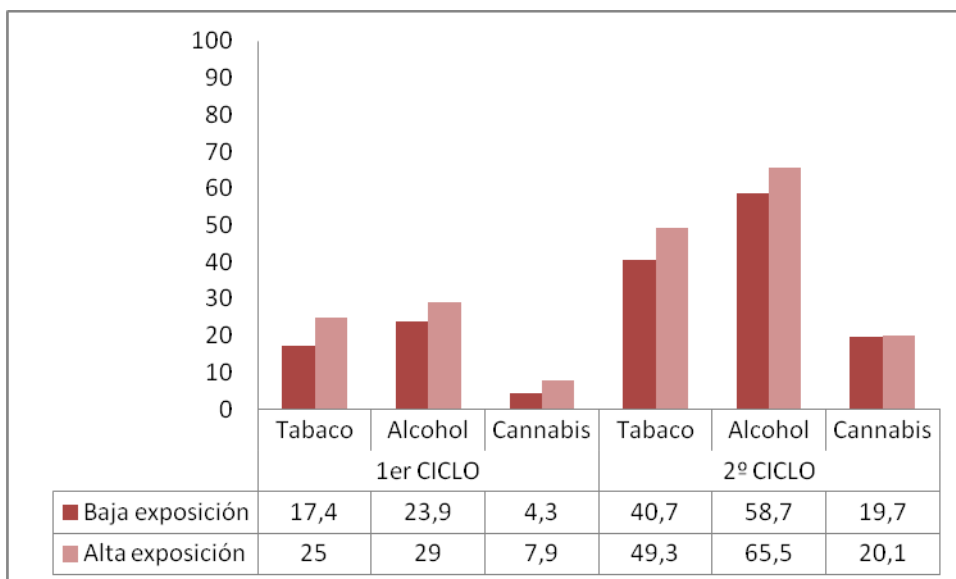


Figura 14  
*Consumo de tabaco, alcohol y cannabis de adolescentes (**porcentaje**) y grado de exposición a la prevención según ciclo educativo*

En resumen, los resultados indican que la exposición a la prevención no afecta al consumo de tabaco y alcohol de los alumnos; sin embargo, respecto al cannabis la alta exposición es protectora: los alumnos en centros de alta exposición consumen menos esa sustancia. Por lo tanto, la hipótesis 2 de esta tesis se confirma sólo parcialmente, para el caso del cannabis.

Cuando se considera el sexo, no aparecen diferencias en el consumo de tabaco, alcohol y cannabis según la exposición a la prevención en hombres adolescentes; sin embargo, si hay diferencias en mujeres, pero sólo para el cannabis, en la misma línea que los resultados globales: la alta exposición es protectora para el cannabis en mujeres estudiantes de secundaria.

Por último, cuando se segregan los resultados según la edad/ciclo educativo se observa asociación entre consumir tabaco y cannabis en alumnos de primer ciclo de secundaria y estar en centros de alta exposición a la prevención; por su parte, este

mismo efecto se observa en alumnos mayores de segundo ciclo, pero para el tabaco y el alcohol. En estos casos la alta exposición a la prevención funciona como factor de riesgo.

### **6.2.3. Consumo de drogas y calidad de la prevención**

En este apartado se presentan los análisis relativos a la variable *calidad* de la prevención. En primer lugar, se estudia el grado de calidad de la prevención realizada en los centros educativos participantes. Este análisis es necesario para organizar los grupos que permitirán, más adelante, estudiar las diferencias respecto al grado de calidad en la variable dependiente. El siguiente apartado presenta estos resultados con los que podremos comprobar la hipótesis 3 de esta tesis doctoral: la asociación inversa entre calidad de la prevención y consumos de drogas de los adolescentes.

#### **6.2.3.1. Análisis de la calidad de la prevención de los centros escolares**

Utilizando el instrumento Preval\_Q, presentado en el capítulo anterior, se ha valorado el nivel de calidad de las actividades de prevención escolar desarrolladas en los centros educativos participantes en este estudio, entendiendo como tal la inclusión de criterios basados en las pruebas científicas (véase apartado 3.1) sobre prevención de drogas, en el desarrollo de las acciones o programas preventivos llevadas a cabo durante los tres cursos escolares que van del 2005-2006 a 2007-2008.

En las Tablas 45 a 50 se presentan los resultados del análisis de calidad de las intervenciones preventivas realizadas en 6 de los 8 centros educativos participantes en este estudio, aquellos que realizaron alguna actividad preventiva.

El centro educativo con mayor *Exposición* a la prevención escolar sobre drogas en este estudio (Tabla 45) realizó 12 acciones preventivas a lo largo del periodo de observación, utilizando programas de la cartera de la AGAD. Mediante la aplicación del instrumento Preval\_Q, vemos que obtienen mayor puntuación las áreas de *Objetivos* (2.83 puntos) y de *Aplicación o puesta en marcha* (2.42 puntos). Las acciones preventivas que se han desarrollado en este centro educativo (IES 12) tienen una calidad cercana al nivel de valoración más elevado en este protocolo (véase apartado 5.2.2), que se denomina *calidad fuerte* (puntuación máxima), en los criterios relacionados con los objetivos de la intervención y un nivel de valoración *moderado* en los criterios relacionados con la aplicación o puesta en marcha de los programas de prevención. Los puntos más débiles, que obtienen la puntuación más baja, están en las áreas de *Necesidades*, indicando escasa valoración de necesidades de prevención en el grupo destinatario, *Selección del programa*, indicando no elegir modelos de intervención que hayan sido evaluados y que encajen en las necesidades de los destinatarios y, finalmente, en la *Evaluación*, que implica escaso desarrollo de actividades encaminadas a conocer y hacer visibles los resultados obtenidos, no generando “evidencia” de la intervención.

La puntuación global de calidad obtenida, del conjunto de acciones preventivas que alcanza este centro educativo (10.08 puntos), está entre el nivel *débil* y *moderado* (puntuación global mínima 6, moderada 12 y fuerte 18).

Tabla 45

*Resultados del análisis de la calidad de la prevención escolar desarrollada en el IES 12 entre los cursos escolares 2005/06 a 2007/08*

NOMBRE DEL PROGRAMA, CURSO Y AÑO ACADÉMICO EN EL QUE SE APLICA	Punt BE*	Necesidades	Referencia teórica	Objetivos	Selección programas	Aplicación o puesta en marcha	Evaluación
Adolescentes sin tabaco, 1º ESO, 05/06	11	1	2	3	1	3	1
Prevenir para vivir, 1º ESO, 2006/2007	10	1	2	3	1	2	1
Prevenir para vivir, 2º ESO, 2006/2007	10	1	2	3	1	2	1
Adolescentes sin tabaco, 1º ESO, 06/07	11	1	2	3	1	3	1
Adolescentes sin tabaco, 2º ESO, 06/07	11	1	2	3	1	3	1
Cine y educación en valores, 2º ESO, 06/07	8	1	1	2	1	2	1
Prevenir para vivir, 1º ESO, 2007/2008	10	1	2	3	1	2	1
Prevenir para vivir, 2º ESO, 2007/2008	10	1	2	3	1	2	1
Prevenir para vivir, 3º ESO, 2007/2008	10	1	2	3	1	2	1
Adolescentes sin tabaco, 1º ESO, 07/08	11	1	2	3	1	3	1
Adolescentes sin tabaco, 2º ESO, 07/08	11	1	2	3	1	3	1
Cine y educación en valores, 2º ESO, 07/08	8	1	1	2	1	2	1
<b>MEDIAS</b>	<b>10.08</b>	<b>1.00</b>	<b>1.83</b>	<b>2.83</b>	<b>1.00</b>	<b>2.42</b>	<b>1.00</b>

*Nota.* (1) Débil, (2) Moderado, (3) Fuerte. \* Punt BE → puntuación Base en la Evidencia (6 – 18 puntos)

En el centro educativo que ocupa el segundo lugar (Tabla 46) en cuanto a *Exposición a la prevención*, con 9 acciones preventivas, observamos que la mayor puntuación en el conjunto de programas preventivos utilizados, como en el caso anterior, la obtienen las áreas de *Objetivos* (2.78 puntos) y de *Aplicación o puesta en marcha* (2.56 puntos). Las acciones preventivas que se han desarrollado en este instituto (IES 11) tienen una calidad cercana al nivel de valoración denominado *fuerte* (puntuación máxima 3), en los criterios relacionados con los objetivos de la intervención y una calidad entre *moderada* y *fuerte* en los criterios relacionados con la aplicación o puesta en marcha de los programas de prevención.

Lo mismo que en el análisis anterior, los puntos más débiles están en las áreas de *Necesidades*, *Selección del programa* y *Evaluación*. La puntuación global de calidad obtenida del conjunto de acciones preventivas que alcanza este centro educativo (10.11 puntos) está entre el nivel *débil* y *moderado* de calidad, según criterios de base en las pruebas científica (enfoque *evidence-based prevention*).

Tabla 46

*Resultados del análisis de la calidad de la prevención escolar desarrollada en el IES 11 entre los cursos escolares 2005/06 a 2007/08*

NOMBRE DEL PROGRAMA, CURSO Y AÑO ACADÉMICO EN EL QUE SE APLICA	Punt BE*	Necesidades	Referencia teórica	Objetivos	Selección programas	Aplicación o puesta en marcha	Evaluación
Adolescentes sin tabaco, 1º ESO, 05/06	11	1	2	3	1	3	1
Adolescentes sin tabaco, 1º ESO, 06/07	11	1	2	3	1	3	1
Prevenir para Vivir, 2º ESO, 2006/2007	10	1	2	3	1	2	1
Adolescentes sin tabaco, 2º ESO, 06/07	11	1	2	3	1	3	1
Cine y educación en valores, 1º ESO, 07/08	8	1	1	2	1	2	1
Adolescentes sin tabaco, 1º ESO, 07/08	11	1	2	3	1	3	1
Cine y educación en valores, 2º ESO, 07/08	8	1	1	2	1	2	1
Adolescentes sin tabaco, 2º ESO, 07/08	11	1	2	3	1	3	1
Prevenir para vivir, 3º ESO, 2007/2008	10	1	2	3	1	2	1
<b>MEDIAS</b>	<b>10.11</b>	<b>1.00</b>	<b>1.78</b>	<b>2.78</b>	<b>1.00</b>	<b>2.56</b>	<b>1.00</b>

*Nota.* (1) Débil, (2) Moderado, (3) Fuerte. \* Punt BE → puntuación Base en la Evidencia (6 – 18 puntos)

En la Tabla 47 se presentan los resultados de otro de los institutos que forma parte de los 4 centros educativos que están en el grupo de centros con *Alta exposición a la prevención* en este estudio. Este centro (IES 10) realizó 8 actividades preventivas. Aquí destaca que el área *Objetivos* obtiene la máxima puntuación: 3 puntos, indicando una calidad *fuerte*, según el sistema de clasificación del protocolo utilizado.

Por su parte, obtiene una puntuación entre *moderada* y *fuerte* el área de *Aplicación o puesta en marcha* de la intervención (2.50 puntos), así como un nivel *moderado* el área de *Referencia teórica* (2 puntos), relativa al soporte teórico de la intervención preventiva. Por último, como en los dos centros escolares analizados anteriormente, los puntos débiles siguen siendo las áreas de valoración de *Necesidades*, *Selección de programa* más adecuado y *Evaluación*. La valoración global de calidad obtenida en este centro educativo (10.50 puntos) está entre el nivel *débil* y *moderado* según criterios de base en las pruebas científicas, siendo la mayor puntuación de calidad de todos los centros analizados.

Tabla 47

*Resultados del análisis de la calidad de la prevención escolar desarrollada en el IES 10 entre los cursos escolares 2005/06 a 2007/08*

NOMBRE DEL PROGRAMA, CURSO Y AÑO ACADÉMICO EN EL QUE SE APLICA	Punt BE*	Necesidades	Referencia teórica	Objetivos	Selección programas	Aplicación o puesta en marcha	Evaluación
Prevenir para vivir, 1º ESO, 2005/2006	10	1	2	3	1	2	1
Prevenir para vivir, 1º ESO, 2006/2007	10	1	2	3	1	2	1
Adolescentes sin tabaco, 1º ESO, 06/07	11	1	2	3	1	3	1
Prevenir para vivir, 2º ESO, 2006/2007	10	1	2	3	1	2	1
Adolescentes sin tabaco, 2º ESO, 06/07	11	1	2	3	1	3	1
Adolescentes sin tabaco, 1º ESO, 07/08	11	1	2	3	1	3	1
Adolescentes sin tabaco, 2º ESO, 07/08	11	1	2	3	1	3	1
Prevenir para vivir, 3º ESO, 2007/2008	10	1	2	3	1	2	1
<b>MEDIAS</b>	<b>10.50</b>	<b>1.00</b>	<b>2.00</b>	<b>3.00</b>	<b>1.00</b>	<b>2.50</b>	<b>1.00</b>

Nota. (1) Débil, (2) Moderado, (3) Fuerte. \* Punt BE → puntuación Base en la Evidencia (6 – 18 puntos)

La Tabla 48 muestra los resultados del análisis de calidad de las acciones preventivas del último de los centros del grupo de *Alta exposición a la prevención*, que realiza 8 actividades de prevención (IES 9). Observamos que la mayor puntuación,

como en los casos anteriores, la obtienen las áreas de *Objetivos* (1.88 puntos), *Aplicación o puesta en marcha* (1.75 puntos) y *Referencia teórica* (1.50 puntos), aunque no alcanzan un nivel de calidad *moderada*.

Las puntuaciones más débiles en calidad nuevamente aparecen en las áreas de valoración de *Necesidades*, *Selección del programa* y *Evaluación*.

La puntuación global de calidad obtenida es de 8.13 puntos, lo que indica un nivel entre *débil* y *moderado* en cuanto a criterios de base en pruebas científicas (enfoque *evidence-based prevention*).

Tabla 48

*Resultados del análisis de la calidad de la prevención escolar desarrollada en el IES 9 entre los cursos escolares 2005/06 a 2007/08*

NOMBRE DEL PROGRAMA, CURSO Y AÑO ACADÉMICO EN EL QUE SE APLICA	Punt BE*	Necesidades	Referencia teórica	Objetivos	Selección programas	Aplicación o puesta en marcha	Evaluación
Prevenir para vivir, 1º ESO, 2005/2006	10	1	2	3	1	2	1
Ciencia divertida: alcohol, 1º ESO, 06/07	6	1	1	1	1	1	1
Déjame que te cuente algo sobre los porros, 2º ESO, 2006/2007	9	1	2	2	1	2	1
Cócteles sin alcohol, 2º ESO, 2006/2007	6	1	1	1	1	1	1
Adolescentes sin tabaco, 1º ESO, 07/08	11	1	2	3	1	3	1
Ciencia divertida: alcohol, 1º ESO, 07/08	6	1	1	1	1	1	1
Cine y educación en valores, 2º ESO, 07/08	8	1	1	2	1	2	1
Déjame que te cuente algo sobre los porros, 2º ESO, 2007/2008	9	1	2	2	1	2	1
<b>MEDIAS</b>	<b>8.13</b>	<b>1.00</b>	<b>1.50</b>	<b>1.88</b>	<b>1.00</b>	<b>1.75</b>	<b>1.00</b>

*Nota.* (1) Débil, (2) Moderado, (3) Fuerte. \* Punt BE → puntuación Base en la Evidencia (6 – 18 puntos)

La Tabla 49 nos presenta la valoración de calidad de la prevención desarrollada en uno de los centros del grupo de *baja exposición a la prevención*, con 2 actividades realizadas: CC4. Como en el resto de centros escolares que estamos estudiando, aquí

se obtiene más puntuación en las áreas de *Objetivos* (2.50 puntos) y *Aplicación o puesta en marcha* (2 puntos), indicando niveles entre *moderado* y *fuerte* de calidad. Las puntuaciones débiles siguen estando en las áreas de valoración de *Necesidades*, *Selección del programa* y *Evaluación*. La puntuación global de calidad en este centro escolar es de 9 puntos, lo que indica un nivel entre *débil* y *moderado*.

Tabla 49

*Resultados del análisis de la calidad de la prevención escolar desarrollada en el CC 4 entre los cursos escolares 2005/06 a 2007/08*

NOMBRE DEL PROGRAMA, CURSO Y AÑO ACADÉMICO EN EL QUE SE APLICA	Punt BE*	Necesidades	Referencia teórica	Objetivos	Selección programas	Aplicación o puesta en marcha	Evaluación
Cine y educación en calores, 2º ESO, 07/08	8	1	1	2	1	2	1
Prevenir para vivir, 3º ESO, 2007/2008	10	1	2	3	1	2	1
<b>MEDIAS</b>	<b>9</b>	<b>1</b>	<b>1.5</b>	<b>2.5</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>1</b>

*Nota.* (1) Débil, (2) Moderado, (3) Fuerte. \* Punt BE → puntuación Base en la Evidencia (6 – 18 puntos)

Finalmente, la Tabla 50 muestra la valoración de calidad del último centro educativo (IES 3) del grupo de *baja exposición a la prevención*, con una única actividad preventiva realizada. Como en el resto de centros escolares que estamos estudiando, aquí se obtiene la máxima puntuación posible (nivel *fuerte*) en el área de *Objetivos*, seguido de un nivel *moderado* en las áreas de *Referencia teórica* y *Aplicación o puesta en marcha* de la intervención. Las puntuaciones débiles siguen siendo las áreas de valoración de *Necesidades*, *Selección del programa* y *Evaluación*. La puntuación global de calidad en este centro educativo es de 10 puntos, que supone un nivel entre *débil* y *moderado*.

Tabla 50

*Resultados del análisis de la calidad de la prevención escolar desarrollada en el IES 3 entre los cursos escolares 2005/06 a 2007/08*

NOMBRE DEL PROGRAMA, CURSO Y AÑO ACADÉMICO EN EL QUE SE APLICA	Punt BE*	Necesidades	Referencia teórica	Objetivos	Selección programas	Aplicación o puesta en marcha	Evaluación
Prevenir para vivir, 3º ESO, 2007/2008	10	1	2	3	1	2	1
<b>MEDIAS</b>	<b>10</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>1</b>

*Nota.* (1) Débil, (2) Moderado, (3) Fuerte. \* Punt BE → puntuación Base en la Evidencia (6 – 18 puntos)

Como resumen se presenta la Tabla 51, que recopila los resultados de este análisis de la calidad de los programas de prevención de los 6 centros educativos que han realizado actividades de prevención. Se observa que las puntuaciones medias no superan el nivel *moderado*, indicando que reúnen únicamente algunos criterios de calidad. También es de señalar que las oscilaciones son mínimas, es decir que el nivel de calidad es muy similar en todos los centros educativos, independientemente de la cantidad de prevención realizada durante el periodo de valoración.

Tabla 51

*Análisis de calidad según criterios de base en la evidencia de los centros educativos que han desarrollado actividades preventivas durante los cursos escolares 2005/06 a 2007/08*

CENTRO EDUCATIVO	Punt BE*	Necesidades	Referencia teórica	Objetivos	Selección programas	Aplicación o puesta en marcha	Evaluación
IES 12	10.08	1.00	1.83	2.83	1.00	2.42	1.00
IES 11	10.11	1.00	1.78	2.78	1.00	2.56	1.00
IES 10	10.50	1.00	2.00	3.00	1.00	2.50	1.00
IES 9	8.13	1.00	1.50	1.88	1.00	1.75	1.00
CC 4	9.00	1.00	1.50	2.50	1.00	2.00	1.00
IES 3	10.00	1.00	2.00	3.00	1.00	2.00	1.00
<b>MEDIAS</b>	<b>9.64</b>	<b>1.00</b>	<b>1.77</b>	<b>2.67</b>	<b>1.00</b>	<b>2.21</b>	<b>1.00</b>

*Nota.* (1) Débil, (2) Moderado, (3) Fuerte. \* Punt BE → puntuación Base en la Evidencia (6 – 18 puntos)

En la Tabla 52 presentamos estos resultados ordenados según la mayor-menor puntuación de calidad de acuerdo a criterios *evidence-based* (véase apartado 3.1), junto con su respectiva indicación del nivel de exposición al que pertenecen. Con ello, podemos indentificar qué centros están en posiciones extremas de calidad y tenerlo en cuenta para el análisis que presentamos en el apartado siguiente, que nos permitirán estudiar la hipótesis 3 de esta tesis.

Tabla 52

*Centros educativos participantes en el estudio según su puntuación en calidad (base en la evidencia) y su nivel de exposición a la prevención escolar de drogas*

	PUNTUACIÓN CALIDAD (Criterios <i>Evidence-based Practice</i> )	NIVEL DE EXPOSICIÓN A LA PREVENCIÓN
IES 10	10.50	AE
IES 11	10.11	AE
IES 12	10.08	AE
IES 3	10.00	BE
CC 4	9.00	BE
IES 9	8.13	AE
IES 1	NE	BE
CC 2	NE	BE

*Nota.* AE= Alta exposición a la prevención escolar sobre drogas. BE = Baja exposición a la prevención. NE= no evaluado al no haber realizado actividades de prevención durante el periodo de estudio.

### 6.2.3.2. Diferencias en el consumo de drogas según la calidad de la prevención

Una vez que se ha cuantificado el nivel de calidad de la prevención realizada en los centros educativos participantes, se quiere estudiar si la calidad se asocia al consumo de tabaco, alcohol y cannabis de los adolescentes que están en centros con diferente grado de calidad (hipótesis 3).

Para ello, se seleccionaron los dos centros educativos con mayor y menor calidad en la prevención, que resultaron ser los institutos identificados como IES 10 e IES 9, dado que son los que presentan puntuaciones extremas en el rango de calidad

obtenido (Tabla 52). El IES 10 corresponde al criterio alta calidad y el IES 9 a baja calidad.

Los resultados de este análisis se muestran en la Tabla 53 e indican que no hay diferencias estadísticamente significativas entre centros con alto y bajo nivel de calidad en el consumo de tabaco, alcohol y cannabis de sus estudiantes.

Tabla 53  
Consumo de tabaco, alcohol y cannabis de adolescentes según calidad de la prevención escolar sobre drogas

		CONSUMO		N Totales	Chi <sup>2</sup>	Valor p	OR	IC 95%
		N	%					
TABACO	IES 9-Baja calidad	143	36.0	397	0.37	0.543	1.10	0.80-1.52
	IES 10-Alta calidad	99	33.8	293				
	N Total	242		690				
ALCOHOL	IES 9-Baja calidad	193	47.4	407	0.94	0.357	1.16	0.86-1.57
	IES 10-Alta calidad	129	43.7	295				
	N Total	322		702				
CANNABIS	IES 9-Baja calidad	52	12.7	410	0.70	0.404	0.83	0.54-1.28
	IES 10-Alta calidad	44	14.9	296				
	N Total	96		706				

Nota. En los análisis según calidad de la prevención la categoría “Baja calidad” se utilizó como referente para interpretar las OR (OR > 1 menor riesgo de consumo en alumnos de centros con alta calidad a la prevención).

En los análisis agrupando según sexo, no se encuentran diferencias estadísticamente significativas en la asociación entre el consumo del tabaco, alcohol y cannabis en alumnos hombres y mujeres según la calidad de la prevención (Tabla 54). Sin embargo, cabe señalar que respecto al consumo de tabaco ( $\chi^2_{(1, N=345)} = 2.65, p = 0.10$ ) y alcohol ( $\chi^2_{(1, N=349)} = 2.86, p < 0.10$ ) los resultados muestran tendencias a la significación en el sentido de que los centros con baja calidad de prevención muestran las mayores prevalencias de consumo de estas sustancias entre hombres adolescentes (Tabla 54).

Tabla 54

*Consumo de tabaco, alcohol y cannabis en adolescentes según calidad de la prevención escolar sobre drogas y sexo*

HOMBRES		CONSUMO		N Totales	Chi <sup>2</sup>	Valor p	OR	IC 95%
		N	%					
TABACO	IES 9-Baja calidad	59	30.7	192	2.65	0.104	1.50	0.92-2.43
	IES 10-Alta calidad	35	22.9	153				
	N Total	94		345				
ALCOHOL	IES 9-Baja calidad	84	43.5	193	2.86	0.091	1.46	0.94-2.25
	IES 10-Alta calidad	54	34.6	156				
	N Total	138		349				
CANNABIS	IES 9-Baja calidad	24	12.3	195	0.00	0.971	1.01	0.53-1.92
	IES 10-Alta calidad	19	12.2	156				
	N Total	43		351				
<b>MUJERES</b>								
TABACO	IES 9-Baja calidad	76	38.6	197	1.72	0.190	0.75	0.48-1.16
	IES 10-Alta calidad	64	45.7	140				
	N Total	140		337				
ALCOHOL	IES 9-Baja calidad	109	50.9	214	0.31	0.578	0.89	0.58-1.36
	IES 10-Alta calidad	75	54.0	139				
	N Total	184		353				
CANNABIS	IES 9-Baja calidad	28	13.0	215	1.56	0.212	0.69	0.38-1.24
	IES 10-Alta calidad	25	17.9	140				
	N Total	53		355				

*Nota.* En los análisis según calidad de la prevención la categoría “Baja calidad” se utilizó como referente para interpretar las OR (OR > 1 menor riesgo de consumo en alumnos de centros con alta calidad a la prevención).

En segundo lugar, se analizaron las diferencias en el consumo de sustancias según edad, a partir de la variable ciclo educativo.

Respecto a los más jóvenes, de primer ciclo, no se observaron diferencias significativas en la asociación entre el consumo adolescente de las sustancias estudiadas y calidad de la prevención. Sin embargo, los análisis muestran una tendencia a la significación en las diferencias en el consumo de alcohol ( $\chi^2_{(1, N=355)} = 2.93, p < 0.10$ ), que es mayor en el centro de baja calidad de la prevención (Tabla 55).

Los resultados respecto a las diferencias en consumo de drogas en estudiantes mayores (segundo ciclo), tampoco muestran diferencias significativas respecto al consumo del tabaco ni del alcohol, pero sí respecto al consumo de cannabis ( $\chi^2$  (1, N=315)= 6.22, p < 0.01), menor en el centro de baja calidad de la prevención (13.3% frente 24.2%). El OR de 0.48 señala que estos alumnos mayores tienen más riesgo de consumir cannabis en los centros de alta calidad a la prevención (Tabla 55).

Tabla 55  
Consumo de tabaco, alcohol y cannabis en adolescentes según calidad de la prevención escolar sobre drogas y ciclo educativo/edad

		CONSUMO		N Totales	Chi <sup>2</sup>	Valor p	OR	IC 95%
		N	%					
<b>PRIMER CICLO</b>								
TABACO	IES 9-Baja calidad	54	25.8	209	0.45	0.502	1.19	0.72-1.96
	IES 10-Alta calidad	32	22.7	141				
	N Total	86		350				
ALCOHOL	IES 9-Baja calidad	68	31.8	214	2.93	0.087	1.52	0.94-2.48
	IES 10-Alta calidad	33	23.4	141				
	N Total	101		355				
CANNABIS	IES 9-Baja calidad	19	8.8	216	1.23	0.267	1.62	0.69-3.80
	IES 10-Alta calidad	8	5.6	142				
	N Total	27		358				
<b>SEGUNDO CICLO</b>								
TABACO	IES 9-Baja calidad	72	44.7	161	0.00	0.975	0.99	0.63-1.56
	IES 10-Alta calidad	66	44.9	147				
	N Total	138		308				
ALCOHOL	IES 9-Baja calidad	104	63.0	165	0.02	0.888	0.97	0.61-1.54
	IES 10-Alta calidad	95	63.8	149				
	N Total	199		314				
CANNABIS	IES 9-Baja calidad	22	13.3	166	6.22	0.013	0.48	0.27-0.86
	IES 10-Alta calidad	36	24.2	149				
	N Total	58		315				

Nota. En los análisis según calidad de la prevención la categoría “Baja calidad” se utilizó como referente para interpretar las OR (OR > 1 menor riesgo de consumo en alumnos de centros con alta calidad a la prevención).

En resumen, estos resultados no permiten mostrar una relación entre el consumo de las 3 sustancias que estamos analizando por parte de los alumnos y la calidad de la prevención que se realiza en sus centros escolares. Se observa que los alumnos de segundo ciclo en el centro de alta calidad consumen más cannabis que los que están en el centro de baja calidad. Aunque hay resultados en sentido contrario en hombres y en alumnos de primer ciclo respecto al consumo del tabaco y del alcohol (más consumo en el centro de baja calidad), las pruebas no son concluyentes. No se confirma, por tanto, la hipótesis 3 de esta tesis doctoral relativa a que el consumo adolescente de tabaco, alcohol y cannabis es menor en los centros de mayor calidad en la prevención.

### **6.3. FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN PARA EL CONSUMO DE DROGAS**

En este apartado se presentan los análisis para comprobar las hipótesis relativas al objetivo 3 de esta tesis, relacionadas con las variables de riesgo/protección para el consumo de tabaco, alcohol y cannabis. Se estudiaron las diferencias y las asociaciones en el conjunto de escalas incluidas en el Preval\_A, según los consumos de estas sustancias y según la exposición a la prevención. No se estudiaron las diferencias según la variable Calidad de la prevención, dados los resultados presentados en el apartado anterior. También se estudiaron las diferencias en las variables de riesgo/protección según el sexo y la edad/ciclo educativo, por las diferencias encontradas previamente en los análisis sobre consumo de sustancias.

Para ello, se realizó un primer análisis descriptivo de las variables referidas a los factores de riesgo/protección para el consumo de drogas seleccionados, a partir de las puntuaciones directas.

Como se ha comentado en el apartado 6.1.1, tras el análisis de fiabilidad del cuestionario Preval\_A, se retiraron 4 escalas del estudio por su baja fiabilidad: *Autocontrol*, *Habilidades para la toma de decisiones*, *Actitud positiva hacia la salud*, *Ocupación del ocio y tiempo libre*. El perfil de riesgo/protección con el que se ha trabajado queda consituido finalmente por 13 factores: *Empatía*, *Autoestima*, *Sentirse bien en situaciones que requieren asertividad*, *Estilo asertivo en la comunicación*, *Estilo agresivo en la comunicación*, *Estilo pasivo en la comunicación*, *Habilidades de afrontamiento y solución de problemas*, *Actitud desfavorable hacia las drogas*, *Información sobre drogas*, *Ajuste/problema escolar*, *Comunicación con los padres*, *Actividades protectoras con la familia* y *Estilo matutino de actividad*.

En la Tabla 56 se presentan los estadísticos descriptivos de las puntuaciones directas de las escalas que componen el perfil de riesgo/protección con el que se han realizado los análisis para comprobar las hipótesis de trabajo.

Tabla 56  
*Estadísticos descriptivos del perfil de riesgo/protección para el consumo de drogas*

ESCALAS	N	$\bar{X}$	DT
Empatía	2136	47.01	7.26
Autoestima	2139	7.75	2.36
Asertividad: grado malestar en situaciones asertivas	2136	34.55	4.89
Habilidades Sociales: Asertividad	2136	16.02	4.60
Habilidades Sociales: Agresividad	1634	7.55	5.96
Habilidades Sociales: Pasividad	2025	8.57	5.17
Afrontamiento y solución de problemas	2123	22.37	3.19
Actitud sobre drogas	2105	68.13	8.75
Información sobre drogas	2088	14.15	3.89
Ajuste / Problemas escolares	2091	26.06	3.62
Comunicación con los padres	2075	38.67	5.00
Actividades protectoras con la familia	2078	19.42	3.61
Matutinidad/vespertinidad	2057	23.89	4.65

Nota. DT Desviación típica

Con el objetivo de hacer más comprensibles los resultados de los análisis de datos que se presentan a continuación, se transformaron las puntuaciones de las escalas en puntuaciones típicas derivadas, con una media de 50 y una desviación típica de 10. Por tanto, una puntuación superior a 50, por ejemplo 60, implica una desviación típica con respecto al valor promedio. Todas las escalas se interpretan de este modo.

Recordamos finalmente que, a mayor puntuación, la mayoría de escalas se interpretan como protectoras para el consumo de drogas; es decir, la variable se comportaría teóricamente como un factor de protección. Puntuaciones menores en las escalas se entienden como riesgo para el consumo de drogas. La única excepción son las variables que hacen referencia a un estilo de comunicación social agresivo y pasivo (*Habilidades Sociales: agresividad y pasividad*) que funcionan de forma opuesta: puntuaciones altas señalan que las variables funcionan como factor de riesgo.

### **6.3.1. Diferencias en el perfil de riesgo/protección según sexo, edad y exposición a la prevención**

Para estudiar las hipótesis 4 y 5 se realizaron análisis MANOVA que nos permiten determinar el efecto de la exposición a la prevención, el sexo y la edad en el perfil de riesgo/protección.

Los resultados del MANOVA con las variables exposición y sexo, indicaron un efecto significativo del factor exposición, *Lambda de Wilks* = 0.98,  $F_{(13,1466)} = 1.82$ ,  $p < 0.05$ ,  $Eta^2 = 0.02$ , y un efecto significativo del factor sexo, *Lambda de Wilks* = 0.86,  $F_{(13,1466)} = 17.78$ ,  $p < 0.001$ ,  $Eta^2 = 0.14$ . No existe un efecto estadísticamente significativo de la interacción exposición\*sexo, *Lambda de Wilks* = 0.99,  $F_{(13,1466)} = 1.32$ ,  $p = 0.20$ ,  $Eta^2 = 0.01$ .

Las comparaciones bivariadas indicaron un efecto de la **exposición** a la prevención únicamente en la variable *Actitud desfavorable hacia las drogas* (Tabla 57), obteniendo una mayor puntuación los adolescentes en centros con alta exposición a la prevención que los de baja exposición ( $F_{(1,1478)} = 6.10, p < 0.05$ ).

En cuanto al efecto de la variable **sexo**, los resultados indican que los estudiantes varones puntúan más en la escala *Autoestima* ( $F_{(1,1478)} = 44.26, p < 0.001$ ), sentirse bien en situaciones que requieren respuestas asertivas (factor *Asertividad*) ( $F_{(1,1478)} = 11.02, p < 0.001$ ), estilo de comunicación social agresivo (factor *Habilidades sociales agresivas*) ( $F_{(1,1478)} = 28.30, p < 0.001$ ), estilo de comunicación social pasivo (factor *Habilidades sociales pasivas*) ( $F_{(1,1478)} = 3.76, p \leq 0.05$ ), *Habilidades de afrontamiento y solución de problemas* ( $F_{(1,1478)} = 4.24, p < 0.05$ ), *Actitud desfavorable hacia las drogas* ( $F_{(1,1478)} = 6.65, p < 0.01$ ), *Comunicación con los padres* ( $F_{(1,1478)} = 4.45, p < 0.05$ ) y estilo matutino de activación (variable *Matutinidad*) ( $F_{(1,1478)} = 14.13, p < 0.01$ ). Las mujeres adolescentes, por su parte, obtuvieron mayores puntuaciones en *Empatía* ( $F_{(1,1478)} = 101.71, p < 0.001$ ) y en estilo de comunicación social asertivo (factor *Habilidades sociales asertivas*) ( $F_{(1,1478)} = 24.82, p < 0.001$ ). La variable con un mayor tamaño del efecto fue la *Empatía* ( $\eta^2 = 0.06$ ) (Tabla 57).

Tabla 57

*Medias y desviaciones típicas en los factores de riesgo/protección según sexo, exposición a la prevención e interacción sexo y exposición a la prevención*

	SEXO						EXPOSICIÓN						INTERACCIÓN		
	Media (DT)		F	P	Eta <sup>2</sup>	Media (DT)		F	P	Eta <sup>2</sup>	Sexo*exposición				
	H (n=746)	M (n=736)				Baja (n=641)	Alta (n=841)				F	P	Eta <sup>2</sup>		
Empatía	46,22 (9,45)	<b>51,20</b> (9,50)	101,705	<b>0,000</b>	0,064	48,74 (9,72)	48,65 (9,86)	0,018	0,892	0,000	0,375	0,541	0,000		
Autoestima	<b>50,87</b> (9,57)	47,40 (10,18)	44,263	<b>0,000</b>	0,029	49,50 (9,84)	48,88 (10,17)	1,524	0,217	0,001	0,245	0,621	0,000		
Asertividad (sentirse bien)	<b>50,98</b> (10,32)	49,29 (9,24)	11,018	<b>0,001</b>	0,007	50,28 (9,82)	50,04 (9,85)	0,248	0,619	0,000	0,093	0,760	0,000		
HHSS asertivas	45,42 (7,96)	<b>47,38</b> (7,77)	24,816	<b>0,000</b>	0,017	46,26 (7,70)	46,50 (8,10)	0,355	0,552	0,000	2,714	0,100	0,002		
HHSS agresivas	<b>51,17</b> (10,09)	48,45 (9,38)	28,302	<b>0,000</b>	0,019	49,68 (9,48)	49,93 (10,10)	0,208	0,648	0,000	0,000	0,990	0,000		
HHSS pasivas	<b>51,81</b> (9,82)	50,98 (9,66)	3,760	<b>0,053</b>	0,003	51,61 (9,49)	51,23 (9,94)	0,558	0,455	0,000	5,310	<b>0,021</b>	0,004		
Afrontamiento y solución problemas	<b>49,00</b> (9,79)	47,92 (10,00)	4,243	<b>0,040</b>	0,003	48,03 (9,52)	48,79 (10,18)	2,117	0,146	0,001	0,000	0,982	0,000		
Actitud desfavorable drogas	<b>48,96</b> (10,31)	47,73 (9,92)	6,652	<b>0,010</b>	0,004	47,61 (10,45)	<b>48,91</b> (9,85)	6,097	<b>0,014</b>	0,004	3,836	<b>0,050</b>	0,003		
Información sobre drogas	50,44 (10,51)	50,40 (9,25)	0,001	0,973	0,000	50,72 (9,82)	50,19 (9,96)	1,053	0,305	0,001	0,836	0,361	0,001		
Ajuste/problema escolar	48,25 (10,00)	48,74 (9,52)	0,942	0,332	0,001	48,84 (9,20)	48,23 (10,17)	1,417	0,234	0,001	0,006	0,938	0,000		
Comunicación con padres	<b>49,91</b> (10,18)	48,72 (9,94)	4,445	<b>0,035</b>	0,003	49,47 (10,20)	49,21 (9,99)	0,258	0,612	0,000	1,305	0,254	0,001		
Actividades protectoras con familia	49,13 (10,08)	49,64 (9,87)	1,135	0,287	0,001	49,70 (9,76)	49,14 (10,14)	1,137	0,286	0,001	0,390	0,533	0,000		
Matutinidad/vespertina	<b>49,49</b> (10,04)	47,68 (9,46)	14,127	<b>0,000</b>	0,009	48,46 (9,66)	48,70 (9,90)	0,222	0,638	0,000	2,848	0,092	0,002		

*Nota.* En negrita los valores p de los factores estadísticamente significativos. HHSS= Habilidades sociales.

En la Tabla 58 se presenta un resumen de los resultados según sexo de las escalas que han obtenido diferencias significativas en el análisis de varianza, lo que nos permitirá valorar nuestra hipótesis 4. Los chicos obtienen puntuaciones altas en más escalas indicando un perfil más protector que el de las chicas, que únicamente puntúan elevado en 2 escalas. Estos resultados confirman la hipótesis que señala que las mujeres adolescentes obtienen menos puntuación en los factores de riesgo/protección estudiados.

Tabla 58  
*Diferencias según sexo en el perfil de riesgo/protección para el consumo de drogas*

FACTORES DE RIESGO/PROTECCIÓN	HOMBRES	MUJERES
Empatía	--	Mayor
Autoestima	Mayor	--
Asertividad (sentirse bien en situaciones asertivas)	Mayor	--
Habilidades sociales asertivas (estilo asertivo)	--	Mayor
Habilidades sociales agresivas (estilo agresivo)	Mayor	--
Habilidades sociales pasivas (estilo pasivo)	Mayor	--
Afrontamiento y solución de problemas	Mayor	--
Actitud desfavorable hacia las drogas	Mayor	--
Información sobre drogas	--	--
Ajuste/problema escolar	--	--
Comunicación con los padres	Mayor	--
Actividades protectoras con la familia	--	--
Matutinidad (estilo matutino)	Mayor	--

En tercer lugar, se encontraron **interacciones entre el sexo y la exposición a la prevención** en dos escalas: *Estilo pasivo de comunicación* ( $F_{(1,1478)} = 5.31, p < 0.05$ ) y *Actitud desfavorable hacia las drogas* ( $F_{(1,1478)} = 3.84, p < 0.01$ ) (Tabla 57).

Las alumnas en centros de baja exposición a la prevención obtuvieron menos puntuación en la escala *Habilidades sociales de tipo pasivo* ( $\bar{X} = 50.53; DT = 9.32$ ) que aquellas altamente expuestas ( $\bar{X} = 51.32; DT = 9.91$ ). En cambio, para los chicos se da

el patrón inverso: aquellos sometidos a una baja exposición obtienen mayores puntuaciones ( $\bar{X} = 52.70$ ; DT= 9.54) que los sometidos a alta exposición en esta variable ( $\bar{X} = 51.14$ ; DT = 9.98) (Figura 15).

Por su parte, cuando las alumnas están en centros de baja exposición a la prevención obtienen puntuaciones más bajas en la escala *Actitud desfavorable hacia las drogas* ( $\bar{X} = 46.41$ ; DT= 10.18) que sus compañeros varones ( $\bar{X} = 48.81$ ; DT= 10.59); sin embargo, cuando están en centros de alta exposición a la prevención las puntuaciones en este factor aumentan en los dos sexos, más aún en las mujeres ( $\bar{X} = 48.75$ ; DT= 9.60) que en los hombres ( $\bar{X} = 49.08$ ; DT= 10.99), acercándose más las puntuaciones de chicos y chicas que cuando se están en centros de baja exposición (Figura 16).

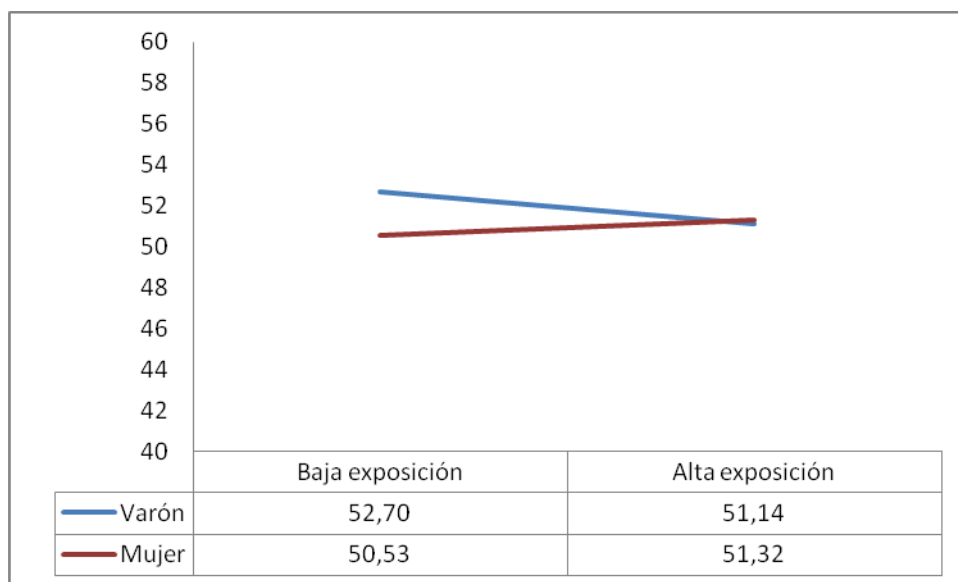


Figura 15  
*Interacción entre el nivel de exposición a la prevención y el sexo en el factor de riesgo Estilo de comunicación pasivo (Habilidades Sociales: pasividad)*

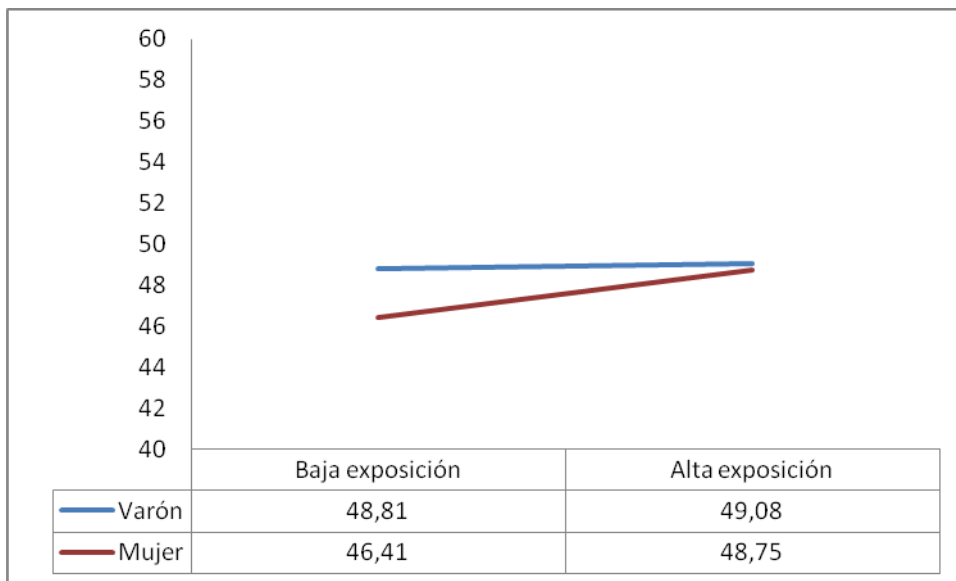


Figura 16  
*Interacción entre el nivel de exposición a la prevención y el sexo en el factor de riesgo actitud sobre drogas*

Para estudiar la hipótesis 4 referente al efecto de la edad (ciclo educativo), se realizó un MANOVA considerando como variables de agrupación o factores, exposición (alta vs. baja) y ciclo (primero y segundo), y como variables dependientes las 13 escalas que miden los factores de riesgo/protección.

Los resultados del MANOVA indicaron un efecto significativo del factor exposición, *Lambda de Wilks* = 0.98,  $F_{(13,1360)} = 2.08$ ,  $p < 0.01$ ,  $Eta^2 = 0.02$ , y un efecto significativo del factor edad/ciclo educativo, *Lambda de Wilks* = 0.86,  $F_{(13,1360)} = 16.83$ ,  $p < 0.001$ ,  $Eta^2 = 0.14$ . Se observa también un efecto estadísticamente significativo en la interacción exposición\*ciclo, *Lambda de Wilks* = 0.98,  $F_{(13,1360)} = 1.69$ ,  $p = 0.56$ ,  $Eta^2 = 0.21$ .

Las comparaciones bivariadas indicaron un efecto de la **exposición** a la prevención en la variable *Ajuste/problema escolar*, obteniendo una mayor puntuación los alumnos de los centros con baja exposición ( $F_{(1,1372)} = 8.49$ ,  $p < 0.01$ ) (Tabla 59).

Respecto al efecto de la **edad/ciclo educativo** en el perfil de riesgo/protección encontrados en los contrastes univariado, los resultados informan de diferencias en 9 de las 13 escalas estudiadas (Tabla 59). Los alumnos mayores -de segundo ciclo- obtuvieron puntuaciones más elevadas en las escalas de *Empatía* ( $F_{(1,1372)} = 20.55$ ,  $p < 0.001$ ), *Sentirse bien en situaciones que requieren respuestas asertivas* (variable Asertividad) ( $F_{(1,1372)} = 23.67$ ,  $p < 0.001$ ); *Habilidades de afrontamiento y solución de problemas* ( $F_{(1,1372)} = 20.57$ ,  $p < 0.001$ ) e *Información sobre drogas* ( $F_{(1,1372)} = 40.23$ ,  $p < 0.001$ ).

Por su parte, los alumnos más jóvenes de primer ciclo obtuvieron mayores puntuaciones en las escalas *Estilo agresivo de comunicación* (Habilidades sociales agresivas) ( $F_{(1,1372)} = 4.54$ ,  $p < 0.05$ ), *Actitud desfavorable hacia las drogas* ( $F_{(1,1372)} = 31.71$ ,  $p < 0.001$ ), *Ajuste escolar* ( $F_{(1,1372)} = 10.27$ ,  $p \leq 0.001$ ), *Actividades protectoras con la familia* ( $F_{(1,1372)} = 42.19$ ,  $p < 0.001$ ) y *Estilo matutino de actividad* (Matutinidad) ( $F_{(1,1372)} = 10.21$ ,  $p \leq 0.001$ ).

La variable con un mayor tamaño de efecto es la de *Actividades protectoras con la familia* ( $\eta^2 = 0.03$ ) (Tabla 59).

Tabla 59

*Medias y desviaciones típicas en los factores de riesgo/protección según ciclo educativo/edad, exposición a la prevención e interacción ciclo educativo y exposición a la prevención*

	CICLO EDUCATIVO						EXPOSICIÓN					INTERACCIÓN		
	Media (DT)		F	P	Eta <sup>2</sup>	Media (DT)		F	P	Eta <sup>2</sup>	Ciclo*exposición			
	1er ciclo (n=610)	2º ciclo (n=766)				Baja (n=562)	Alta (n=814)				F	P	Eta <sup>2</sup>	
Empatía	47,33 (9,90)	<b>49,84</b> (9,53)	20,548	<b>0,000</b>	0,015	48,92 (9,62)	48,59 (9,88)	0,001	0,975	0,000	0,131	0,718	0,000	
Autoestima	49,02 (10,02)	49,52 (10,09)	0,240	0,624	0,000	49,72 (9,87)	49,02 (10,18)	1,772	0,183	0,001	1,296	0,255	0,001	
Asertividad (sentirse bien)	48,82 (9,79)	<b>51,53</b> (9,67)	23,670	<b>0,000</b>	0,017	50,65 (9,76)	50,10 (9,85)	0,153	0,696	0,000	0,078	0,780	0,000	
HHSS asertivas	46,05 (8,34)	46,75 (7,58)	2,684	0,102	0,002	46,42 (7,72)	46,45 (8,08)	0,097	0,756	0,000	0,029	0,865	0,000	
HHSS agresivas	<b>50,51</b> (10,50)	49,05 (9,30)	4,537	<b>0,033</b>	0,003	49,28 (9,42)	49,98 (10,17)	1,507	0,220	0,001	3,098	0,079	0,002	
HHSS pasivas	50,95 (9,90)	51,82 (9,52)	1,732	0,188	0,001	51,64 (9,43)	51,29 (9,87)	0,356	0,551	0,000	0,919	0,338	0,001	
Afrontamiento y solución problemas	47,45 (9,82)	<b>49,76</b> (9,87)	20,574	<b>0,000</b>	0,015	48,40 (9,59)	48,96 (10,12)	2,975	0,085	0,002	0,485	0,486	0,000	
Actitud desfavorable drogas	<b>50,60</b> (9,73)	47,58 (9,97)	31,714	<b>0,000</b>	0,023	48,71 (10,16)	49,06 (9,84)	0,054	0,817	0,000	0,593	0,442	0,000	
Información sobre drogas	48,40 (10,04)	<b>51,82</b> (9,44)	40,232	<b>0,000</b>	0,028	50,43 (9,88)	50,22 (9,84)	0,226	0,635	0,000	0,000	0,991	0,000	
Ajuste/problema escolar	<b>49,67</b> (10,72)	48,31 (8,99)	10,274	<b>0,001</b>	0,007	<b>49,64</b> (9,20)	48,41 (10,20)	8,488	<b>0,004</b>	0,006	3,113	0,078	0,002	
Comunicación con padres	49,55 (10,11)	49,19 (9,96)	1,215	0,271	0,001	49,54 (10,14)	49,22 (9,95)	0,883	0,347	0,001	2,807	0,094	0,002	
Actividades protectoras con familia	<b>51,43</b> (10,06)	48,00 (9,54)	42,194	<b>0,000</b>	0,030	49,87 (9,69)	49,28 (10,07)	3,783	0,052	0,003	0,009	0,923	0,000	
Matutinidad/vespertinidad	<b>49,51</b> (10,54)	48,09 (9,26)	10,209	<b>0,001</b>	0,007	48,74 (9,77)	48,70 (9,94)	0,769	0,381	0,001	6,401	<b>0,012</b>	0,005	

Nota. En negrita los valores p de los factores estadísticamente significativos. HHSS= Habilidades sociales.

La Tabla 60 ofrece un resumen de los factores del perfil de riesgo/protección que resultan con diferencias estadísticamente significativas en los alumnos que se encuentran en distintos ciclo educativo de secundaria, lo que nos permitirá valorar nuestra hipótesis 4 respecto a la edad. Los adolescentes más jóvenes obtienen puntuaciones altas en más escalas indicando un perfil protector respecto al de los adolescentes mayores. Estos resultados confirman nuestra hipótesis que señala que los adolescentes de más edad obtienen menores puntuaciones en los factores de riesgo/protección estudiados, si bien con un margen muy escaso.

Tabla 60

*Diferencias según ciclo educativo/edad en el perfil de riesgo/protección para el consumo de drogas*

FACTORES DE RIESGO/PROTECCIÓN	1er CICLO (1º+2º ESO)	2º CICLO (3º+4º ESO)
Empatía	--	Mayor
Autoestima	--	--
Asertividad (sentirse bien en situaciones asertivas)	--	Mayor
Habilidades sociales asertivas (estilo asertivo)	--	--
Habilidades sociales agresivas (estilo agresivo)	Mayor	--
Habilidades sociales pasivas (estilo pasivo)	--	--
Afrontamiento y solución de problemas	--	Mayor
Actitud desfavorable hacia las drogas	Mayor	--
Información sobre drogas	--	Mayor
Ajuste/problema escolar	Mayor	--
Comunicación con los padres	--	--
Actividades protectoras con la familia	Mayor	--
Matutinidad (estilo matutino)	Mayor	--

Respecto a la **interacción entre la exposición a la prevención y la edad/ciclo educativo**, los contrastes univariados encontraron efectos en la escala *Matutinidad/vespertinidad* ( $F_{(1,1372)} = 6.40, p \leq 0.01$ ). Los alumnos mayores de segundo ciclo mejoran su puntuación en esta escala (son más matutinos) cuando están en alta exposición a la prevención ( $\bar{X} = 48.51, DT = 9.54$ ) respecto a si están en baja exposición

( $\bar{X} = 47.60$ , DT= 8.91). Lo contrario ocurre con los alumnos jóvenes de primer ciclo, que disminuyen su puntuación en e la escala *Matutinidad* cuando están en alta exposición ( $\bar{X} = 48.88$ , DT= 10.33) respecto a la obtenida en baja exposición a la prevención ( $\bar{X} = 50.76$ , DT= 10.86) (Figura 17).

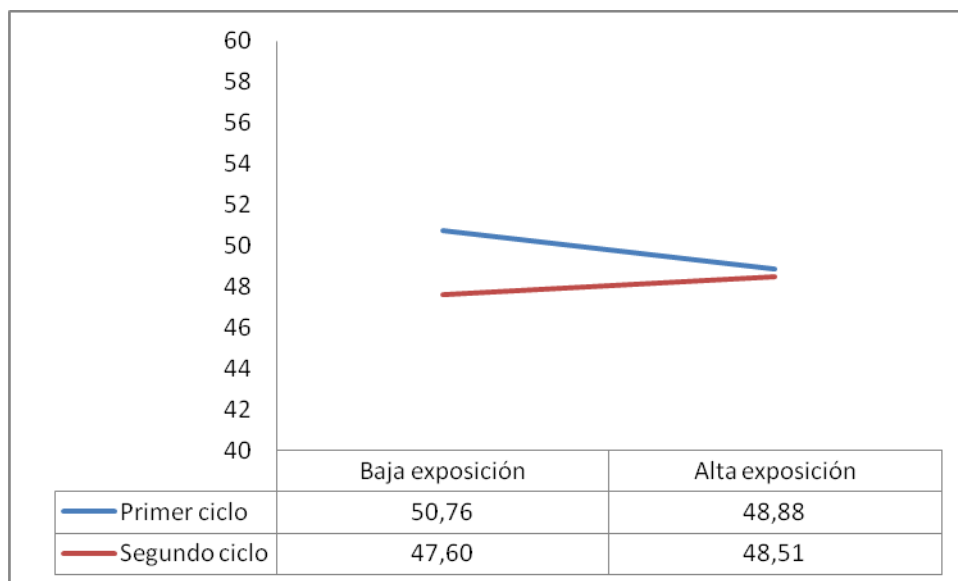


Figura 17  
*Interacción entre el nivel de exposición a la prevención y el ciclo educativo en el factor de riesgo Matutinidad (estilo de activación matutino)*

En resumen, los resultados obtenidos en este apartado indican que tanto el sexo como la edad/etapa educativa se asocian a diferencias en múltiples escalas del perfil de riesgo/protección para el consumo de drogas. Los riesgos asociados al sexo están más relacionados con factores de carácter socio-emocionales, mientras que los riesgos asociados a la edad/ciclo educativo hacen referencia a factores de tipo socio-familiar. Con estos resultados podemos confirmar nuestra hipótesis 4 respecto a que las menores puntuaciones en las escalas de riesgo/protección estudiadas están

asociadas a mujeres adolescentes y a los estudiantes que tienen más edad. Como hemos visto las chicas presentan menores puntuaciones en todas las variables del perfil (Tabla 58), excepto en dos, configurando un perfil más de riesgo que el de los chicos.

Respecto a la parte de la hipótesis 4 que hace referencia a la edad ("*Las menores puntuaciones en las escalas del perfil de riesgo/protección están asociadas.... a los que tienen más edad*"), podríamos asumir que también se confirma, si bien no con tanta contundencia como en el caso de las mujeres adolescentes. Como se ha visto (Tabla 60) los adolescentes de más edad tienen menos puntuación en 9 de las escalas de riesgo/protección, mientras que los de menos edad puntúan bajo en 8 de estas escalas. Si bien el número de escalas que los diferencia es similar, no así la relevancia de las mismas en su papel de riesgo para el consumo de drogas; por ejemplo, la actitud desfavorable hacia las drogas tiene más importancia a la hora de determinar el riesgo del consumo que la empatía.

Respecto a la variable exposición a la prevención, únicamente una variable del perfil de riesgo/protección estudiado diferencia a los alumnos según su exposición a la prevención en su centro escolar: la *Actitud desfavorable hacia las drogas*, en los análisis agrupando según sexo, o el *Ajuste escolar*, cuando se estudia según edad/ciclo educativo. Por lo tanto, la hipótesis 5 de esta tesis, que plantea que mayores puntuaciones en los factores de riesgo/protección estudiados están asociadas a una alta exposición a la prevención, no se cumple, ya que las diferencias encontradas afectan a una sola variable modificando el perfil ligeramente. Además, sólo la variable *Actitud desfavorable hacia las drogas* afecta en el sentido deseado (mayor puntuación en los alumnos de alta exposición).

### **6.3.2. Diferencias en el perfil de riesgo/protección según consumo de drogas y exposición a la prevención**

En este apartado vamos a estudiar la hipótesis 6, que hace referencia a las posibles diferencias en el perfil de riesgo/protección según el consumo de drogas de los adolescentes: a menor consumo de tabaco, alcohol y cannabis mayores puntuaciones en las escalas de factores de riesgo/protección estudiados.

Se presentan a continuación los resultados de los análisis MANOVA sobre las 13 variables de riesgo/protección para el consumo de drogas y las variables consumo de alcohol, tabaco y cannabis.

#### **6.3.2.1. Perfil de factores de riesgo/protección, consumo de tabaco y exposición a la prevención**

En este apartado se analizará si el consumo de tabaco es menor en aquellos adolescentes que puntúan más en el perfil de riesgo/protección. Para ello, se realizó un MANOVA en el que se consideraron como factores de agrupación la exposición a la prevención (alta vs. baja) y el consumo de tabaco (consumo vs. no consumo), y como variables dependientes las 13 escalas que evalúan los factores de riesgo/protección.

Los resultados del MANOVA indicaron un efecto significativo del factor exposición, *Lambda de Wilks* = 0.98,  $F_{(13,1428)} = 2.14$ ,  $p < 0.01$ ,  $Eta^2 = 0.02$ , un efecto significativo del factor consumo de tabaco, *Lambda de Wilks* = 0.62,  $F_{(13,1428)} = 66.52$ ,  $p < 0.001$ ,  $Eta^2 = 0.38$ . Por su parte, se observa un efecto no significativo de la interacción exposición\*consumo de tabaco, *Lambda de Wilks* = 0.99,  $F_{(13,1428)} = 1.53$ ,  $p = 0.99$ ,  $Eta^2 = 0.14$ .

Las comparaciones bivariadas indicaron un **efecto de la exposición a la prevención** en la variable *Actitud desfavorable hacia las drogas*, obteniendo una mayor puntuación los alumnos de los centros con alta exposición ( $\bar{X} = 49.12$ , DT= 9.80) frente a los de baja exposición ( $\bar{X} = 47.81$ , DT= 10.43) ( $F_{(1,1440)} = 10.47$ ,  $p < 0.01$ ) (Tabla 61).

Respecto a los efectos encontrados en los contrastes univariados del **consumo de tabaco** en el perfil de riesgo/protección, los resultados muestran diferencias en 10 escalas de las 13 que lo configuran.

Los adolescentes que NO consumen tabaco obtienen una mayor puntuación en *Autoestima* ( $F_{(1,1440)} = 28.72$ ,  $p < 0.001$ ), *Estilo de comunicación asertivo* (Habilidades Sociales asertivas) ( $F_{(1,1440)} = 11.06$ ,  $p < 0.001$ ), *Afrontamiento y solución de problemas* ( $F_{(1,1440)} = 14.06$ ,  $p < 0.001$ ), *Actitud desfavorable hacia las drogas* ( $F_{(1,1440)} = 660.52$ ,  $p < 0.001$ ), *Ajuste escolar* ( $F_{(1,1440)} = 256.86$ ,  $p < 0.001$ ), *Comunicación con los padres* ( $F_{(1,1440)} = 30.41$ ,  $p < 0.001$ ), *Actividades protectoras con la familia* ( $F_{(1,1440)} = 31.51$ ,  $p < 0.001$ ) y *Estilo matutino de actividad* (Matutinidad) ( $F_{(1,1440)} = 90.78$ ,  $p < 0.001$ ).

Por su parte, los que SI fuman muestran un perfil de riesgo caracterizado por un *Estilo agresivo de comunicación* (Habilidades de comunicación de tipo agresivas) ( $F_{(1,1440)} = 48.24$ ,  $p < 0.001$ ) e *Información sobre drogas* ( $F_{(1,1440)} = 20.32$ ,  $p < 0.001$ ).

Las variables con un mayor tamaño del efecto fueron *Actitud desfavorable hacia las drogas* ( $\eta^2 = 0.31$ ) y *Ajuste escolar* ( $\eta^2 = 0.15$ ) (Tabla 61).

Tabla 61

*Medias y desviaciones típicas en los factores de riesgo/protección según consumo de TABACO, exposición a la prevención e interacción consumo de tabaco y exposición a la prevención*

	TABACO					EXPOSICIÓN					INTERACCIÓN Tabaco*exposición		
	Media (DT)		F	P	Eta <sup>2</sup>	Media (DT)		F	P	Eta <sup>2</sup>	F	P	Eta <sup>2</sup>
	No consumo (n=826)	Consumo (n=618)				Baja (n=630)	Alta (n=814)						
Empatía	48,72 (9,41)	48,70 (10,31)	0,011	0,916	0,000	48,77 (9,75)	48,66 (9,85)	0,123	0,725	0,000	1,050	0,306	0,001
Autoestima	<b>50,41</b> (9,77)	47,56 (10,13)	28,720	<b>0,000</b>	0,020	49,46 (9,84)	48,97 (10,16)	0,808	0,369	0,001	0,005	0,942	0,000
Asertividad (sentirse bien)	49,77 (10,14)	50,69 (9,33)	2,876	0,090	0,002	50,32 (9,85)	50,04 (9,78)	0,211	0,646	0,000	0,239	0,625	0,000
HHSS asertivas	<b>47,05</b> (7,96)	45,61 (7,82)	11,059	<b>0,001</b>	0,008	46,36 (7,71)	46,49 (8,10)	0,047	0,828	0,000	0,445	0,505	0,000
HHSS agresivas	48,23 (9,19)	<b>51,75</b> (10,30)	48,243	<b>0,000</b>	0,032	49,53 (9,47)	49,89 (10,11)	0,247	0,620	0,000	1,690	0,194	0,001
HHSS pasivas	51,54 (10,05)	51,26 (9,41)	0,571	0,450	0,000	51,61 (9,48)	51,27 (10,00)	0,142	0,706	0,000	3,187	0,074	0,002
Afrontamiento y solución problemas	<b>49,36</b> (9,85)	47,44 (9,82)	14,058	<b>0,000</b>	0,010	48,12 (9,51)	48,86 (10,14)	2,325	0,128	0,002	0,663	0,415	0,000
Actitud desfavorable drogas	<b>53,42</b> (7,67)	42,03 (9,25)	660,523	<b>0,000</b>	0,314	47,81 (10,43)	<b>49,12</b> (9,80)	10,471	<b>0,001</b>	0,007	3,722	<b>0,054</b>	0,003
Información sobre drogas	49,42 (10,33)	<b>51,73</b> (9,15)	20,324	<b>0,000</b>	0,014	50,70 (9,80)	50,17 (9,99)	1,343	0,247	0,001	1,084	0,298	0,001
Ajuste/problema escolar	<b>52,02</b> (8,81)	44,27 (9,04)	256,857	<b>0,000</b>	0,151	49,03 (9,20)	48,45 (10,07)	1,994	0,158	0,001	2,551	0,110	0,002
Comunicación con padres	<b>50,70</b> (9,74)	47,73 (10,15)	30,406	<b>0,000</b>	0,021	40,55 (10,12)	49,34 (9,95)	0,218	0,641	0,000	0,312	0,577	0,000
Actividades protectoras con familia	<b>50,68</b> (9,70)	47,65 (10,02)	31,506	<b>0,000</b>	0,021	49,83 (9,67)	49,03 (10,16)	2,795	0,095	0,002	1,275	0,259	0,001
Matutinidad/vespertinidad	<b>50,65</b> (9,51)	45,88 (9,42)	90,780	<b>0,000</b>	0,059	48,56 (9,66)	48,65 (9,84)	0,125	0,724	0,000	1,198	0,274	0,001

Nota. En negrita los valores p de los factores estadísticamente significativos. HHSS= Habilidades sociales.

La Tabla 62 muestra de forma resumida las escalas del perfil de riesgo/protección que resultan con diferencias estadísticamente significativas entre los alumnos que consumen tabaco y los que no lo consumen, lo que nos permitirá valorar nuestra hipótesis 6 respecto a esta sustancia. Como se puede observar, los alumnos que no fuman tabaco tienen mayor puntuación en múltiples variables del perfil, que configuran factores de protección para el consumo de drogas. Estos resultados confirman nuestra hipótesis que señala que las mayores puntuaciones en las escalas de riesgo/protección estudiadas se asocian a un menor consumo de tabaco.

Tabla 62

*Diferencias según consumo de tabaco en el perfil de riesgo/protección para el consumo de drogas*

FACTORES DE RIESGO/PROTECCIÓN	NO CONSUME TABACO	CONSUME TABACO
Empatía	--	--
Autoestima	Mayor	--
Asertividad (sentirse bien en situaciones asertivas)	--	--
Habilidades sociales asertivas (estilo asertivo)	Mayor	--
Habilidades sociales agresivas (estilo agresivo)	--	Mayor
Habilidades sociales pasivas (estilo pasivo)	--	--
Afrontamiento y solución de problemas	Mayor	--
Actitud desfavorable hacia las drogas	Mayor	--
Información sobre drogas	--	Mayor
Ajuste/problema escolar	Mayor	--
Comunicación con los padres	Mayor	--
Actividades protectoras con la familia	Mayor	--
Matutinidad (estilo matutino)	Mayor	--

Respecto al efecto de **interacción entre el nivel de exposición a la prevención y el consumo de tabaco**, los contrastes univariados indicaron diferencias significativas nuevamente en la variable *Actitud desfavorable hacia las drogas* ( $F_{(1,1440)} = 3.72$ ,  $p \leq 0.05$ ) (Tabla 61). Hay una mayor diferencia en las puntuaciones de los alumnos consumidores de tabaco que están en centros de baja exposición ( $\bar{X} = 40.73$ ,  $DT =$

8.91) y alta exposición ( $\bar{X} = 43.04$ , DT= 9.39), mientras que esa diferencia es menor para los que no consumen cigarrillos ( $\bar{X} = 53.09$ , DT= 8.09 vs  $\bar{X} = 53.68$ , DT= 7.32) (Figura 18).

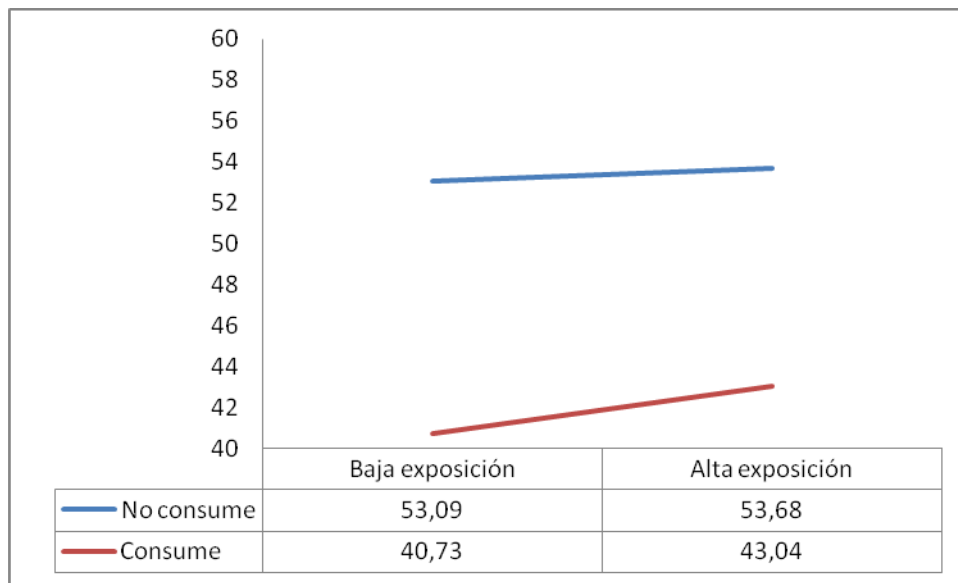


Figura 18  
*Interacción entre el nivel de exposición a la prevención y el consumo de tabaco en el factor de riesgo actitud sobre drogas*

### 6.3.2.2. Perfil de factores de riesgo/protección, consumo de alcohol y exposición a la prevención

Para contrastar la hipótesis 6 referida al alcohol, que plantea que el consumo es menor en aquellos adolescentes que puntúan más en el perfil de riesgo/protección, se realizó un MANOVA considerando como factores de agrupación la exposición a la prevención (alta vs. baja) y el consumo de alcohol (consumo vs. no consumo), y como variables dependientes las 13 escalas que evalúan los factores de riesgo/protección.

Los resultados del MANOVA indicaron un efecto significativo del factor exposición, *Lambda de Wilks* = 0.98,  $F_{(13,1446)} = 1.71$ ,  $p < 0.05$ ,  $Eta^2 = 0.02$ , un efecto significativo del factor consumo de alcohol, *Lambda de Wilks* = 0.71,  $F_{(13,1446)} = 45.05$ ,  $p < 0.001$ ,  $Eta^2 = 0.29$ . Por su parte, no se observa efecto en la interacción exposición\*consumo de alcohol, *Lambda de Wilks* = 0.99,  $F_{(13,1446)} = 1.50$ ,  $p = 0.11$ ,  $Eta^2 = 0.13$ .

Las comparaciones bivariadas indicaron un efecto de la **exposición a la prevención** en la variable *Ajuste/problema escolar* ( $F_{(1,1458)} = 3.92$ ,  $p < 0.05$ ). Los alumnos en centros de baja exposición puntúan más alto en este factor ( $\bar{X} = 48.95$ ,  $DT = 9.22$ ) que los que están en centros de alta exposición a la prevención ( $\bar{X} = 48.19$ ,  $DT = 10.15$ ) (Tabla 63).

En lo que respecta al **efecto del consumo del alcohol**, los resultados obtenidos muestran diferencias estadísticamente significativas en el perfil de riesgo/protección en 10 de las 13 escalas estudiadas entre los que consumen y los que no consumen esta sustancia.

Los adolescentes que NO consumen alcohol obtienen una mayor puntuación en las escalas relacionadas con *Autoestima* ( $F_{(1,1458)} = 6.58$ ,  $p < 0.01$ ), *Estilo de comunicación asertivo* (Habilidades sociales asertivas) ( $F_{(1,1458)} = 4.42$ ,  $p < 0.05$ ), *Actitud desfavorable hacia las drogas* ( $F_{(1,1458)} = 413.44$ ,  $p < 0.001$ ), *Ajuste/problema escolar* ( $F_{(1,1458)} = 153.20$ ,  $p < 0.001$ ), *Comunicación con los padres* ( $F_{(1,1458)} = 13.39$ ,  $p < 0.001$ ), *Actividades protectoras con la familia* ( $F_{(1,1458)} = 43.41$ ,  $p < 0.001$ ) y *Estilo de actividad matutino* ( $F_{(1,1458)} = 59.06$ ,  $p < 0.001$ ).

Por su parte, los que consumen alcohol obtienen mayor puntuación en las escalas relacionadas con el *Estilo de comunicación agresivo* ( $F_{(1,1458)} = 22.99$ ,  $p < 0.001$ ), *Sentirse bien en situaciones que requieren respuestas asertivas* ( $F_{(1,1458)} = 14.82$ ,  $p < 0.001$ ) e *Información sobre drogas* ( $F_{(1,1458)} = 25.55$ ,  $p < 0.001$ ).

Las variables con mayor tamaño del efecto fueron *Actitud desfavorable hacia las drogas* ( $\eta^2 = 0.22$ ) y *Ajuste escolar* ( $\eta^2 = 0.10$ ) (Tabla 63).

Tabla 63

Media y desviaciones típicas en los factores de riesgo/protección según consumo de ALCOHOL, exposición a la prevención e interacción consumo de alcohol y exposición a la prevención

	ALCOHOL					EXPOSICIÓN					INTERACCIÓN		
	Media (DT)		F	P	Eta <sup>2</sup>	Media (DT)		F	P	Eta <sup>2</sup>	Alcohol*exposición		
	No consumo (n=661)	Consumo (n=801)				Baja (n=632)	Alta (n=830)				F	P	Eta <sup>2</sup>
Empatía	48,86 (9,52)	48,72 (9,96)	0,003	0,954	0,000	48,82 (9,72)	48,75 (9,80)	0,000	0,988	0,000	2,311	0,129	0,002
Autoestima	<b>49,83</b> (10,07)	48,56 (9,96)	6,579	<b>0,010</b>	0,004	49,52 (9,84)	48,84 (10,17)	2,212	0,137	0,002	0,734	0,392	0,001
Asertividad (sentirse bien)	49,06 (10,18)	<b>51,10</b> (9,42)	14,818	<b>0,000</b>	0,010	50,32 (9,77)	50,07 (9,86)	0,117	0,733	0,002	0,122	0,727	0,000
HHSS asertivas	<b>46,91</b> (8,12)	46,02 (7,78)	4,420	<b>0,036</b>	0,003	46,29 (7,72)	46,52 (8,12)	0,195	0,659	0,000	0,020	0,877	0,000
HHSS agresivas	48,51 (9,46)	<b>50,82</b> (10,01)	22,986	<b>0,000</b>	0,016	49,63 (9,49)	49,89 (10,08)	0,836	0,361	0,001	4,415	<b>0,036</b>	0,003
HHSS pasivas	51,30 (10,11)	51,50 (9,51)	0,025	0,875	0,000	51,61 (9,55)	51,26 (9,95)	0,685	0,408	0,000	2,102	0,147	0,001
Afrontamiento y solución problemas	48,86 (10,07)	48,16 (9,76)	1,647	0,200	0,001	48,01 (9,50)	48,83 (10,20)	2,237	0,135	0,000	0,036	0,849	0,000
Actitud desfavorable drogas	<b>53,65</b> (8,09)	44,10 (9,60)	413,441	<b>0,000</b>	0,221	47,71 (10,43)	48,96 (9,87)	2,333	0,127	0,002	4,023	<b>0,045</b>	0,003
Información sobre drogas	48,93 (10,33)	<b>51,59</b> (9,26)	25,554	<b>0,000</b>	0,017	50,62 (9,80)	50,22 (9,88)	0,352	0,553	0,000	0,102	0,750	0,000
Ajuste/problema escolar	<b>51,87</b> (9,33)	45,75 (9,23)	153,201	<b>0,000</b>	0,095	<b>48,95</b> (9,22)	48,19 (10,15)	3,918	<b>0,048</b>	0,003	1,041	0,308	0,001
Comunicación con padres	<b>50,43</b> (9,97)	48,46 (10,05)	13,389	<b>0,000</b>	0,009	49,47 (10,21)	49,26 (9,95)	0,264	0,607	0,003	0,248	0,619	0,000
Actividades protectoras con familia	<b>51,24</b> (9,77)	47,81 (9,75)	43,412	<b>0,000</b>	0,029	49,72 (9,67)	49,09 (10,08)	2,099	0,148	0,001	0,340	0,560	0,000
Matutinidad/vespertinidad	<b>50,71</b> (9,87)	46,86 (9,26)	59,064	<b>0,000</b>	0,039	48,55 (9,62)	48,65 (9,81)	0,044	0,833	0,000	0,490	0,484	0,000

Nota. En negrita los valores p de los factores estadísticamente significativos. HHSS= Habilidades sociales.

La Tabla 64 recoge las variables del perfil de riesgo/protección que resultan con diferencias significativas en los alumnos según su situación respecto al consumo de alcohol, lo que nos permitirá valorar la hipótesis 6 respecto a esta sustancia. Como se puede observar, los alumnos que no consumen alcohol tienen mayor puntuación en múltiples variables del perfil que configuran factores de protección para el consumo de drogas, lo mismo que pasa en el caso del tabaco. Estos resultados confirman nuestra hipótesis que señala que las mayores puntuaciones en los factores de riesgo/protección estudiados se asocian a un menor consumo de alcohol.

Tabla 64

*Diferencias según consumo de alcohol en el perfil de riesgo/protección para el consumo de drogas*

FACTORES DE RIESGO/PROTECCIÓN	NO CONSUME ALCOHOL	CONSUME ALCOHOL
Empatía	--	--
Autoestima	Mayor	--
Asertividad (sentirse bien en situaciones asertivas)	--	Mayor
Habilidades sociales asertivas (estilo asertivo)	Mayor	--
Habilidades sociales agresivas (estilo agresivo)	--	Mayor
Habilidades sociales pasivas (estilo pasivo)	--	--
Afrontamiento y solución de problemas	--	--
Actitud desfavorable hacia las drogas	Mayor	--
Información sobre drogas	--	Mayor
Ajuste/problema escolar	Mayor	--
Comunicación con los padres	Mayor	--
Actividades protectoras con la familia	Mayor	--
Matutinidad (estilo matutino)	Mayor	--

En cuanto al efecto de la **interacción entre el nivel de exposición a la prevención y el consumo de alcohol**, los contrastes univariados indicaron diferencias estadísticamente significativas en las variables *Estilo agresivo de comunicación* ( $F_{(1,1458)} = 4.42$ ,  $p < 0.05$ ) y *Actitud desfavorable hacia las drogas* ( $F_{(1,1458)} = 4.02$ ,  $p < 0.05$ ).

Se observan efectos diferentes sobre la variable *Estilo de comunicación agresivo* si se consume o no se consume alcohol, según se esté en centros educativos con diferente nivel de exposición a la prevención. Cuando los alumnos están en centros de baja exposición las puntuaciones en *Estilo agresivo* son más distantes entre los alumnos, según consuman o no alcohol ( $\bar{X} = 47.58$ , DT= 8.60 vs.  $\bar{X} = 51.16$ , DT= 9.85); sin embargo, estas diferencias se acortan cuando los alumnos están en centros de alta exposición a la prevención ( $\bar{X} = 49.15$ , DT= 9.97 vs.  $\bar{X} = 50.54$ , DT= 10.14) (Figura 19).

Por su parte, los efectos observados en la interacción entre *Actitud desfavorable hacia las drogas*, exposición a la prevención y consumo de alcohol parecen indicar un mayor impacto de la prevención en los alumnos que consumen alcohol sobre este factor de protección. Los consumidores que están en centros de baja exposición ( $\bar{X} = 43.18$ , DT= 9.64) aumentan su puntuación en algo más de un punto y medio cuando están en alta exposición a la prevención ( $\bar{X} = 44.86$ , DT= 9.51), lo que no ocurre en los alumnos no consumidores de alcohol que prácticamente no varían de puntuación (Figura 20).

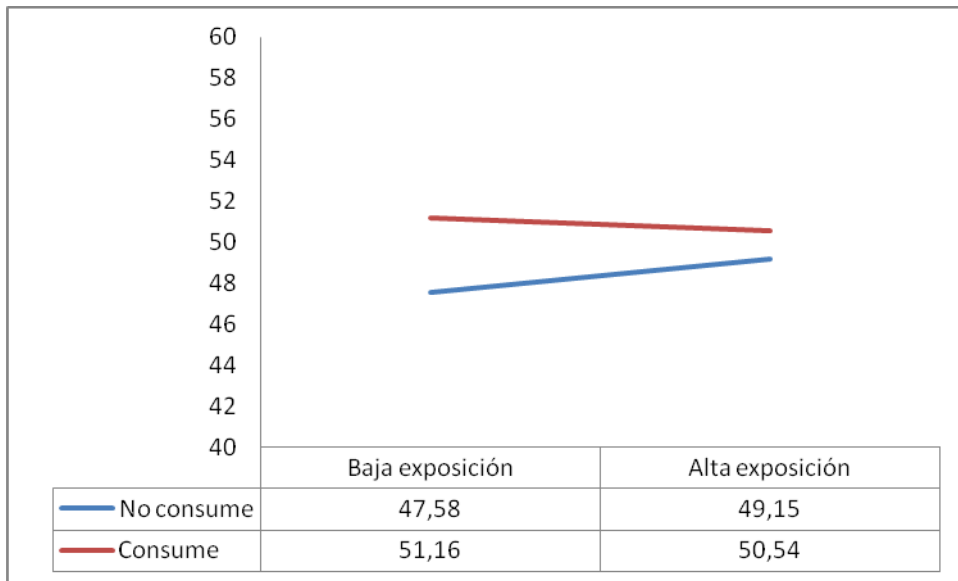


Figura 19

*Interacción entre el nivel de Exposición a la prevención y el consumo de alcohol en el factor de riesgo Estilo agresivo de comunicación*

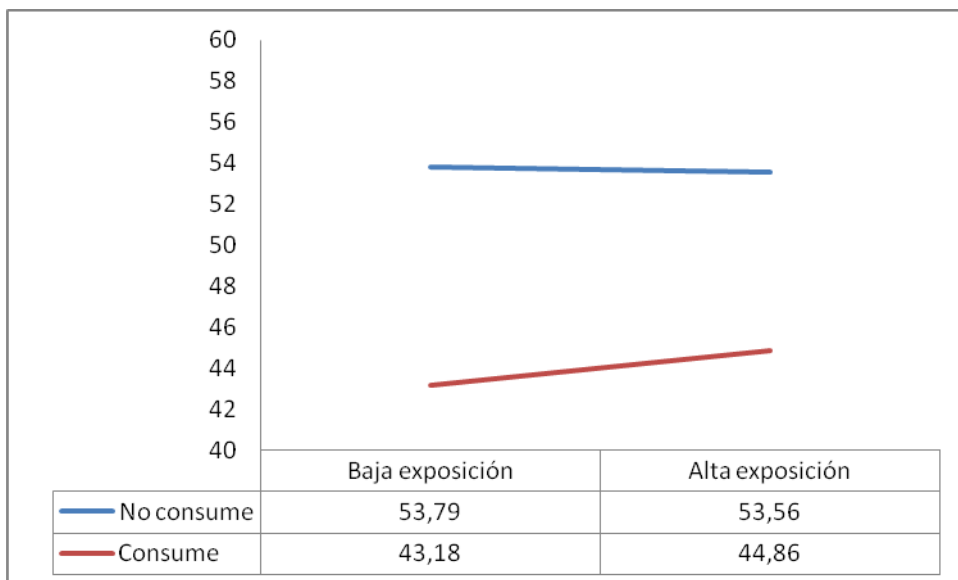


Figura 20

*Interacción entre el nivel de exposición a la prevención y el consumo de alcohol en el factor de riesgo actitud sobre drogas*

### 6.3.2.3. Perfil de factores de riesgo/protección, consumo de cannabis y exposición a la prevención

Para contrastar si el consumo de cannabis es menor en aquellos adolescentes que puntúan más en el perfil de riesgo/protección, se realizó un MANOVA en el que se consideraron como factores de agrupación la exposición a la prevención (alta vs. baja) y el consumo de cannabis (consumo vs. no consumo), y como variables dependientes las 13 escalas que evalúan los factores de riesgo/protección.

Los resultados del MANOVA indicaron un efecto no significativo del factor exposición, *Lambda de Wilks* = 0.99,  $F_{(13,1453)} = 1.28$ ,  $p = 0.22$ ,  $Eta^2 = 0.01$ , un efecto significativo del factor consumo de cannabis, *Lambda de Wilks* = 0.62,  $F_{(13,1453)} = 68.05$ ,  $p < 0.001$ ,  $Eta^2 = 0.38$ . Por su parte, tampoco se observa efecto en la interacción exposición\*consumo de cannabis, *Lambda de Wilks* = 1.00,  $F_{(13,1453)} = 0.52$ ,  $p = 0.91$ ,  $Eta^2 = 0.01$ .

Las comparaciones bivariadas indicaron un efecto de la **exposición a la prevención** en la variable *Ajuste/problema escolar* ( $F_{(1,1465)} = 3.85$ ,  $p < 0.05$ ). Los alumnos en centros de baja exposición puntúan más alto en esta escala ( $\bar{X} = 48.87$ ,  $DT = 9.22$ ), que los que están en centros de alta exposición a la prevención ( $\bar{X} = 48.19$ ,  $DT = 10.13$ ) (Tabla 65).

En lo que respecta al **efecto del consumo del cannabis**, los resultados obtenidos muestran diferencias en el perfil de riesgo/protección en 10 de las 13 escalas, según el consumo de esta sustancia.

Los adolescentes que NO consumen cannabis obtienen una mayor puntuación en las escalas que evalúan *Autoestima* ( $F_{(1,1465)} = 10.16$ ,  $p < 0.001$ ), *Estilo de comunicación asertivo* (Habilidades sociales asertivas) ( $F_{(1,1465)} = 17.60$ ,  $p < 0.001$ ), *Afrontamiento y solución de problemas* ( $F_{(1,1465)} = 10.74$ ,  $p < 0.001$ ), *Actitud desfavorable hacia las drogas* ( $F_{(1,1465)} = 713.78$ ,  $p < 0.001$ ), *Ajuste/problema escolar* ( $F_{(1,1465)} = 213.83$ ,  $p < 0.001$ ), *Comunicación con los padres* ( $F_{(1,1465)} = 13.01$ ,  $p < 0.001$ ), *Actividades protectoras con la familia* ( $F_{(1,1465)} = 31.66$ ,  $p < 0.001$ ), *Estilo matutino de actividad* ( $F_{(1,1465)} = 56.72$ ,  $p < 0.001$ ).

Por su parte, los que consumen cannabis obtienen mayor puntuación respecto a los no consumidores en las escalas relacionadas con el *Estilo agresivo de comunicación* ( $F_{(1,1465)} = 63.94$ ,  $p < 0.001$ ) e *Información sobre drogas* ( $F_{(1,1465)} = 35.64$ ,  $p < 0.001$ ).

Las variables con mayor tamaño del efecto fueron *Actitud desfavorable hacia las drogas* ( $\eta^2 = 0.33$ ) y *Ajuste escolar* ( $\eta^2 = 0.13$ ) (Tabla 65).

Finalmente, en cuanto al **efecto de la interacción entre el nivel de exposición a la prevención y el consumo de cannabis**, los contrastes univariados no hallaron diferencias estadísticamente.

Tabla 65

*Media y desviaciones típicas en los factores de riesgo/protección según consumo de CANNABIS, exposición a la prevención e interacción consumo de cannabis y exposición a la prevención*

	CANNABIS						EXPOSICIÓN					INTERACCIÓN Cannabis*exposición		
	Media (DT)		F	P	Eta <sup>2</sup>	Media (DT)		F	P	Eta <sup>2</sup>	F	P	Eta <sup>2</sup>	
	No consumo (n=1183)	Consumo (n=286)				Baja (n=636)	Alta (n=833)							
Empatía	48,94 (9,73)	48,11 (9,90)	1,689	0,194	0,001	48,84 (9,73)	48,73 (9,79)	0,040	0,842	0,000	0,004	0,951	0,000	
Autoestima	<b>49,53</b> (9,87)	47,45 (10,53)	10,159	<b>0,001</b>	0,007	49,43 (9,87)	48,89 (10,16)	2,124	0,145	0,001	0,636	0,425	0,000	
Asertividad (sentirse bien)	50,03 (9,97)	50,68 (9,20)	0,918	0,338	0,001	50,30 (9,79)	50,05 (9,85)	0,075	0,784	0,000	0,011	0,918	0,000	
HHSS asertivas	<b>46,87</b> (7,88)	44,69 (7,90)	17,596	<b>0,000</b>	0,012	46,32 (7,68)	46,54 (8,11)	0,555	0,456	0,000	0,771	0,380	0,001	
HHSS agresivas	48,79 (9,27)	<b>53,76</b> (10,75)	63,943	<b>0,000</b>	0,042	49,61 (9,40)	49,86 (10,06)	0,040	0,842	0,000	2,745	0,098	0,002	
HHSS pasivas	51,53 (9,76)	50,83 (9,74)	1,346	0,246	0,001	51,61 (9,50)	51,23 (9,95)	0,111	0,739	0,000	0,249	0,618	0,000	
Afrontamiento y solución problemas	<b>48,89</b> (9,78)	46,70 (10,28)	10,744	<b>0,001</b>	0,007	48,00 (9,51)	48,82 (10,20)	1,542	0,214	0,001	0,060	0,806	0,000	
Actitud desfavorable drogas	<b>51,21</b> (8,39)	36,51 (8,01)	713,776	<b>0,000</b>	0,328	47,60 (10,47)	48,92 (9,87)	2,444	0,118	0,002	0,678	0,411	0,000	
Información sobre drogas	49,70 (9,92)	<b>53,58</b> (9,13)	35,638	<b>0,000</b>	0,024	50,75 (9,82)	50,23 (9,93)	0,250	0,617	0,000	0,001	0,980	0,000	
Ajuste/problema escolar	<b>50,18</b> (9,29)	41,47 (8,38)	213,830	<b>0,000</b>	0,127	<b>48,87</b> (9,22)	48,19 (10,13)	3,846	<b>0,050</b>	0,003	0,027	0,870	0,000	
Comunicación con padres	<b>49,78</b> (9,92)	47,42 (10,47)	13,005	<b>0,000</b>	0,009	49,42 (10,21)	49,24 (9,96)	0,027	0,870	0,000	0,229	0,632	0,000	
Actividades protectoras con familia	<b>50,06</b> (9,91)	46,51 (9,36)	31,661	<b>0,000</b>	0,021	49,70 (9,67)	49,11 (10,08)	0,241	0,624	0,000	1,366	0,243	0,001	
Matutinidad/vespertinidad	<b>49,51</b> (9,62)	44,80 (9,17)	56,722	<b>0,000</b>	0,037	48,54 (9,62)	48,63 (9,79)	0,119	0,731	0,000	0,936	0,333	0,001	

Nota. En negrita los valores p de los factores estadísticamente significativos. HHSS= Habilidades sociales.

La Tabla 66 resume las variables del perfil de riesgo/protección que resultan con diferencias estadísticamente significativas según el consumo de cannabis. Como se puede observar los alumnos que no consumen cannabis tienen mayor puntuación en múltiples variables del perfil que configuran factores de protección para el consumo de drogas, lo mismo que pasa en el caso del tabaco y el alcohol. Estos resultados confirman nuestra hipótesis 6, referida al cannabis, que señala que las mayores puntuaciones en los factores de riesgo/protección estudiados se asocian a un menor consumo de cannabis.

Tabla 66

*Diferencias según consumo de cannabis en el perfil de riesgo/protección para el consumo de drogas*

FACTORES DE RIESGO/PROTECCIÓN	NO CONSUME CANNABIS	CONSUME CANNABIS
Empatía	--	--
Autoestima	Mayor	--
Asertividad (sentirse bien en situaciones asertivas)	--	--
Habilidades sociales asertivas (estilo asertivo)	Mayor	--
Habilidades sociales agresivas (estilo agresivo)	--	Mayor
Habilidades sociales pasivas (estilo pasivo)	--	--
Afrontamiento y solución de problemas	Mayor	--
Actitud desfavorable hacia las drogas	Mayor	--
Información sobre drogas	--	Mayor
Ajuste/problema escolar	Mayor	--
Comunicación con los padres	Mayor	--
Actividades protectoras con la familia	Mayor	--
Matutinidad (estilo matutino)	Mayor	--

En resumen, los resultados de los análisis de varianza muestran un patrón común en el perfil de riesgo/protección de los adolescentes que consumen cualquiera de las 3 sustancias: tabaco, alcohol y cannabis, marcado por mayores puntuaciones en

las escalas que valoran *Estilo agresivo de comunicación* e *Información sobre drogas*. Por su parte, se observa que los adolescentes NO consumidores obtienen más puntuación en varias de las escalas analizadas, configurando un perfil protector para el consumo de cualquiera de las 3 sustancias. Estos resultados, como se ha mencionado, nos permiten confirmar la hipótesis 6 de esta tesis relativa a que el menor consumo de las sustancias estudiadas se asocia a mayores puntuaciones en los factores que configuran el perfil de riesgo/protección.

Por su parte, el perfil de riesgo/protección se ve muy poco afectado por las dos categorías de la variable exposición a la prevención (alta vs baja). Las escalas que aparecen asociadas reiteradamente en los diversos análisis son el *Ajuste escolar* y la *Actitud desfavorable hacia las drogas*, lo cual no nos permite aceptar completamente la hipótesis 5 de esta tesis doctoral, referida a la exposición a la prevención. Podríamos decir, en base a los resultados, que la exposición a la prevención tiene un efecto discreto sobre el perfil de riesgo/protección para el consumo de drogas de los adolescentes participantes: afecta a pocas variables.

Las implicaciones y el sentido de estos resultados se analizarán en el capítulo siguiente.

#### **6.4. MODELOS PARA PREDECIR EL CONSUMO DE DROGAS**

Terminados los análisis que acabamos de presentar, durante el proceso de valoración de los resultados, decidimos ir un poco más allá de nuestras hipótesis y ajustar modelos de regresión logística multivariable de tipo predictivo para estimar el efecto simultáneo del conjunto de nuestras variables independientes sobre el consumo de tabaco, alcohol y cannabis por los estudiantes adolescentes.

Para el ajuste de los diferentes modelos, hemos utilizado el método “Introducir”, entrando en un solo paso todas las variables con las que trabajamos en las fases anteriores, incluyendo además la variable edad, en lugar de la variable ciclo educativo. No hemos trabajado con la variable calidad de la prevención ya que el rango de puntuaciones que se obtuvo en fases anteriores (véase tabla 52, apartado 6.2.3.1) no nos permite establecer un punto de corte adecuado que tenga significado en la medición de calidad.

Se presentan a continuación los resultados de los distintos análisis de regresión logística multivariable para el consumo cada sustancia, según sexo, dado su diferente perfil de riesgo que hemos observado en la fase de análisis anterior.

#### **6.4.1. Modelo de predicción para el consumo de tabaco**

Trabajamos con las variables edad, exposición a la prevención y las 13 variables de los factores de riesgo/protección. No hemos incluido las variables de consumo de alcohol y cannabis, debido al hecho de que los adolescentes se inician a esos consumos con posterioridad, cuando ya son consumidores de tabaco. Igualmente, apoya este enfoque el modelo evolutivo del consumo de drogas (véase apartado 1.3 índice c) que plantea que el consumo de drogas legales como el tabaco puede influir en el consumo de otras drogas y no en sentido opuesto.

El modelo obtenido para **hombres** presenta un buen ajuste (test de Hosmer y Lemeshow  $\chi^2 = 9.29$ ,  $p = 0.318$ ). El modelo predice correctamente el 80.3% de la variabilidad. Como refleja la Tabla 67, las variables predictoras del consumo de tabaco son las siguientes:

a) actúan como factores de riesgo para el consumo de tabaco la edad y las habilidades sociales de comunicación asertiva, agresiva y pasiva;

b) actúan como factores de protección para el consumo de tabaco la actitud desfavorable hacia las drogas y el ajuste escolar.

Por cada año más de edad los chicos incrementan un 23% la probabilidad de consumir tabaco. Por su parte, los que obtienen mayores puntuaciones en los factores relativos a habilidades de comunicación social de los tres tipos (agresiva, pasiva y asertiva) presentan mayor probabilidad de consumir tabaco y los que obtienen mayores puntuaciones en las escalas *Actitud desfavorable hacia las drogas* y *Ajuste escolar*, presentan menor probabilidad de consumirlo.

Tabla 67

*Resultados regresión logística para el consumo de TABACO de hombres adolescentes*

	Coeficiente B	Error Típico	Estadístico Wald	Sig.	Exp(B) (OR)	I.C. 95% para EXP(B)	
						Inferior	Superior
<b>Edad</b>	<b>0.209</b>	<b>0.082</b>	<b>6.541</b>	<b>0.011</b>	<b>1.233</b>	<b>1.050</b>	<b>1.447</b>
Exposición (baja)	-0.200	0.208	0.923	0.337	0.819	0.544	1.231
Empatía	0.013	0.012	1.189	0.275	1.013	0.989	1.038
Autoestima	0.001	0.012	0.003	0.955	1.001	0.978	1.024
Asertividad (GM**)	0.013	0.011	1.549	0.213	1.013	0.992	1.034
<b>HHSS* asertivas</b>	<b>0.115</b>	<b>0.050</b>	<b>5.422</b>	<b>0.020</b>	<b>1.122</b>	<b>1.018</b>	<b>1.237</b>
<b>HHSS agresivas</b>	<b>0.079</b>	<b>0.029</b>	<b>7.268</b>	<b>0.007</b>	<b>1.082</b>	<b>1.022</b>	<b>1.146</b>
<b>HHSS pasivas</b>	<b>0.076</b>	<b>0.032</b>	<b>5.624</b>	<b>0.018</b>	<b>1.079</b>	<b>1.013</b>	<b>1.149</b>
Afion y Soluc problem	0.006	0.011	0.288	0.591	1.006	0.984	1.029
<b>Actitud s/drogas</b>	<b>-0.131</b>	<b>0.013</b>	<b>105.581</b>	<b>0.000</b>	<b>0.878</b>	<b>0.856</b>	<b>0.900</b>
Informacion s/drogas	0.019	0.010	3.603	0.058	1.019	0.999	1.039
<b>Ajuste/prob escolar</b>	<b>-0.054</b>	<b>0.012</b>	<b>19.131</b>	<b>0.000</b>	<b>0.948</b>	<b>0.925</b>	<b>0.971</b>
Comunica padres	0.001	0.011	0.010	0.922	1.001	0.980	1.022
Act protectoras/fami	-0.005	0.011	0.187	0.666	0.995	0.975	1.016
Matutinidad/vespert	-0.022	0.011	3.605	0.058	0.979	0.957	1.001
Constante	-9.335	5.285	3.120	0.077	0.000		

*Nota.* En negrita las variables del modelo estadísticamente significativas. (\*) HHSS = Habilidades sociales. (\*\*)GM.- Grado de malestar. La variable se interpreta como "sentirse bien en situaciones que requieren una respuesta asertiva".

El modelo obtenido para **mujeres** presenta también un buen ajuste (test de Hosmer y Lemeshow  $\chi^2= 6.22$ ,  $p= 0.622$ ). El modelo predice correctamente el 81% de la variabilidad. Como refleja la Tabla 68, las variables predictoras del consumo de tabaco en mujeres son las siguientes:

a) actúan como factores de riesgo para el consumo de tabaco la edad y tener información sobre drogas;

b) actúan como factores de protección para el consumo de tabaco la baja exposición a la prevención, tener una actitud desfavorable hacia las drogas y ajuste escolar.

Por cada año más de edad las chicas incrementan la probabilidad de consumir tabaco casi 2 veces. Por su parte, los que obtienen mayores puntuaciones en la escala que valora tener información sobre drogas presentan mayor probabilidad de consumir tabaco y los que obtienen mayores puntuaciones en *Actitud desfavorable hacia las drogas* y en *Ajuste escolar* presentan menor probabilidad de consumirlo. Igualmente, las mujeres adolescentes que estudian en centros con baja exposición a la prevención presentan menor probabilidad de consumir tabaco.

Tabla 68

Resultados regresión logística para el consumo de TABACO de mujeres adolescentes

	Coeficiente B	Error Típico	Estadístico Wald	Sig.	Exp(B) (OR)	I.C. 95% para EXP(B)	
						Inferior	Superior
<b>Edad</b>	<b>0.625</b>	<b>0.091</b>	<b>47.124</b>	<b>0.000</b>	<b>1.869</b>	<b>1.563</b>	<b>2.234</b>
<b>Exposición (baja)</b>	<b>-0.450</b>	<b>0.214</b>	<b>4.425</b>	<b>0.035</b>	<b>0.638</b>	<b>0.419</b>	<b>0.970</b>
Empatía	0.023	0.012	3.251	0.071	1.023	0.998	1.048
Autoestima	-0.015	0.011	1.690	0.194	0.985	0.963	1.008
Asertividad (GM**)	0.009	0.011	0.636	0.425	1.009	0.987	1.032
HHSS* asertivas	0.045	0.050	0.801	0.371	1.046	0.948	1.155
HHSS agresivas	0.026	0.029	0.814	0.367	1.027	0.970	1.087
HHSS pasivas	0.007	0.033	0.051	0.822	1.008	0.944	1.075
Afron y Solu problem	-0.008	0.012	0.426	0.514	0.992	0.969	1.016
<b>Actitud s/drogas</b>	<b>-0.139</b>	<b>0.015</b>	<b>91.323</b>	<b>0.000</b>	<b>0.870</b>	<b>0.846</b>	<b>0.895</b>
<b>Información s/drogas</b>	<b>0.034</b>	<b>0.012</b>	<b>8.104</b>	<b>0.004</b>	<b>1.034</b>	<b>1.011</b>	<b>1.059</b>
<b>Ajuste/prob escolar</b>	<b>-0.043</b>	<b>0.013</b>	<b>10.089</b>	<b>0.001</b>	<b>0.958</b>	<b>0.934</b>	<b>0.984</b>
Comunicac padres	-0.006	0.011	0.244	0.621	0.994	0.972	1.017
Act protectoras/fami	-0.005	0.012	0.176	0.675	0.995	0.972	1.019
Matutinidad/vespert	-0.009	0.012	0.589	0.443	0.991	0.968	1.014
Constante	-4.839	5.625	0.740	0.390	0.008		

Nota. En negrita las variables del modelo estadísticamente significativas. (\*) HHSS = Habilidades sociales. (\*\*)GM.- Grado de malestar. La variable se interpreta como "sentirse bien en situaciones que requieren una respuesta asertiva".

#### 6.4.2. Modelo de predicción para el consumo de alcohol

En los modelos para el alcohol trabajamos con las variables edad, exposición a la prevención, las 13 variables de los factores de riesgo/protección y el consumo de las otras drogas: tabaco y cannabis.

El modelo obtenido para **hombres** presenta un buen ajuste (test de Hosmer y Lemeshow  $\chi^2 = 10.40$ ;  $p = 0.238$ ). El modelo predice correctamente el 78% de la variabilidad. Como refleja la Tabla 69, las variables predictoras del consumo de alcohol son las siguientes:

a) actúan como factores de riesgo para el consumo de alcohol la edad, el consumo de tabaco y las habilidades comunicación asertiva y pasiva;

b) actúa como factor de protección para el consumo de alcohol la actitud desfavorable hacia las drogas.

Para los hombres adolescentes consumir tabaco es el factor que más predice el consumo de alcohol. El consumo de tabaco aumenta 6 veces la probabilidad de consumir alcohol frente a los que no fuman. Por su parte, por cada año más de edad, los chicos casi duplican la probabilidad de consumir alcohol.

En cuanto a los factores del perfil de riesgo/protección, aquellos que puntúan más alto en las variables relacionadas con tener un estilo de comunicación asertivo y pasivo presentan mayor probabilidad de consumir alcohol, mientras que los que puntúan más alto en la escala *Actitud desfavorable hacia las drogas* presentan menor probabilidad de consumir alcohol.

Tabla 69

*Resultados regresión logística para el consumo de ALCOHOL de hombres adolescentes*

	Coeficiente B	Error Típico	Estadístico Wald	Sig.	Exp(B) (OR)	I.C. 95% para EXP(B)	
						Inferior	Superior
<b>Edad</b>	<b>0.525</b>	<b>0.081</b>	<b>42.209</b>	<b>0.000</b>	<b>1.690</b>	<b>1.443</b>	<b>1.981</b>
Exposición (baja)	-0.171	0.195	0.769	0.380	0.843	0.575	1.235
<b>Tabaco (consumo)</b>	<b>1.802</b>	<b>0.264</b>	<b>46.665</b>	<b>0.000</b>	<b>6.061</b>	<b>3.614</b>	<b>10.163</b>
Cannabis (consumo)	-0.680	0.375	3.292	0.070	0.507	0.243	1.056
Empatía	-0.003	0.011	0.061	0.805	0.997	0.975	1.020
Autoestima	0.005	0.011	0.171	0.679	1.005	0.983	1.027
Asertividad (GM**)	0.019	0.010	3.750	0.053	1.019	1.000	1.039
<b>HHSS* asertivas</b>	<b>0.092</b>	<b>0.046</b>	<b>3.923</b>	<b>0.048</b>	<b>1.096</b>	<b>1.001</b>	<b>1.201</b>
HHSS agresivas	0.050	0.027	3.343	0.067	1.051	0.996	1.109
<b>HHSS pasivas</b>	<b>0.066</b>	<b>0.030</b>	<b>4.640</b>	<b>0.031</b>	<b>1.068</b>	<b>1.006</b>	<b>1.134</b>
Afront y Sol problem	0.006	0.011	0.327	0.567	1.006	0.985	1.029
<b>Actitud s/drogas</b>	<b>-0.069</b>	<b>0.013</b>	<b>27.918</b>	<b>0.000</b>	<b>0.933</b>	<b>0.910</b>	<b>0.957</b>
Informacion s/drogas	0.001	0.009	0.024	0.876	1.001	0.983	1.020
Ajuste/prob escolar	-0.012	0.012	1.162	0.281	0.988	0.966	1.010
Comunicac padres	0.007	0.010	0.393	0.531	1.007	0.986	1.027
Act protect/familia	-0.013	0.010	1.548	0.213	0.987	0.967	1.007
Matutinidad/vespert	-0.002	0.011	0.036	0.850	0.998	0.977	1.019
Constante	-14.975	5.046	8.806	0.003	0.000		

*Nota.* En negrita las variables del modelo estadísticamente significativas. (\*) HHSS = Habilidades sociales. (\*\*)GM.- Grado de malestar. La variable se interpreta como "sentirse bien en situaciones que requieren una respuesta asertiva".

El modelo obtenido para **mujeres** presenta también un buen ajuste (test de Hosmer y Lemeshow  $\chi^2 = 6.48$ ,  $p = 0.594$ ). El modelo predice correctamente el 80.2%

de la variabilidad. Como refleja la Tabla 70, más adelante, las variables predictoras del consumo de alcohol son las siguientes:

a) actúan como factores de riesgo para el consumo de alcohol la edad, el consumo de tabaco, sentirse bien en situaciones asertivas, el estilo de comunicación asertivo, agresivo y pasivo y la información sobre drogas;

b) actúa como factor de protección para el consumo de alcohol la actitud desfavorable hacia las drogas y realizar actividades protectoras con la familia.

Consumir tabaco aumenta casi 4 veces la probabilidad de consumir alcohol en mujeres adolescentes, frente a las que no fuman. Por su parte, por cada año más de edad, las adolescentes incrementan un 52% la probabilidad de consumir alcohol.

En cuanto a los factores del perfil de riesgo/protección, aquellas que puntúan más alto en las variables relativas a sentirse bien en situaciones asertivas, tener estilos de comunicación asertivo, agresivo y pasivo y contar con información sobre drogas, presentan mayor probabilidad de consumir alcohol. Por su parte, las adolescentes que puntúan más alto en los factores relacionados con tener una actitud desfavorable hacia las drogas y realizar actividades protectoras con la familia presentan menor probabilidad de consumir alcohol.

Tabla 70

Resultados regresión logística para el consumo de ALCOHOL de mujeres adolescentes

	Coeficiente B	Error Típico	Estadístico Wald	Sig.	Exp(B) (OR)	I.C. 95% para EXP(B)	
						Inferior	Superior
<b>Edad</b>	<b>0.420</b>	<b>0.092</b>	<b>20.991</b>	<b>0.000</b>	<b>1.522</b>	<b>1.272</b>	<b>1.822</b>
Exposición (baja)	0.093	0.217	0.184	0.668	0.911	0.596	1.394
<b>Tabaco (consumo)</b>	<b>1.309</b>	<b>0.242</b>	<b>29.304</b>	<b>0.000</b>	<b>3.704</b>	<b>2.306</b>	<b>5.951</b>
Cannabis (consumo)	1.120	0.574	3.812	0.051	3.065	0.996	9.433
Empatía	0.010	0.013	0.609	0.435	1.010	0.985	1.035
Autoestima	-0.001	0.012	0.005	0.945	0.999	0.977	1.022
<b>Asertividad (GM**)</b>	<b>0.026</b>	<b>0.012</b>	<b>5.196</b>	<b>0.023</b>	<b>1.027</b>	<b>1.004</b>	<b>1.050</b>
<b>HHSS* asertivas</b>	<b>0.131</b>	<b>0.052</b>	<b>6.382</b>	<b>0.012</b>	<b>1.139</b>	<b>1.030</b>	<b>1.261</b>
<b>HHSS agresivas</b>	<b>0.061</b>	<b>0.030</b>	<b>4.064</b>	<b>0.044</b>	<b>1.062</b>	<b>1.002</b>	<b>1.127</b>
<b>HHSS pasivas</b>	<b>0.087</b>	<b>0.034</b>	<b>6.493</b>	<b>0.011</b>	<b>1.091</b>	<b>1.020</b>	<b>1.167</b>
Afron y Solu problema	0.008	0.012	0.442	0.506	1.008	0.984	1.033
<b>Actitud s/drogas</b>	<b>-0.089</b>	<b>0.016</b>	<b>31.309</b>	<b>0.000</b>	<b>0.915</b>	<b>0.887</b>	<b>0.944</b>
<b>Información s/drogas</b>	<b>0.040</b>	<b>0.012</b>	<b>10.778</b>	<b>0.001</b>	<b>1.041</b>	<b>1.016</b>	<b>1.067</b>
Ajuste/prob escolar	0.007	0.014	0.221	0.638	1.007	0.979	1.035
Comunicac padres	0.005	0.012	0.170	0.680	1.005	0.982	1.028
<b>Act protectora/familia</b>	<b>-0.027</b>	<b>0.012</b>	<b>4.821</b>	<b>0.028</b>	<b>0.974</b>	<b>0.951</b>	<b>0.997</b>
Matutinidad/vesperti	-0.019	0.012	2.421	0.120	0.981	0.958	1.005
Constante	-17.858	5.847	9.328	0.002	0.000		

Nota. En negrita las variables del modelo estadísticamente significativas. (\*) HHSS = Habilidades sociales. (\*\*)GM.- Grado de malestar. La variable se interpreta como "sentirse bien en situaciones que requieren una respuesta asertiva".

### 6.4.3. Modelo de predicción para el consumo de cannabis

Como en el caso del alcohol, en los modelos para el cannabis trabajamos con las variables edad, exposición a la prevención, las 13 variables de los factores de riesgo/protección y el consumo de las otras drogas: tabaco y alcohol.

El modelo obtenido para **hombres** presenta un buen ajuste (test de Hosmer y Lemeshow  $\chi^2 = 2.67$   $p = 0.953$ ). El modelo predice correctamente el 91.7% de la variabilidad. Como refleja la Tabla 71, las variables predictoras del consumo de cannabis en hombres adolescentes son las siguientes:

a) actúan como factores de riesgo para el consumo de cannabis la edad y el consumo de tabaco;

b) actúa como factor de protección para el consumo de cannabis la actitud desfavorable hacia las drogas y el ajuste escolar.

Consumir tabaco aumenta más de 9 veces la probabilidad de consumir cannabis en chicos, frente a los que no fuman cigarrillos. Por su parte, por cada año más de edad se duplica la probabilidad de consumir cannabis.

En cuanto a los factores del perfil de riesgo/protección, aquellos que puntúan más alto en las escalas *Actitud desfavorable hacia las drogas* y *Ajuste escolar*, presentan menor probabilidad de consumir cannabis.

Tabla 71  
*Resultados regresión logística para el consumo de CANNABIS de hombres adolescentes*

	Coeficiente B	Error Típico	Estadístico Wald	Sig.	Exp(B) (OR)	I.C. 95% para EXP(B)	
						Inferior	Superior
<b>Edad</b>	<b>0.783</b>	<b>0.145</b>	<b>28.985</b>	<b>0.000</b>	<b>2.188</b>	<b>1.645</b>	<b>2.909</b>
Exposición (baja)	0.083	0.323	0.066	0.797	0.920	0.488	1.734
<b>Tabaco (consumo)</b>	<b>2.167</b>	<b>0.428</b>	<b>25.681</b>	<b>0.000</b>	<b>8.729</b>	<b>3.776</b>	<b>20.177</b>
Alcohol (consumo)	-0.073	0.413	0.031	0.861	0.930	0.414	2.089
Empatía	0.019	0.019	0.968	0.325	1.019	0.982	1.058
Autoestima	0.007	0.018	0.144	0.704	1.007	0.971	1.044
Asertividad (GM**)	-0.002	0.017	0.018	0.892	0.998	0.965	1.031
HHSS* asertivas	-0.034	0.072	0.230	0.631	0.966	0.840	1.112
HHSS agresivas	-0.014	0.042	0.116	0.733	0.986	0.908	1.070
HHSS pasivas	-0.007	0.045	0.025	0.874	0.993	0.909	1.084
Afros y Sol problem	0.025	0.018	1.931	0.165	1.025	0.990	1.062
<b>Actitud s/drogas</b>	<b>-0.161</b>	<b>0.022</b>	<b>53.730</b>	<b>0.000</b>	<b>0.852</b>	<b>0.816</b>	<b>0.889</b>
Información s/drogas	0.026	0.016	2.624	0.105	1.027	0.994	1.060
<b>Ajuste/prob escolar</b>	<b>-0.056</b>	<b>0.020</b>	<b>7.983</b>	<b>0.005</b>	<b>0.946</b>	<b>0.909</b>	<b>0.983</b>
Comunicación padres	0.029	0.016	3.208	0.073	1.029	0.997	1.062
Act protector/familia	0.006	0.016	0.156	0.693	1.006	0.975	1.039
Matutinidad/vespertina	0.005	0.018	0.071	0.790	1.005	0.970	1.041
Constante	-7.901	7.645	1.068	0.301	0.000		

Nota. En negrita las variables del modelo estadísticamente significativas. (\*) HHSS = Habilidades sociales. (\*\*)GM.- Grado de malestar. La variable se interpreta como "sentirse bien en situaciones que requieren una respuesta asertiva".

El modelo obtenido para **mujeres** presenta también un buen ajuste (test de Hosmer y Lemeshow  $\chi^2 = 4.37$ .  $p = 0.822$ ). El modelo predice correctamente el 91% de la variabilidad. Como refleja la Tabla 72, más adelante, las variables predictoras del consumo de cannabis en mujeres adolescentes son las siguientes:

a) actúan como factores de riesgo para el consumo de cannabis la edad, el consumo de tabaco y alcohol, tener información sobre drogas y comunicación con los padres;

b) actúa como factor de protección para el consumo de cannabis la actitud desfavorable hacia las drogas y el ajuste escolar.

Consumir tabaco aumenta 15 veces la probabilidad de consumir cannabis y casi 4 veces la de consumir alcohol en mujeres adolescentes. Por su parte, por cada año más de edad casi se duplica la probabilidad de consumir cannabis.

En cuanto a los factores del perfil de riesgo/protección, aquellas que puntúan más alto en las variables relacionadas con tener información sobre drogas y comunicación con la familia, presentan mayor probabilidad de consumir cannabis, mientras que los que puntúan más alto en las escalas *Actitud desfavorable hacia las drogas* y *Ajuste escolar*, presentan menor probabilidad de consumir cannabis.

Tabla 72

Resultados regresión logística para el consumo de CANNABIS de mujeres adolescentes

	Coeficiente B	Error Típico	Estadístico Wald	Sig.	Exp(B) (OR)	I.C. 95% para EXP(B)	
						Inferior	Superior
<b>Edad</b>	<b>0.626</b>	<b>0.144</b>	<b>18.901</b>	<b>0.000</b>	<b>1.870</b>	<b>1.410</b>	<b>2.479</b>
Exposición (baja)	0.086	0.306	0.078	0.780	0.918	0.504	1.673
<b>Tabaco (consumo)</b>	<b>2.706</b>	<b>0.785</b>	<b>11.889</b>	<b>0.001</b>	<b>14.964</b>	<b>3.214</b>	<b>69.658</b>
<b>Alcohol (consumo)</b>	<b>1.326</b>	<b>0.636</b>	<b>4.354</b>	<b>0.037</b>	<b>3.768</b>	<b>1.084</b>	<b>13.097</b>
Empatía	0.003	0.016	0.025	0.875	1.003	0.971	1.035
Autoestima	-0.002	0.017	0.011	0.915	0.998	0.966	1.032
Asertividad (GM**)	-0.010	0.018	0.327	0.567	0.990	0.956	1.025
HHSS* asertivas	-0.052	0.080	0.419	0.518	0.949	0.811	1.111
HHSS agresivas	-0.003	0.048	0.004	0.949	0.997	0.908	1.094
HHSS pasivas	-0.040	0.051	0.627	0.429	0.960	0.869	1.061
Afron y Solu problem	-0.007	0.018	0.136	0.712	0.993	0.959	1.029
<b>Actitud s/drogas</b>	<b>-0.161</b>	<b>0.023</b>	<b>50.497</b>	<b>0.000</b>	<b>0.851</b>	<b>0.814</b>	<b>0.890</b>
<b>Información s/drogas</b>	<b>0.056</b>	<b>0.018</b>	<b>10.117</b>	<b>0.001</b>	<b>1.057</b>	<b>1.022</b>	<b>1.094</b>
<b>Ajuste/prob escolar</b>	<b>-0.049</b>	<b>0.020</b>	<b>5.924</b>	<b>0.015</b>	<b>0.952</b>	<b>0.915</b>	<b>0.990</b>
<b>Comunicac padres</b>	<b>0.039</b>	<b>0.016</b>	<b>5.793</b>	<b>0.016</b>	<b>1.040</b>	<b>1.007</b>	<b>1.073</b>
Act protector/familia	-0.030	0.017	3.106	0.078	0.970	0.938	1.003
Matutinidad/vesperti	-0.010	0.018	0.285	0.594	0.990	0.956	1.026
Constante	-2.274	8.999	0.064	0.801	0.103		

Nota. En negrita las variables del modelo estadísticamente significativas. (\*) HHSS = Habilidades sociales. (\*\*)GM.- Grado de malestar. La variable se interpreta como "sentirse bien en situaciones que requieren una respuesta asertiva".

Como resumen, los modelos indican que, en estudiantes varones, actúan como factores de protección para el consumo de tabaco y cannabis, una elevada puntuación en las escalas *Actitud desfavorable hacia las drogas* y *Ajuste escolar*. Para el consumo de alcohol sólo es protectora la elevada puntuación en el factor *Actitud desfavorable hacia las drogas*. Por su parte, la edad actúa como factor de riesgo para las 3 drogas, a mayor edad mayor probabilidad de consumo. También predice el consumo de alcohol y cannabis el que los estudiantes consuman tabaco. Finalmente, los estilos de comunicación social agresiva y pasiva suponen riesgo para el consumo tanto de tabaco como de alcohol. En el caso del tabaco, también es un riesgo el estilo de comunicación asertivo.

En los modelos para las mujeres adolescentes, actúa como factor de protección del consumo de las tres sustancias la *Actitud desfavorable hacia las drogas*. Otras variables que actúan como protección para el consumo de drogas no presentan un patrón tan claro como en los varones. Aparecen efectos negativos para el consumo de drogas; es decir tiene un papel protector la variable *Ajuste escolar* en el consumo de tabaco y del cannabis; para el consumo de alcohol aparecen como factor protector la variable relativa a realizar actividades con la familia. Las variables que actúan como factor de riesgo para el consumo de las tres drogas son la edad y puntuar alto en la variable *Información sobre drogas*. Como en el caso de los varones, consumir tabaco también predice el consumo de alcohol y cannabis. Además, para el consumo del cannabis, también es factor de riesgo el consumo de alcohol. Finalmente, los estilos de comunicación social asertivo, agresivo y pasivo suponen riesgo para el consumo de alcohol. En el caso del cannabis también es un riesgo tener una puntuación alta en la variable *Comunicación con los padres*.

## **CAPÍTULO 7**

### **DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES**



A pesar de que el campo científico de la prevención sobre drogas es un área relativamente joven (Bukoski, 2003), en las últimas décadas ha experimentado un significativo crecimiento. Los efectos de la prevención, especialmente la realizada en el ámbito escolar y de carácter universal, han sido analizados en ensayos controlados y revisiones sistemáticas (Bühler y Kröger, 2006; Canning, Millward, Raj y Warm, 2004; Cuijpers, 2002; Espada et al., 2002; Hawks et al., 2002; McGrath, Sumnall, Edmonds, McVeigh y Bellis, 2006).

En este trabajo, como se ha indicado, se ha pretendido explorar el posible *efecto* de la prevención escolar sobre drogas utilizando para ello la comparación entre grupos que han participado en diferente grado en programas de prevención. Se trata por tanto, de una comparación intergrupo en un corte temporal con selección de condiciones en relación a la experiencia de prevención de los centros educativos donde estudian los adolescentes. Este es un método novedoso en la investigación de prevención sobre drogas, aunque no tanto en otras áreas relacionadas con la salud pública y la medicina (Brown, 2003; Gonzalo-Valdivia, s.f). Si bien, lo habitual en prevención es utilizar diseños experimentales o cuasi-experimentales de medidas antes y después de una intervención preventiva concreta sobre grupos pequeños, en algunos casos con seguimiento temporal para comprobar el mantenimiento de los efectos de la misma (Becoña, 2003; Brown, 2003; MacKinnon y Dwyer, 2003), nosotros hemos optado por este enfoque comparativo en una muestra grande de una localidad que participa sistemáticamente de la oferta preventiva de la Comunidad de Madrid.

Nuestro estudio tiene como peculiaridad, respecto a otras investigaciones, el que no se evalúan los resultados de un programa de prevención escolar determinado, sino el hecho de que los centros educativos donde estudian los adolescentes hayan participado en prevención durante un periodo de tiempo, concretamente la intensidad y calidad de la prevención recibida. En este caso, entendemos por prevención un

conjunto de actividades denominadas preventivas, desarrolladas en los centros escolares y ofertadas por la AGAD durante 3 cursos académicos seguidos. En nuestra investigación, en lugar de valorar la experiencia por parte de los alumnos de un programa específico de prevención, se ha adoptado un enfoque cuantitativo de la misma (alta y baja exposición) y un enfoque cualitativo (alta y baja calidad de la prevención). A nuestro entender, no existen trabajos similares a este planteamiento que supone un intento de valoración de los efectos de la prevención escolar sobre drogas como una acción continuada en el tiempo en base a indicadores objetivos: duración, ajuste a necesidades, puesta en marcha, etc.

A continuación pasamos a discutir los principales resultados encontrados en este trabajo, comenzando con las variables relativas al consumo de drogas (tabaco, alcohol y cannabis) en relación con el sexo y edad, las variables exposición a la prevención y calidad de la prevención, (hipótesis 1, 2 y 3). Posteriormente se comentarán los resultados respecto a las variables relacionadas con los factores de riesgo y protección, que hemos denominado perfil de riesgo/protección. Aquí se discutirán los datos según las variables relacionadas con el sexo, edad, exposición a la prevención y consumo de drogas (hipótesis 4, 5 y 6).

### **7.1. CONSUMO DE DROGAS EN ADOLESCENTES**

Los adolescentes que participaron en este estudio en su mayoría son NO consumidores de las 3 sustancias estudiadas: tabaco, alcohol y cannabis. De los que consumen, un mayor porcentaje ingiere alcohol: casi el 50% dice al menos haberlo probado, seguido del tabaco (casi el 40%) y, en menor medida, el cannabis con sólo el 16%.

Los datos de la encuesta ESTUDES de 2008 y la Encuesta ESTUDES referida a la Comunidad de Madrid del mismo periodo (Agencia Antidroga, 2010; Delegación del

Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2009) muestran un perfil similar, con un mayor porcentaje de consumo de alcohol entre los jóvenes, seguido del tabaco y a distancia del cannabis (Tabla 73). Si bien, se observa que los adolescentes de este estudio, pertenecientes a una localidad donde se viene desarrollando actividades de prevención durante varios años seguidos (véanse apartados 3.3.2 y 5.3.1), presentan porcentajes más bajos de consumo en todas las sustancias analizadas, en especial en el alcohol y el cannabis.

Tabla 73

*Porcentaje de estudiantes que consumen drogas alguna vez en la vida en la investigación y en las encuestas sobre uso de drogas ESTUDES nacional y de la Comunidad de Madrid*

CONSUMO ALGUNA VEZ DE:	ALUMNOS EN EL ESTUDIO	ESTUDES NACIONAL 2008	ESTUDES MADRID 2008
Tabaco	36.7	44.6	44.0
Alcohol	48.3	81.2	77.8
Cannabis	16.1	35.2	35.8

Los datos del proyecto europeo de encuestas escolares sobre el alcohol y otras drogas ESPAD (*European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*), recogidos en 2007 en más de 35 países, muestran una ligera disminución en la frecuencia de fumar desde 1995, en la mayor parte de los países participantes. Igualmente, las series de encuestas ESTUDES muestran una clara disminución del consumo de tabaco en los adolescentes españoles desde el 2004 al 2006, produciéndose una estabilización de dicho consumo en 2008 (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2009). Por su parte, con respecto al alcohol, en general se considera que en España, como en la mayoría del resto de países del sur de Europa, se ha estabilizado el consumo de alcohol entre los adolescentes en los últimos diez años (Simons-Morton, Farhat, ter Bogt, Hublet, Kuntsche, et al., 2009). Y en cuanto al cannabis, durante la década de los 90, se incrementó significativamente el consumo adolescente. Sin

embargo, actualmente este consumo está empezando a estabilizarse e incluso a decrecer en algunos países (Hibell, Guttormsson, Ahlström, Balakireva, Bjarnason, et al., 2009; Observatorio Europeo de Drogas y Toxicomanías, 2008). Las disminuciones de las tasas de prevalencia pueden observarse sobre todo entre los grupos de edad más jóvenes. Así, los datos del estudio internacional *Health Behavior in School-aged Children: HBSC*, (investigación que se realiza en más de 40 países de Europa y América del Norte con el objetivo de conocer los estilos de vida y salud de los jóvenes escolarizados), para el período comprendido entre 2002 y 2006 arrojan una tendencia estable o a la baja en el consumo de drogas entre los escolares de 15 años en la mayoría de los países (Kuntsche, Simons-Morton, Fotiou, ter Bogt y Kokkevi, 2009).

A pesar de estos resultados relativamente optimistas con respecto a la estabilización de los consumos de estas drogas por parte de los adolescentes, no se debe olvidar que tanto el consumo de alcohol como de cannabis tienen un gran potencial desestabilizante en la vida de los jóvenes (Ramos y Moreno, 2010) y, concretamente, el consumo de tabaco es la principal causa de muerte evitable en el mundo (World Health Organization, 2007), por lo que el objetivo en la población juvenil debe ir más allá de la estabilización en los consumos. Las medidas preventivas deben, por tanto, dirigirse a aquellos factores específicos del inicio al consumo de estas drogas y comenzar en etapas previas a estos inicios, más específicamente la última etapa de primaria (10-12 años) y primero de secundaria.

### **7.1.1. CONSUMO DE DROGAS SEGÚN SEXO**

Desde la perspectiva del género, en este trabajo se observa que las mujeres adolescentes presentan más porcentaje de consumo de las tres drogas estudiadas que los varones, siendo las diferencias estadísticamente significativas (véase apartado

6.2.1. Tabla 39). Precisamente, estas diferencias son también señaladas en los estudios epidemiológicos de nuestro entorno, referidos a población estudiantil (Agencia Antidroga, 2010).

Que el perfil de consumidor de drogas, especialmente las sociales (tabaco y alcohol), sea mayoritariamente femenino es un fenómeno reciente que se viene observando en los últimos años en distintos lugares (Navarro, 2000; Rohrbach y Milam, 2003; Sánchez Pardo, 2009). Este fenómeno es importante ya que la mayoría de programas de prevención escolar sobre drogas no están diseñados con enfoque de género y se basan en perfiles de consumidores de épocas donde el consumo estaba masculinizado (Martínez Higuera, 2007).

Respecto al tabaco, muchos autores han relacionado estas diferencias de sexo con varios factores psicosociales clave, como la mayor influencia de la conducta de fumar de padres, madres, iguales u otros adultos significativos en las chicas; la asociación del tabaquismo con el estereotipo de poder e independencia relacionado con la masculinidad y el deseo por parte de las chicas de conseguir dicho estatus, la apertura de las estrategias de marketing de las empresas tabaqueras para incluir a las chicas; o la creencia relacionada con el uso del tabaco como un método eficaz para reducir peso (Grunberg, Winders y Wewers, 1991; Mendoza, Batista y Rubio, 2005; Schiaffino, Fernández, Borrell, Salto, García et al., 2003).

Por su parte, las diferencias de sexo relativas al consumo juvenil de alcohol parecen haber variado en los últimos años. Así, tal y como explica el estudio europeo ESPAD (*European School Survey Project on Alcohol and other Drugs*), cuando se considera la frecuencia de consumo, los datos internacionales globales muestran mayor frecuencia de consumo en los chicos. Sin embargo, en los países con niveles relativamente altos de consumo de alcohol en el último día, las chicas tienden a beber con la misma frecuencia que los chicos (Hibell et al., 2009). Igualmente, los datos

internacionales aportados por Simons-Morton et al. (2009) muestran globalmente un declive en el consumo de alcohol juvenil desde 1998; sin embargo, dicho declive es mayor entre los chicos, en comparación con las chicas. De hecho, en aquellos países donde se ha incrementado el consumo de alcohol y los episodios de embriaguez, se registra un mayor incremento en las chicas. En España, además de los datos de la encuesta ESTUDES 2008, el estudio auspiciado por la OMS *Health Behaviour in School-aged Children* (HBSC) (Moreno, Muñoz-Tinoco, Pérez, Sánchez-Queija, Granado et al., 2008) muestra una frecuencia parecida entre chicos y chicas en consumo de alcohol. Estos datos se muestran acordes con los resultados de otros estudios que encuentran una progresiva desaparición de los factores sociales y culturales que tradicionalmente mantenían las diferencias de género en la frecuencia de este consumo. Ahora bien, el estudio HBSC detecta mayor probabilidad de episodios de embriaguez en los adolescentes varones mayores, entre los 15 y 18 años; es decir, a partir de la edad en que realmente existe prevalencia significativa de este fenómeno (Moreno et al., 2008). Por lo tanto, estos datos parecen indicar que la diferenciación de sexo en el consumo de alcohol se sigue registrando en el patrón de consumo excesivo, es decir, el que provoca el estado de embriaguez y mayor riesgo de dependencia. Así, tal y como explican Wilsnack, Vogeltanz, Wilsnack, Harris, Ahlström et al. (2000), los hombres consumen alcohol en grandes cantidades con más frecuencia que las mujeres, ya que esto les ayuda a ejercer su masculinidad a través de la demostración de resistencia, inconformidad y asunción de riesgos. Sin embargo, los episodios de embriaguez en las mujeres aún parecen estar asociados a la estigmatización y la desaprobación social (Kloos, Weller, Chan y Weller, 2009). Esto podría ser explicado por el diferente patrón de socialización entre hombres y mujeres. Así, mientras que para los hombres beber está habitualmente asociado con un propósito social, es decir, se utiliza para conseguir amistad y crear cercanía entre los individuos; las relaciones sociales de las mujeres se caracterizan por un mayor grado de intimidad, sin que el alcohol tenga un papel tan

relevante (Capone, Wood, Borsari y Laird, 2007). De hecho, el consumo excesivo de sustancias en las chicas está más asociado que en los chicos a factores ambientales de riesgo, como problemas en la relación con padres y madres o pertenencia a familias desestructuradas (Amaro, Blake, Schwartz y Flinchbaugh, 2001; Dakof, 2000). Esto explica que la contribución ambiental en la dependencia de alcohol sea mayor en mujeres que en hombres, mientras que la contribución de los factores hereditarios es igual en ambos sexos (Hicks, Blonigen, Kramer, Krueger, Patrick et al., 2007).

Cabe destacar en nuestros resultados que el consumo del cannabis también es mayoritario entre las chicas, lo que no ocurre así en los datos nacionales y regionales, así como en los estudios de comparación de resultados de prevalencias (Agencia Antidroga, 2010; Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2009; Ramos y Moreno, 2010). La población de nuestro estudio pertenece a un entorno socio-económico de la Comunidad de Madrid que podría estar condicionando este hecho (por ejemplo, mayor accesibilidad a la sustancia); si bien, también podría señalar que la prevención afecta en menor medida a las mujeres adolescentes.

Tabla 74

*Consumo de drogas “alguna vez en la vida” según sexo en la investigación y en la encuesta nacional ESTUDES: porcentaje de consumidores y diferencias mujer-hombre*

CONSUMO ALGUNA VEZ DE:	ALUMNOS EN EL ESTUDIO			ESTUDES 2008		
	MUJERES	HOMBRES	DIF.	MUJERES	HOMBRES	DIF.
Tabaco	43.2	30.0	+13.2	46.9	41.2	+5.7
Alcohol	52.9	43.5	+ 9.4	78.4	77.2	+1.2
Cannabis	18.1	14.0	+ 4.1	33.7	37.9	-4.2

El municipio donde se ha realizado este estudio ha sido seleccionado por indicación de la Administración regional competente en tema de drogas, como el que más prevención lleva realizando en los últimos años, de todos los municipios de la

Comunidad de Madrid. Si bien, el objetivo del trabajo no ha sido comprobar con datos epidemiológicos la situación del consumo adolescente de drogas de este municipio, llama la atención que los porcentajes de consumo de estas 3 sustancias sean bastante inferiores a los datos epidemiológicos nacionales y regionales, hasta en la mitad en el caso del cannabis. Realmente, son las series de estudios epidemiológicos los que proporcionan indicios de los cambios a gran escala de los consumos de drogas de la población, si bien éstas no dan pistas sobre las razones de estos cambios. En este trabajo podemos apuntar que un municipio identificado “oficialmente” como el que viene desarrollando más “cantidad” de prevención en los últimos años, parece tener menos impacto de consumo de drogas en los alumnos de los centros elegidos, que en la población global de referencia. Si este hecho es consecuencia de la prevención realizada a lo largo de los años no lo puede responder completamente esta investigación, pero es un dato que queremos señalar.

**Los resultados obtenidos nos permiten confirmar la hipótesis 1 de esta tesis respecto al sexo, que plantea que el consumo de tabaco, alcohol y cannabis es mayor en las mujeres adolescentes.** Este hecho es de gran relevancia a nuestro entender, pues nos obliga a ver los programas de prevención como herramientas técnicas que deben adaptarse a las necesidades de sus destinatarios y estos son tanto hombres como mujeres con situaciones distintas respecto al consumo de drogas y, consecuentemente, factores específicos de vulnerabilidad.

### **7.1.2. CONSUMO DE DROGAS SEGÚN EDAD**

El estudio de comparación entre consumo de tabaco, alcohol y cannabis según el ciclo educativo en el que se encuentra el alumno, nos sirve para tener estimaciones sobre el papel de la edad en estos consumos. La edad, en este caso, se considera de forma dicotomizada en dos grupos: los más jóvenes, que están en el primer ciclo de

secundaria, cuya media de edad es 12.95 (DT 1.02) y los alumnos mayores, que están en el segundo ciclo, con media de edad 14.87 (DT 0.97). Ambos grupos muestra diferencias significativas en sus medias de edad (véase apartado 5.3.5).

Los resultados obtenidos indican que los adolescentes jóvenes presentan menos consumo que los adolescentes mayores, siendo las diferencias estadísticamente significativas (véase apartado 6.2.1, tabla 40).

La encuesta nacional ESTUDES correspondiente al periodo 2007/2008 (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2008) señala la edad como la variable que más influye en la extensión del consumo de drogas de los estudiantes. La proporción de consumidores aumenta progresivamente con la edad, de forma que el consumo alcanza su máximo entre los 17 y 19 años. Los mayores incrementos en la extensión del consumo de alcohol, tabaco y cannabis se producen entre los 14 y los 15 años, mientras que para las drogas ilegales los incrementos se producen más tarde, entre los 17 y 18 años.

Berkowitz y Begun (2003) señalan que los adolescentes más jóvenes (12-14 años) presentan unas características evolutivas distintas a los adolescentes de más edad (15-18 años). La primera etapa de la adolescencia cursa con el desarrollo de la pubertad, la cual supone un conjunto de importantes cambios fisiológicos que coinciden, además, con nuevas expectativas y demandas sociales por parte de los adultos relevantes para el adolescente (padres y educadores), juntos con cambios en su funcionamiento cognitivo y psicológico. Estos procesos son paulatinos, siendo a partir de los 15-16 años cuando los adolescentes exhiben su máxima expresión, en especial respecto a los factores relacionados con la progresiva independencia e influencia de los iguales, que adquieren una gran relevancia en el proceso de socialización y madurez para la etapa adulta. La forma en que el adolescente aborde

estos procesos de tránsito supondrá mayor o menor riesgo para el consumo de ciertas drogas.

Nosotros constatamos, como en los estudios epidemiológicos, que los adolescentes mayores muestran más prevalencia de consumo de las drogas que estamos estudiando. Sin embargo, si bien la edad parece un factor de riesgo para el consumo de tabaco, alcohol y cannabis, este riesgo no es continuo. Cuando los jóvenes empiezan a incorporarse a la vida social y productiva (encuentran trabajo, formalizan relaciones de pareja, etc.), la proporción de consumidores tiende a disminuir (Ramos y Moreno, 2010).

**Los resultados obtenidos permiten confirmar la hipótesis 1 de esta tesis respecto a la edad, que plantea que el consumo de tabaco, alcohol y cannabis es mayor en los adolescentes de más edad.** Este hecho es más conocido por los profesionales y técnicos relacionados con la intervención sobre drogas en adolescentes, que las diferencias de género. Es por ello que la práctica habitual y los consensos técnicos alcanzados (Moncada, 1997; Salvador y Martínez, 2002) señalan que es necesario comenzar la prevención del consumo de drogas en épocas tempranas antes de que los adolescentes se puedan ver implicados de forma activa en estas conductas.

## **7.2. CONSUMO DE DROGAS Y EXPOSICIÓN A LA PREVENCIÓN**

Los resultados encontrados en los análisis de asociación entre el consumo de alcohol, tabaco y cannabis de los adolescentes y su nivel de *exposición* a la prevención ponen en evidencia que sólo existe relación para el caso del cannabis (véase apartado 6.2.2, tabla 42). Como hemos visto antes, el cannabis es la sustancia que presenta menor porcentaje de consumo en los datos epidemiológicos de referencia.

De forma general, en nuestra investigación, los alumnos que están en centros con *alta exposición* a la prevención tienen un mayor porcentaje de no consumo de cannabis que los que están en centros de *baja exposición* (Tabla 75).

De este resultado puede derivarse lo que diversos autores (Espada et al., 2002; Gázquez et al., 2009; Tobler y Stratton, 1997) han manifestado en los últimos años: los programas de prevención escolar sobre drogas pueden afectar de forma diferente a las distintas sustancias. Según Tobler y Stratton (1997) los programas centrados en el tabaco son tres veces más efectivos que los programas centrados en múltiples sustancias; por su parte, Sussman, Dent, Severson, Burton y Fley (1998) indicaron que es posible reducir el consumo semanal del tabaco de los fumadores jóvenes en unos cinco puntos porcentuales con los programas que se diseñan específicamente para prevenir el consumo de tabaco. Los programas centrados en el consumo del alcohol aunque no tan “exitosos” como los de tabaco, también parecen más eficaces que los dirigidos a drogas en general (Gázquez et al., 2009; Tobler, 1992b).

Respecto al cannabis, no hemos encontrado evidencias tan claras. En la Comunidad de Madrid se dispone de un programa de prevención escolar dirigido al cannabis. Se conoce con el nombre *Déjame que te cuente algo sobre los porros* y, si bien cuenta con una evaluación de resultados mediante diseño cuasi-experimental, no se indica nada respecto a si su impacto en el consumo es mejor frente a programas más generales sobre drogas, dado que los objetivos de la evaluación fueron comprobar los cambios actitudinales y de creencias respecto a esta sustancia, tras la aplicación del programa (Jiménez y Arbex, 2006).

El cannabis es, de las sustancias psicoactivas que más frecuentemente pueden utilizar los jóvenes estudiantes, la que más próxima está del consumo problemático de drogas ya que es considerada la “puerta de entrada” a otras drogas de carácter ilegal, según el modelo evolutivo de Kandel (1975). Tener indicios de que los programas de

prevención escolar aplicados en la Comunidad de Madrid pueden influir fundamentalmente en esta droga, el cannabis, es un hecho relevante por la importancia que tiene esta sustancia para el acceso al consumo de otras drogas, además de sus efectos específicos en población estudiantil. En definitiva, la prevención es una actuación que requiere de la evaluación constante para monitorizar sus efectos y guiar los pasos siguientes.

Los resultados también nos indican, al analizarlos según sexo, que son las mujeres adolescentes estudiadas las que presentan esta ventajosa relación entre *exposición* a la prevención y no consumo de cannabis (Tabla 75).

La mayoría de programas de prevención están diseñados según modelos teóricos que no tienen en cuenta las diferencias de género a la hora de enfrentarse al consumo de drogas y a su progresión en el mismo (Amaro et al., 2001; Delgado, Bautista, Inglés, Espada y Torregrosa, 2005; Martínez Higuera, 2007). Dadas las evidencias epidemiológicas de la distribución del consumo según sexo, es conveniente determinar cuál es el impacto diferencial de los distintos programas de prevención en ambos sexos.

Cabría esperar que, como los programas de prevención analizados en este estudio no son específicos de género, deberían ser más sensibles al perfil de riesgo de los varones, dado que es este perfil el que inspira al diseño de programas de prevención (Martínez Higuera, 2007). Por lo tanto, en este trabajo, que las mujeres sean las que reciben el impacto de la prevención es algo llamativo, cuando en la determinación de los niveles de consumo hemos encontrado, además, que son las que más consumen todas las sustancias incluido el cannabis.

Los resultados indican que el consumo de cannabis en mujeres que están en centros de *baja exposición* a la prevención alcanza el 21% frente al 15% de las que están en centros de *alta exposición*, mientras que los alumnos varones del estudio sólo

se diferencian en 2 puntos (15% baja exposición frente a 13% alta exposición) (véase apartado 6.2.2, tabla 43). Los centros educativos que realizan más intensamente prevención escolar sobre drogas consiguen amortiguar la incidencia de consumo de cannabis en sus alumnas. La razón de por qué esto ocurre así en las mujeres adolescentes y no en los hombres habría que investigarla monográficamente.

Parece existir una asociación entre intensidad de la prevención y el consumo de cannabis y ésta es mayor en las mujeres. Es necesario seguir avanzando en este conocimiento diferencial en cuanto a los efectos de la prevención respecto a género y tipo de sustancia, ya que ello puede orientar la toma de decisiones de los técnicos y administradores de la prevención local sobre drogas.

Por otro lado, cabe señalar el resultado inesperado que observamos en el análisis de la asociación entre *exposición* a la prevención y ciclo educativo de secundaria que, como hemos señalado en otro momento, lleva implícito diferencias de edad. Nuestros análisis apuntan a que los alumnos de ambos ciclos presentan mayor consumo de alguna de las sustancias cuando se encuentran en centros de *alta exposición* a la prevención (véase apartado 6.2.2., tabla 44) y, consecuentemente, hay un mayor porcentaje de no consumo entre los que están en centros de *baja exposición* a la prevención. Este resultado podría tener una explicación si observamos en qué sustancias se está dando esta relación no esperada. Lo analizamos en los siguientes párrafos.

Con respecto al tabaco vemos que este fenómeno de menor consumo en centros en los que se desarrolla menos prevención se da en ambos ciclos educativos. (Tabla 75). El tabaco es la droga que los adolescentes contactan por primera vez por estar presente en muchos de los contextos de relación en los que se mueven: los adultos de la familia, los profesores o maestros, sus iguales, y personas de los medios de comunicación, especialmente (Becoña, 2003; Espada, Méndez, Griffin y Botvin,

2003). Como se ha visto en un capítulo anterior, es la droga cuyo inicio se realiza alrededor de los 12 años. Los estudiantes a esta edad tienen una importante presión para experimentar con ella. Si bien a nivel global la mayoría de estudiantes, como hemos visto, no son consumidores de tabaco parece que, de todas formas, los programas escolares de prevención aplicados en este escenario no están influyendo en el consumo de esta sustancia. Podríamos decir, en aras a estos resultados, que los fenómenos que promueven el inicio en el consumo adolescente de tabaco, en la edad de 12 años, son más potentes que las intervenciones preventivas que actualmente están en marcha. Siguiendo el enfoque de Flay y Petraitis (2003) en su teoría de la influencia triádica, existen factores “*inmediatos*” para promover la experimentación con drogas, tales como al auto-eficacia, las creencias y la intención de consumo (véase apartado 1.3), que algunos programas de prevención, dependiendo del modelo en que se sustenten, sencillamente no contemplan. Estos resultados podrían indicar que las intervenciones preventivas analizadas no tienen la “fuerza” suficiente como para mitigar el impacto sobre el consumo de tabaco de algunos factores de riesgo más “*próximos*”, tales como la percepción de riesgo de la sustancia concreta o la intención de consumo de la misma.

Podría ser también que estos resultados tengan que ver con que los objetivos de estos programas desarrollados en la Comunidad de Madrid son demasiado globales o inespecíficos. Como hemos visto antes, los programas específicamente desarrollados para el tabaco y el alcohol consiguen mejores resultados que los que se dirigen a drogas en general. La mayoría de programas que se han aplicado en los centros participantes en el estudio son generales, sin estar dirigidos a una droga específica y sin valoración de las necesidades específicas de los estudiantes (véase apartado 6.2.3.1). Los estudios epidemiológicos recientes en población escolar (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2009) encuentran que el consumo de las

distintas drogas por parte de los adolescentes tiene sus peculiaridades: además de específicos efectos fisiológicos y potencial de adicción, también distinto nivel de percepción y presión social, distinto nivel de riesgo percibido, y distinta facilidad o accesibilidad para el consumo adolescente, entre otros. Por lo cual, es razonable constatar que el efecto de los programas no sea igual para todas las drogas.

En relación con el alcohol, observamos que la *exposición* a la prevención no causa el efecto deseado, en este caso, en los alumnos mayores de segundo ciclo de secundaria (Tabla 75). Nuevamente, estos resultados apuntan a la “falta de fuerza” de los programas escolares de prevención ante el contexto social en el que se mueve la oferta de alcohol para los jóvenes y su consideración como sustancia de “rito de paso” de la adolescencia a la juventud (Alonso y Del Barrio, 1998; Becoña, 2003; Hawkins et al., 1992; Iglesias, Cavada, Silva y Cáceres, 2007; Muñoz Rivas et al., 2000). No olvidemos que la experimentación con el alcohol es, de entre las drogas estudiadas, la que más realizan los adolescentes en la etapa de secundaria: casi el 50% realizan cualquier tipo de consumo (experimentación, consumo esporádico, habitual o pasado). Posiblemente sean necesarios programas de prevención más específicos de los factores antecedentes o de riesgo para el alcohol, que influyan en los peculiares factores relacionados con el inicio al consumo de esta sustancia en nuestro contexto cultural.

Por su parte, en los adolescentes jóvenes de primer ciclo de educación secundaria, los resultados nos indican la falta de relación entre estar en centros con *alta exposición* a la prevención y el menor consumo de cannabis (Tabla 75). El porcentaje de alumnos de 1º y 2º ESO (primer ciclo) que consumen cannabis y están en centros donde se ha realizado prevención escolar sobre drogas de forma intensa es más de 3 puntos superior (7.9% vs 4.3%) a los que se encuentran en centros con menor intensidad de prevención, mientras que en los alumnos mayores de segundo

ciclo estas diferencias son inferiores a 1 punto (20.1% vs 19.7%) (véase apartado 6.2.2, tabla 44).

El consumo de cannabis, como hemos visto anteriormente, presenta la edad de inicio más tardía de las tres sustancias que estamos estudiando: 14-15 años. De acuerdo con estos datos, parece que es a final del primer ciclo de educación secundaria o a principios del segundo cuando los adolescentes pueden entrar en contacto con esta sustancia y tomar la decisión de consumirla o mantenerse abstinentes. Es posible que estos resultados estén apuntando a que hay factores de riesgo específicos para estos adolescentes jóvenes que experimentan con cannabis y que los programas de prevención que se vienen realizando en sus centros educativos, que reciben la oferta preventiva de la Comunidad de Madrid en los últimos años, no abordan específicamente o lo hacen de forma inadecuada.

Tabla 75

*Resumen de resultados de los análisis de la relación entre consumo de tabaco, alcohol y cannabis y exposición a la prevención (alta vs baja)*

		TABACO	ALCOHOL	CANNABIS
TOTAL	Participantes	Ns	Ns	↑NC_AE*
	N	2.028	2.046	2.058
SEXO	Hombres	Ns	Ns	ns
	N	982	988	991
	Mujeres	Ns	Ns	↑NC_AE*
	N	1.042	1.054	1.064
EDAD/CICLO EDUCACIÓN SECUNDARIA	Primer ciclo	↓NC_AE**	Ns	↓NC_AE*
	N	875	881	887
	Segundo ciclo	↓NC_AE**	↓NC_AE*	ns
	N	1022	1028	1034

*Nota.* ns: no significativo; \* significativo al nivel  $p \leq .05$ ; \*\* significativo al nivel  $p \leq .01$ ; ↑ = porcentaje alto; ↓ = porcentaje bajo; NC = No consume.; AE = Alta exposición.

**Los resultados obtenidos nos permiten confirmar parcialmente la hipótesis 2 de esta tesis respecto a la exposición a la prevención,** que plantea que el consumo de tabaco, alcohol y cannabis es menor en los centros con mayor exposición a la prevención. Como hemos visto, la exposición sólo se asocia al no consumo de cannabis.

### **7.3. CONSUMO DE DROGAS Y CALIDAD DE LA PREVENCIÓN**

El estudio de la calidad de la prevención es un ámbito reciente en la investigación de la prevención escolar sobre drogas. En los últimos años se han desarrollado importantes procedimientos para evaluar y monitorizar la calidad de las intervenciones preventivas no solamente sobre drogas, sino también sobre otros ámbitos de la promoción de la salud (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, 2010; Molleman et al., 2003). Sin embargo, a pesar del reciente interés de algunos equipos de investigación en este área, no existen datos sobre el impacto de la calidad de la prevención en los consumos de drogas de los adolescentes, fundamentalmente por falta de instrumentos de medida específicos.

En esta tesis hemos trabajado con un protocolo de valoración de la calidad de los programas escolares de prevención, que habíamos elaborado previamente (Martínez Higuera, 2008), denominado Preval\_Q. Con esta herramienta hemos analizado la relación entre consumo de tabaco, alcohol y cannabis de los alumnos y calidad de la prevención sobre drogas realizada en sus centros escolares. Preval\_Q incorpora indicadores de calidad para los programas de prevención. Estos indicadores proceden de la investigación sobre eficacia de la prevención y conforman los criterios del enfoque *evidence-based practice* presentado en el apartado 3.1.

Para entender los resultados es importante señalar que el marco de la investigación, como se ha dicho, se ha centrado en el municipio de Fuenlabrada (Comunidad de Madrid) y, por tanto, bajo las pautas y seguimiento de un único equipo técnico.

La organización sobre drogas en los centros escolares en la Comunidad de Madrid, especialmente los de adscripción pública, está en manos de los equipos de prevención municipales que, a su vez, se coordinan con la AGAD. Estos equipos dan apoyo a los centros escolares bajo la forma de formación específica, resolución de dudas y oferta de material preventivo.

Al desarrollar nuestro trabajo en una única localidad, con un único equipo técnico de referencia, la variabilidad observada en cuanto a las puntuaciones en calidad ha sido muy reducida (véase apartado 6.2.3.1, tabla 52), lo cual es importante tener en cuenta a la hora de interpretar los resultados.

En la Tabla 76, más adelante, se presenta un resumen de los hallazgos en la asociación entre nivel de calidad de los programas de prevención desarrollados en los centros educativos participantes y el consumo de los estudiantes de las 3 drogas analizadas: tabaco, alcohol y cannabis. Como vemos en la tabla, no se han encontrado diferencias significativas cuando se han estudiado los adolescentes de forma general, pero al estudiarlos según sexo encontramos algunas diferencias que deseamos comentar, si bien no alcanzan el nivel de significación definido en el apartado 5.3.5.

Los resultados indican que son los varones adolescentes que están en el centro educativo con mejor calidad de la prevención los que muestran un menor porcentaje de consumo tanto de tabaco como de alcohol. Hay casi 8 puntos de diferencia en los porcentajes de alumnos que consumen tabaco en los niveles de baja y alta calidad de la prevención (30.7% vs. 22.9%) y esta diferencia tiene una probabilidad del 10% de ser real. Lo mismo ocurre con el consumo de alcohol por parte de adolescentes varones.

En este caso hay 9 puntos de diferencia en los porcentajes entre los que consumen en los centros de baja y alta calidad (43.5% vs. 34.6%) (véase apartado 6.2.3.2, tabla 54).

Los resultados de la asociación entre calidad de la prevención y consumo de drogas cuando se estudia a los alumnos según la edad/ciclo educativo de secundaria presenta también datos interesantes. Los alumnos jóvenes de primer ciclo consumen menos alcohol en el centro educativo con mayor calidad de la prevención que los que están en el centro de baja calidad (23.4% vs. 31.8%) (véase apartado 6.2.3.2, tabla 55). Sin embargo, en la relación entre consumo de cannabis en adolescentes mayores de segundo ciclo de secundaria y el nivel de calidad de la prevención se observan efectos contrarios. Hay más porcentaje de alumnos que consumen cannabis en el centro de alta calidad que en el de baja calidad (24.2% vs. 13.3%) (véase apartado 6.2.3.2, tabla 55), lo que indica que debe haber factores de riesgo específicos en estos centros que no están siendo detectados, ni influidos por la calidad de la prevención realizada en los mismos. O, como se ha apuntado más arriba, la falta de variabilidad encontrada en los programas de alta y baja calidad produce este efecto: en los 6 centros en los que se evalúa la calidad, entre el de mayor y menor puntuación hay menos de 3 puntos de diferencia (rango 8.13 - 10.50 puntos) (véase apartado 6.2.3.1, tabla 52), cuando el rango de puntuación posible va de 6 a 18 puntos.

Tabla 76

*Resumen de resultados de los análisis de la relación entre consumo de drogas tabaco, alcohol y cannabis y Calidad de la prevención (alta vs baja)*

		TABACO	ALCOHOL	CANNABIS
TOTAL	Participantes	Ns	Ns	Ns
	N	690	702	706
SEXO	Hombres	↑NC_AC <sup>†</sup>	↑NC_AC <sup>†</sup>	Ns
	N	345	349	351
	Mujeres	ns	Ns	Ns
	N	337	353	355
EDAD/CICLO EDUCACIÓN SECUNDARIA	Primer ciclo	ns	↑NC_AC <sup>†</sup>	Ns
	N	350	355	358
	Segundo ciclo	ns	Ns	↓NC_AC <sup>**</sup>
	N	308	314	315

*Nota.* ns: no significativo; \*\* significación al nivel  $p \leq .01$ ; † =  $p \leq .10$ ; ↑ = porcentaje alto; ↓ = porcentaje bajo; NC = No consume; AC = Alta calidad.

**Los resultados obtenidos no permiten confirmar la hipótesis 3 de esta tesis respecto a la calidad de la prevención, que plantea que el consumo de tabaco, alcohol y cannabis es menor en los centros donde la calidad de la prevención es mayor.** Si bien, se aprecian algunas tendencias para el consumo de alcohol y el tabaco, si se estudian los efectos según sexo, y para el alcohol, si se estudian según el edad.

Diversos autores señalan la necesidad de disponer de criterios o normas de calidad para avanzar en el conocimiento científico de los programas de prevención (Becoña, 2003; Cuijpers, 2002; Gázquez et al., 2009; Molleman et al., 2006; Plan Nacional sobre Drogas, 2005; Speller et al., 2005). En un artículo de McCorry (2007) se señala incluso que los técnicos y profesionales de la prevención tienen que incorporar nuevos comportamientos a la hora de realizar prevención para, efectivamente, generar calidad en las prácticas preventivas.

Todavía la calidad en la prevención sobre drogas es un ámbito que se mueve más en la declaración de intenciones que en la propuesta de métodos y resultados.

Nosotros hemos elaborado un protocolo de valoración y lo hemos ensayado en un entorno de práctica real, lo que supone un hito para posibilitar la evaluación de la calidad de las intervenciones preventivas sobre drogas y un punto de partida para ir desarrollado este importante aspecto de la prevención escolar sobre drogas.

#### **7.4. FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN PARA EL CONSUMO DE DROGAS EN ADOLESCENTES**

Los factores de riesgo y protección estudiados, como se ha explicado, están relacionados con la oferta de programas de prevención que se vienen aplicando en el ámbito de la Comunidad de Madrid, en los últimos años (véase apartado 2.2). Se han seleccionado los factores tras un análisis de los programas de prevención escolar que promueve la AGAD. El procedimiento seguido pretendía abarcar todas las posibilidades de oferta preventiva existente en la zona; sin embargo, nos encontramos cuando se realizó el trabajo de campo, que algunos de las acciones preventivas realizadas en los centros escolares durante los 3 cursos académicos recogidos, no eran de la cartera de oferta preventiva “oficial” y, por lo tanto, no se pudieron tener en cuenta a priori en la fase de identificación de factores de riesgo/protección y de desarrollo de instrumentos.

De los 6 programas que se han aplicado a lo largo de los cursos previos a la recogida de datos para esta investigación, 3 procedían de la oferta preventiva de la AGAD y, por tanto, están incluidos en la batería de partida de la que se han extraído los factores de riesgo / protección del estudio. Sin embargo, los 3 programas restantes (*Adolescentes sin tabaco*, *Ciencia divertida: alcohol* y *Cócteles sin alcohol*) no forman parte de la oferta habitual de la AGAD. Salvo en el caso del programa *Adolescentes sin tabaco* que trabaja con componentes informativo, de actitudes y de habilidades sociales (Portal de Salud de la Comunidad de Madrid, [www.madrid.org](http://www.madrid.org)), y es

promovido desde el Plan Regional de Prevención y Control del Tabaquismo de la Comunidad de Madrid, los otros dos son actividades escolares puntuales de tipo lúdica y sin formato de programa escolar de prevención.

Si bien es cierto que varios de los factores de riesgo y protección seleccionados en nuestro estudio pueden estar influidos por la mayoría de programas de prevención escolar actuales, mediante contenidos relacionados con los conocimientos sobre los efectos de las drogas, contenidos de tipo afectivo (autoestima, actitudes), habilidades o estrategias que aumentan las competencias personales (Gázquez et al., 2009), pensamos que esta limitación que hemos experimentado constituye un elemento que puede afectar a los resultados. Es decir, que los factores de riesgo seleccionados no son todos los que pueden verse influidos por los programas o actividades de prevención realizados durante el periodo de análisis.

El perfil de riesgo/protección que se ha analizado está constituido por 13 factores que son objeto de modificación de los programas de prevención que ofrece la AGAD a los municipios de la región, para desarrollar actividades preventivas en el ámbito escolar. Estos factores son del tipo individual, como la *autoestima*, la *empatía*, el *sentirse bien en situaciones sociales que requieren una respuesta asertiva* y la *matutinidad*; de tipo cognitivo como son la *información* y *actitud desfavorable hacia las drogas*; de tipo competencias, como las *habilidades sociales agresivas, pasivas o asertivas*, y el *estilo de afrontamiento y solución de problemas*; finalmente, factores relativos a las relaciones del adolescente con su entorno inmediato como son la *comunicación con los padres*, *desarrollar actividades de ocio protectoras con la familia*, y el *ajuste escolar* (satisfacción, trato con los compañeros, y faltas a clase, entre otros).

A continuación vamos a comentar los resultados más relevantes encontrados en los análisis multivariados con las variables de este perfil de riesgo/protección con respecto al sexo, edad/ciclo educativo y consumo de drogas. Se verá también cómo

afecta la exposición a la prevención en las variables del perfil de riesgo/protección para el consumo de drogas. Con ello podremos responder a las hipótesis 4, 5 y 6 de esta tesis doctoral.

#### **7.4.1. FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN SEGÚN SEXO**

Aparecen diferencias según sexo en el perfil de riesgo/protección para el consumo de drogas (Tabla 77). Las chicas puntúan más elevado en un número menor de factores del perfil analizado, que los chicos (véase apartado 6.3.1). Los chicos puntúan más elevado que las chicas en 8 de las 13 variables; mientras que las chicas tan sólo puntúan más en 2 variables: *Empatía* y *Habilidades sociales de tipo asertivo*. El perfil está configurado de tal manera que a más puntuación en la mayoría de factores (salvo el relacionado con la agresividad y la pasividad) mayor protección para el consumo de drogas. Siendo así, podría decirse que los chicos están presentando un perfil más protector para el consumo que las chicas, si bien, ellos puntúan más también en aquellos factores que son de riesgo, como la agresividad.

**Los resultados obtenidos confirman la hipótesis 4 de esta tesis respecto del sexo, la cual plantea que las menores puntuaciones en los 13 factores de riesgo/protección están asociadas a las mujeres adolescentes, lo que podría indicar que están menos protegidas para el consumo de drogas.**

En el análisis anterior sobre consumo de drogas presentado más arriba, encontramos que las chicas son las que tienen un mayor porcentaje de consumo de todas las sustancias estudiadas, así que se observa la relación “más consumo, menos protección”.

Amaro et al. (2001) revisaron diversos modelos teóricos que permitían identificar factores de riesgo y protección en las mujeres, planteando que algunos

aspectos de la personalidad, las influencias sociales y los factores interpersonales predicen el abuso de sustancias y éstos presentan diferencias entre hombres y mujeres. Las mujeres se socializan de manera diferente a los hombres. Los dos factores que hemos encontrado en nuestro análisis en el que las mujeres puntúan más que los hombres son *Empatía* y *Estilo asertivo de comunicación*. Estas dos variables están relacionadas con la interacción social adecuada y parece un importante factor de protección (Brook, Brook, Richter y Whiteman, 2003; Hawkins et al., 1992) pero, al no encontrarse acompañada de otros determinantes más “próximos”, siguiendo el enfoque de la teoría de la influencia triádica (Flay y Petraitis, 2003; Petraitis et al., 1995), como por ejemplo la *Actitud de rechazo hacia las drogas*, creemos que no es suficiente protección ante la posibilidad del consumo de drogas.

Podría decirse de estos resultados que las mujeres adolescentes pueden ser más vulnerables para el consumo de drogas y que, por tanto, consumen más. Siguiendo a Becoña (2003) hay dos factores de riesgo biológicos para el consumo de drogas, uno de ellos es el sexo. Estos factores no se pueden modificar si no que requieren de intervenciones que sean sensibles a ellos y den respuestas a las necesidades específicas que plantean para disminuir los riesgos de consumo de drogas. Si bien, nosotros no diríamos que el sexo es un factor de riesgo para el consumo de drogas sino una condición diferencial en la que los distintos determinantes para el consumo tienen diferente poder predictivo (Rohrbach y Milam, 2003).

Tabla 77

*Resumen de los efectos del sexo en el perfil de riesgo/protección para el consumo de drogas*

	F	P	ETA <sup>2</sup>	V	M
Empatía	101.705 <sup>***</sup>	0.000	0.064	--	Mayor
Autoestima	44.263 <sup>***</sup>	0.000	0.029	Mayor	--
Sentirse bien en situaciones asertivas (Asertividad)	11.018 <sup>***</sup>	0.001	0.007	Mayor	--
Habilidades sociales asertivas	24.816 <sup>***</sup>	0.000	0.017	--	Mayor
Habilidades sociales agresivas	28.302 <sup>***</sup>	0.000	0.019	Mayor	--
Habilidades sociales pasivas	3.760 <sup>*</sup>	0.053	0.003	Mayor	--
Afrontamiento y solución de problemas	4.243 <sup>*</sup>	0.040	0.003	Mayor	--
Actitud desfavorable hacia las drogas	6.652 <sup>**</sup>	0.010	0.004	Mayor	--
Información sobre drogas	0.001	0.973	0.000	--	--
Ajuste escolar	0.942	0.332	0.001	--	--
Comunicación con los padres	4.445 <sup>*</sup>	0.035	0.003	Mayor	--
Actividades protectoras con la familia	1.135	0.287	0.001	--	--
Estilo matutino de actividad	14.127 <sup>***</sup>	0.000	0.009	Mayor	--

*Nota.* V: varón; M: mujer; \*\*\* =  $p \leq .001$ ; \*\* =  $p \leq .01$ ; \* =  $p \leq .05$

#### 7.4.2. FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN SEGÚN EDAD

En los análisis según el ciclo educativo, que como hemos comentado implica de forma indirecta la variable edad, **encontramos igualmente diferencias en el perfil de riesgo entre los alumnos de mayor y menor edad, lo que nos confirma la hipótesis 4 de esta tesis, referida a la edad.**

Según Becoña (2003), la edad es uno de los factores biológicos de riesgo, en el sentido de que la etapa adolescente tiene mayor probabilidad de consumir drogas que la etapa infantil u otras.

En nuestros resultados encontramos que los más jóvenes muestran puntuaciones elevadas en factores que están suponiendo una protección para el

consumo de drogas (Tabla 78), como son *Actitud de rechazo hacia las drogas*, *Ajuste escolar*, *Actividades protectoras con la familia* y *Matutinidad*. Si bien estos alumnos de primer ciclo también obtienen mayor puntuación en el factor de riesgo relacionado con tener un estilo agresivo de comunicación social; sin embargo, podría estar neutralizando su potencial de riesgo en algunos participantes, dado que los factores se modulan entre sí (Becoña, 2003; Brook et al., 2003). En su conjunto, los alumnos de menor edad muestran un perfil más protector dado que los factores que los protegen podrían ser de más “peso” en un escenario multi-factorial de influencias precursoras para el consumo de drogas.

Estos alumnos jóvenes de primer ciclo, precisamente consumen menos que los mayores (véase apartado 6.2.1, figura 10), los cuales muestran algunos factores de protección de más “madurez” para la relación social (empatía, sentirse bien en situaciones difíciles socialmente, habilidades asertivas y afrontamiento de problemas) y mayor información sobre drogas; sin embargo, no parecen ser suficientemente potentes para neutralizar el inicio de drogas promovido por el factor edad (Botvin y Griffin, 2003).

Si bien las puntuaciones obtenidas en el perfil de riesgo/protección de ambos grupos de edad no presentan una diferencia tan clara como en el estudio según sexo, entendemos que en el caso de la edad lo que determina el riesgo no es tanto el número de factores que presentan mayor o menor puntuación si no qué factores son esos, dado que, como hemos visto, hay determinantes más próximos que otros para el consumo. Los alumnos mayores obtienen menos puntuación en aquellos factores protectores de tipo psico-social (actitud desfavorable, ajuste escolar, comunicación con padres, actividades protectoras con ellos) que parecen estar fuertemente relacionados con el no consumo de drogas.

Tabla 78

*Resumen de los efectos de la edad/ciclo educativo en el perfil de riesgo/protección para el consumo de drogas*

	F	P	ETA <sup>2</sup>	Jóvenes 1 <sup>er</sup> Ci	Mayores 2 <sup>o</sup> Ci
Empatía	20.548***	0.000	0.015	--	Mayor
Autoestima	0.240	0.624	0.000	--	--
Sentirse bien en situaciones asertivas (Asertividad)	23.670***	0.000	0.017	--	Mayor
Habilidades sociales asertivas	2.684 <sup>†</sup>	0.102	0.002	--	--
Habilidades sociales agresivas	4.537*	0.033	0.003	Mayor	--
Habilidades sociales pasivas	1.732	0.188	0.001	--	--
Afrontamiento y solución de problemas	20.574***	0.000	0.015	--	Mayor
Actitud desfavorable hacia las drogas	31.714***	0.000	0.023	Mayor	--
Información sobre drogas	40.232***	0.000	0.028	--	Mayor
Ajuste escolar	10.274***	0.001	0.007	Mayor	--
Comunicación con los padres	1.215	0.271	0.001	--	--
Actividades protectoras con la familia	42.194***	0.000	0.030	Mayor	--
Estilo matutino de actividad	10.209***	0.001	0.007	Mayor	--

*Nota.* 1<sup>er</sup> Ci: primer ciclo de educación secundaria (1<sup>o</sup> y 2<sup>o</sup> ESO); 2<sup>o</sup> Ci: segundo ciclo de educación secundaria (3<sup>o</sup> y 4<sup>o</sup> ESO); \*\*\* =  $p \leq .001$ ; \* =  $p \leq .05$ ; <sup>†</sup> =  $p \leq .10$

Los resultados que hemos obtenido con las variables sexo y edad/ciclo educativo, apuntan en la línea de los estudios que identifican el género y las etapas de desarrollo como circunstancias diferenciadoras para la vulnerabilidad ante el consumo de drogas (Berkowitz y Begun, 2003; Rohrbach y Milam, 2003), al verse asociados a diferencias en el consumo de las distintas drogas y a otros importantes factores de riesgo individual para el consumo de estas sustancias. La necesidad de prestar atención a estos dos factores a la hora de realizar programas de prevención que respondan a sus necesidades específicas es clara, tal cual indican otros autores (Amaro et al., 2001; Rohrbach y Milam, 2003).

### 7.4.3. FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN Y CONSUMO DE TABACO, ALCOHOL Y CANNABIS

En esta investigación los 13 factores de riesgo y protección analizados configuran lo que denominamos un perfil de riesgo/protección. Casi todos los factores se interpretan como de protección a mayor puntuación, salvo los relacionados con las *Habilidades sociales de tipo agresiva y pasiva*.

Los resultados sobre las relaciones entre el consumo de las tres sustancias que se han analizado y el perfil de riesgo/protección para el consumo de drogas de los estudiantes muestran un hecho importante: la ausencia de consumo de cualquiera de las drogas estudiadas configura un perfil protector, con mayor puntuación en factores de diverso índole (individuales, de relación y del entorno); mientras que los alumnos que realizan consumo de cualquiera de las sustancias presentan un perfil que podríamos denominar no protector, definido por estilo agresivo de comunicación y por mayor información sobre drogas. En los análisis del consumo de tabaco y alcohol también aparecen diferencias en la variable *Sentirse bien en situaciones que requieren una respuesta asertiva* (Asertividad). Es como si los alumnos que consumen estas sustancias tuvieran más confianza y certeza en las situaciones sociales, que los que no consumen. Sin embargo, los tamaños de efecto son muy pequeños en los análisis realizados, siendo el mayor del 4% para la asociación entre consumo de cannabis y la variable *Habilidades sociales de tipo agresivo* (Tablas 79 a 81).

Según Frías, Pascual y García (2000), el tamaño del efecto debemos interpretarlo en el contexto del estudio y del área de investigación de que se trate. Es por ello que pensamos que estos resultados deben estar apuntando a una asociación real entre consumo de drogas (concretamente tabaco, alcohol y cannabis) y el factor relacionado con la agresividad, a pesar del tamaño del efecto, ya que en la literatura

encontramos diferentes referencias a la relación de la agresividad con el consumo de drogas (Becoña, 2003; Lochman, 2003; Muñoz-Rivas, Gámez-Guadix, Graña y Fernández, 2010).

Existen diversos estudios que identifican la conducta agresiva como factor de riesgo para el consumo de drogas (Brook, Whiteman, Finch y Cohen, 1996; Hawkins et al., 1992; Lochman, 1992). Por su parte, Cloninger, Sigvardsson y Bohman (1988) encuentran relación entre un mayor nivel de conducta impulsiva agresiva, un comienzo temprano del consumo de alcohol, y problemas con el alcohol en la adolescencia. El estudio de Brook et al. (1996), de 20 años de seguimiento, encuentra que la agresividad en la infancia está relacionada con el consumo de drogas en la adolescencia, así como con la delincuencia.

Las otras dos variables que hemos encontrado con resultados estadísticamente significativos en su relación con el consumo (*Información sobre drogas y Sentirse bien en situaciones que requieren respuesta asertiva*) han presentado un menor tamaño del efecto, que el factor relacionado con la agresividad, y además encontramos menos apoyo en la investigación.

La *información sobre drogas* está asociada con el consumo de drogas (tabaco, alcohol y cannabis). Podríamos decir que: “como consumen, conocen sobre las sustancias”. A nuestro entender esto viene a apoyar lo inadecuado del enfoque que promueve facilitar información como estrategia para prevenir el consumo de drogas, que ha sido rechazada ya hace tiempo (Botvin y Griffin, 2003; Palmerín García, 2003). Tener información sobre drogas no previene su consumo. Nuestros resultados precisamente señalan eso: los que no consumen tienen menos información que los que consumen.

Hoy en día se asume que únicamente la información puede tener un carácter preventivo si forma parte de un modelo multicomponente de prevención (Becoña, 2003) y si es presentada de acuerdo a las necesidades de los adolescentes destinatarios de la intervención (Palmerín García, 2003). Sabemos que no ha existido una evaluación previa que permitiera conocer la situación de los alumnos respecto a los factores de riesgo/protección (véase apartado 6.2.3.1); por lo tanto, en este caso el factor *Información sobre drogas* no funciona como preventivo.

Tabla 79

*Resumen de los efectos del consumo de TABACO en el perfil de riesgo/protección para el consumo de drogas*

	F	P	ETA <sup>2</sup>	NC	SC
Empatía	0,011	0,916	0,000	--	--
Autoestima	28,720 <sup>***</sup>	0,000	0,020	Mayor	--
Sentirse bien en situaciones asertivas (Asertividad)	2,876 <sup>†</sup>	0,090	0,002	--	Mayor
Habilidades sociales asertivas	11,059 <sup>***</sup>	0,001	0,008	Mayor	--
Habilidades sociales agresivas	48,243 <sup>***</sup>	0,000	0,032	--	Mayor
Habilidades sociales pasivas	0,571	0,450	0,000	--	--
Afrontamiento y solución de problemas	14,058 <sup>***</sup>	0,000	0,010	Mayor	--
Actitud desfavorable hacia las drogas	660,523 <sup>***</sup>	0,000	0,314	Mayor	--
Información sobre drogas	20,324 <sup>***</sup>	0,000	0,014	--	Mayor
Ajuste escolar	256,857 <sup>***</sup>	0,000	0,151	Mayor	--
Comunicación con los padres	30,406 <sup>***</sup>	0,000	0,021	Mayor	--
Actividades protectoras con la familia	31,506 <sup>***</sup>	0,000	0,021	Mayor	--
Estilo matutino de actividad	90,780 <sup>***</sup>	0,000	0,059	Mayor	--

*Nota.* NC: no consumo; SC: consumo (experimentación, consumo esporádico, habitual o pasado); \*\*\* =  $p \leq .001$ ; † =  $p \leq .10$

Tabla 80

*Resumen de los efectos del consumo del ALCOHOL en el perfil de riesgo/protección para el consumo de drogas*

	F	P	ETA <sup>2</sup>	NC	SC
Empatía	0.003	0.954	0.000	--	--
Autoestima	6.579**	0.010	0.004	Mayor	--
Sentirse bien en situaciones asertivas (Asertividad)	14.818***	0.000	0.010	--	Mayor
Habilidades sociales asertivas	4.420*	0.036	0.003	Mayor	--
Habilidades sociales agresivas	22.986***	0.000	0.016	--	Mayor
Habilidades sociales pasivas	0.025	0.875	0.000	--	--
Afrontamiento y solución de problemas	1.647	0.200	0.001	--	--
Actitud desfavorable hacia las drogas	413.441***	0.000	0.221	Mayor	--
Información sobre drogas	25.554***	0.000	0.017	--	Mayor
Ajuste escolar	153.201***	0.000	0.095	Mayor	--
Comunicación con los padres	13.389***	0.000	0.009	Mayor	--
Actividades protectoras con la familia	43.412***	0.000	0.029	Mayor	--
Estilo matutino de actividad	59.064***	0.000	0.039	Mayor	--

*Nota.* NC: no consumo; SC: consumo (experimentación, consumo esporádico, habitual o pasado); \*\*\* =  $p \leq .001$ ; \*\* =  $p \leq .01$ ; \* =  $p \leq .05$

Tabla 81

*Resumen de los efectos del consumo del CANNABIS en el perfil de riesgo/protección para el consumo de drogas*

	F	P	ETA <sup>2</sup>	NC	SC
Empatía	1.689	0.194	0.001	--	--
Autoestima	10.159***	0.001	0.007	Mayor	--
Sentirse bien en situaciones asertivas (Asertividad)	0.918	0.338	0.001	--	--
Habilidades sociales asertivas	17.596***	0.000	0.012	Mayor	--
Habilidades sociales agresivas	63.943***	0.000	0.042	--	Mayor
Habilidades sociales pasivas	1.346	0.246	0.001	--	--
Afrontamiento y solución de problemas	10.744***	0.001	0.007	Mayor	--
Actitud sobre drogas	713.776***	0.000	0.328	Mayor	--
Información sobre drogas	35.638***	0.000	0.024	--	Mayor
Ajuste escolar	213.830***	0.000	0.127	Mayor	--
Comunicación con los padres	13.005***	0.000	0.009	Mayor	--
Actividades protectoras con la familia	31.661***	0.000	0.021	Mayor	--
Estilo matutino de actividad	56.722***	0.000	0.037	Mayor	--

*Nota.* NC: no consumo; SC: consumo (experimentación, consumo esporádico, habitual o pasado); \*\*\* =  $p \leq .001$

Los resultados encontrados en este trabajo apuntan a la posible existencia de una asociación entre presentar mayor protección para el consumo de drogas y no ser consumidor (Tabla 82), si bien no se puede establecer una relación causa-efecto.

Los alumnos que no consumen drogas (tabaco, alcohol y cannabis) presentan mayor puntuación en el factor *Autoestima*. La autoestima es una característica relacionada con el bienestar afectivo, que ha recibido gran atención en los estudios sobre la conducta problemática en los jóvenes, que incluye el consumo de drogas (Luengo et al., 1999). Tanto en el campo de la delincuencia como en el del consumo de drogas se ha asumido que la autoimagen y la autovaloración son factores implicados en la etiología de la conducta desviada (Becoña, 1999).

Diversos programas de prevención incluyen acciones para modificar este factor; sin embargo, son programas que promueven la educación afectiva y cuya eficacia no ha sido probada (Botvin y Griffin, 2003). La autoestima es uno de los factores de nivel intermedio que plantean Flay y Petraitis (2003) en su modelo de la Influencia Triádica. Es decir, factores o influencias no próximas al consumo de drogas y que forman parte de un conjunto de variables antecedentes que se influyen mutuamente.

Luengo et al. (1999) propone que los efectos no concluyentes que tratan de poner en evidencia la relación entre autoestima y conducta de consumo de drogas, se deben a que generalmente no se tiene en cuenta la naturaleza multifactorial de la autoestima; es decir, se pueden tener diferentes valoraciones de uno mismo en distintos contextos. Cuando se examinan las diferentes dimensiones de la autoestima, se encuentra que la conducta problemática en jóvenes (delincuencia o consumo de drogas) se relaciona negativamente con la autoestima sentida en la familia y en la escuela; sin embargo, se relaciona positivamente con la autoestima sentida en el ámbito de los amigos (Romero, Luengo, Carrillo y Otero, 1994).

En nuestro estudio, son los alumnos no consumidores los que muestran puntuaciones mayores en el factor *Autoestima*, lo que coincide con la apreciación de los autores que consideran este factor como protector (Brook et al., 2003; Hawkins et al., 1992). La medida que hemos utilizado, según se ha presentado anteriormente (véase apartado 5.2.1.1), se basa en una concepción “global” del constructo autoestima. Posiblemente si se evaluara la autoestima con el enfoque multidimensional planteado por Luengo et al. (1999), los resultados serían distintos y se podría conocer cómo se presenta este factor según la situación del consumo de los adolescentes.

Aunque los tamaños de efecto que hemos encontrado en esta variables son muy pequeños (Tablas 79 a 81), podemos asumir que nuestros resultados tienen sentido en el campo de la práctica preventiva, por las evidencias que encontramos en los estudios revisados.

Otro factor que también resulta significativamente prevalente entre los alumnos no consumidores es el relacionado con el estilo de comunicación asertivo (*Habilidades sociales asertivas*). Los no consumidores de tabaco, alcohol y cannabis presentan mayor puntuación en esta escala que evalúa reacciones de tipo asertiva en situaciones de comunicación social, que los alumnos que consumen estas sustancias (Tabla 82). Se podría interpretar que los adolescentes, al tener estas habilidades de comunicación, no precisan del consumo de drogas como facilitador de las relaciones sociales, por lo que contar con habilidades asertivas es protector para el consumo de drogas (Lochman, 2003). Por su parte, los individuos con dificultades para expresar abiertamente sus opiniones o para desenvolverse adecuadamente en su medio social, podrían ser más vulnerables a las presiones de su medio; es por ello, que muchos programas preventivos intentan dotar a los adolescentes de habilidades que les permitan resistir las presiones pro-consumo (Luengo et al., 1999). Vemos pues, en

nuestro trabajo, que los adolescentes no consumidores de tabaco, alcohol y cannabis puntúan más en habilidades de comunicación asertivas y aunque, como en los otros resultados que estamos comentando, los tamaños de los efectos son débiles (Tablas 79 a 81), nuevamente estos hallazgos son coherentes con los estudios que consideran la asertividad como un factor protector para el consumo de drogas (Becoña, 2003; Flay y Petraitis, 2003; Lochman, 2003).

Los resultados respecto al factor *Afrontamiento y solución de problemas* muestran una asociación estadísticamente significativa con el tabaco y el cannabis, pero no con el alcohol (Tabla 82). Los alumnos que no consumen tabaco ni cannabis obtienen más puntuación en la variable que mide disponer de habilidades para afrontar situaciones y solucionar problemas. Wills y Filler (1996) revisan los resultados de una serie de investigaciones que proponen el modelo de afrontamiento-estrés para el consumo de drogas. En este modelo, el precursor mayor para el consumo adolescente es una serie de habilidades que resultan muy débiles para el afrontamiento, lo que refleja la percepción del adolescente que es incapaz de afrontar los problemas. Los adolescentes que no consumen drogas, cuando se enfrentan a situaciones estresantes, utilizan una serie de conductas de afrontamiento, caracterizadas por conductas verbales y no verbales directas que resuelven la situación según la perciben, y tienden a no utilizar conductas de evitación, caracterizadas por retirada de la situación, desesperanza y miedo (Lochman, 2003; Wills y Filler, 1996). Sin embargo, el consumo de algunas drogas puede tener una utilidad en el afrontamiento de situaciones. Algunos adolescentes pueden utilizar tabaco y alcohol como mecanismo de afrontamiento cuando no disponen de recursos propios, por ejemplo, como forma de regular sus emociones ante ciertas situaciones, de relajarse o animarse, o para librarse del aburrimiento (Lochman, 2003; Luengo et al., 1999). Nuestros resultados señalan la distinta función que pueden tener algunas drogas,

como en este caso el alcohol, como mediador para afrontar situaciones. En todo caso, este estudio apunta, en coherencia con otros, a que las habilidades de afrontamiento pueden tener cierta función protectora si no para todas las drogas, sí para algunas.

La *Actitud desfavorable hacia las drogas* es un factor que predice el consumo de drogas (Becoña, 2003; Flay y Petraitis, 2003; Petraitis et al., 1995). El modelo de la Influencia Triádica de Petraitis et al. (1995), señala que la actitud es uno de los factores más próximos para el consumo de drogas (*proximal influence*). Por su parte, para Becoña (1986, 1999) la actitud es un elemento previo a la intención conductual y a la conducta. Claramente, una actitud favorable hacia las drogas incrementa la probabilidad de probar las mismas; por su parte una actitud de rechazo facilita la baja probabilidad de prueba. En nuestro trabajo observamos que los alumnos no consumidores tienen puntuaciones más altas en esta variable que refleja una actitud de rechazo hacia las drogas, que los que sí consumen. Resulta destacable, además, que es esta variable la que en nuestro trabajo obtiene un mayor tamaño del efecto en los análisis según los tres consumos (Tablas 79 a 81). Podemos decir con bastante certeza, basado en diversos estudios (Botvin, 1999; Espada et al., 2002; Hawkins et al., 1992; Petraitis et al., 1995) y en nuestros resultados, que los adolescentes que no consumen alcohol, tabaco y cannabis tienen una actitud no favorable hacia el consumo de drogas.

El factor relacionado con el *Ajuste escolar* presenta también resultados preventivos asociados al no consumo de tabaco, alcohol y cannabis (Tabla 82). La escuela es uno de los entornos de socialización prioritario, entre cuyas funciones se encuentra la formación para un funcionamiento socialmente adaptado. En ella tienen lugar las primeras interacciones con los iguales y el contacto con las primeras figuras de autoridad distintas a la familia; al mismo tiempo, es el entorno en el que el sujeto tiene la oportunidad de conseguir sus primeros logros socialmente reconocidos. Así pues, muchos investigadores han considerado las vivencias en el marco escolar como

factores de alto interés para explicar los “desajustes” en el desarrollo social (Luengo et al., 1999) y como fuente de riesgo o protección para el consumo de drogas (Hawkins et al., 1992; Jessor, 1992; Petraitis et al., 1995).

La variable *Ajuste /problema escolar* de nuestro estudio se explora a partir de las puntuaciones dada a ítems relacionados con el grado de satisfacción con los compañeros y con el colegio o centro educativo, ausencias escolares, asignaturas suspendidas el curso pasado, problemas de relación con alumnos o profesores, y problemas con las normas escolares. Según Thomas y Hsiu (1993), el consumo de drogas se relaciona con un bajo rendimiento en el medio escolar, un mayor absentismo escolar y, en general, una baja implicación en las actividades académicas y extraescolares. Parece que el fracaso para ajustarse al medio escolar, que precisamente intenta promover estilos de vida convencionales, deja al adolescente en una situación de vulnerabilidad ante la conducta desviada (Luengo et al., 1999). Nuestros resultados también indican que el *Ajuste escolar* es un factor de protección ya que se encuentra asociado significativamente a los que no consumen las sustancias estudiadas. Por su parte, encontramos unos tamaños de efecto que son los segundos en orden de importancia (Tablas 79 a 81), del total de factores del perfil de riesgo/protección.

Las dos variables siguientes que queremos comentar hacen referencia a factores de protección del entorno familiar: *Comunicación con los padres* y *Actividades protectoras con la familia*. El ámbito familiar ha sido uno de los más estudiados en la búsqueda de factores de riesgo o de protección según su impacto en el consumo de drogas. La familia es el primer escenario social para el individuo, siendo el contexto más primario de socialización. La familia transmite valores y visiones del mundo, e instaura las primeras normas de conducta. Dada la importancia de este entorno como “moldeador” de actitudes y estilos de vida, no es de extrañar que los investigadores

sobre los problemas relacionados con las drogas, le hayan prestado especial atención (Catalano y Hawkins, 1996; Catalano et al., 1998; Luengo et al., 1999). La falta de vínculos afectivos positivos entre el adolescentes y sus padres se asocia a la conducta desviada (Brook et al., 2003; Lochman, 2003). La falta de confianza con los padres, los patrones de comunicación poco fluidos y la alienación experimentada en las relaciones con los padres son factores predictivos de las conductas relacionadas con el consumo de drogas (Kumpfer y Alder, 2003).

En los resultados que obtenemos en nuestro estudio, estos factores están funcionando como protección al estar asociadas a los alumnos no consumidores de las sustancias analizadas. Señalamos, sin embargo, que como en los otros factores que estamos presentando, los tamaños de efecto obtenidos son pequeños (Tablas 79 a 81). Sin embargo, al encontrar otros estudios que apuntan en esta línea, parece razonable asumir que la asociación es potencialmente real.

Por último, observamos que el factor relacionado con el cronotipo biológico de actividad: matutino versus vespertino, está funcionando también como factor de protección. Este es el único factor que hemos estudiado que no es promovido por los programas escolares de prevención sobre drogas. Funciona como un indicador y factor de riesgo o protección individual de base biológica, que hemos querido analizar por su relevancia en el ámbito juvenil y los estilos de vida relacionados con el ocio y el tiempo libre, que se encuentra en una fase inicial de investigación en el campo de los factores de riesgo y protección individual (Adan, 1994).

No todos los individuos tienen la misma manifestación rítmica circadiana. Existen variaciones individuales sobre las que en los últimos años se están recopilando datos interesantes. Según Adan (2010), el consumo de drogas afecta negativamente el ritmo circadiano individual. Existen diversos estudios sobre el efecto en los ritmos circadianos del alcohol y del tabaco. El consumo crónico de alcohol disminuye la

amplitud rítmica tanto de la temperatura corporal como de la melatonina, que son los marcadores rítmicos más estudiados por sus importantes implicaciones clínicas (Danel y Touitiou, 2004). En fumadores jóvenes sanos también se han visto alteraciones en la expresión rítmica circadiana (Adan, Sánchez-Turet y Artés, 1998).

Estudios recientes han puesto en evidencia que las personas matutinas y vespertinas no sólo se diferencian en la expresión rítmica circadiana, sino también en rasgos de personalidad y hábitos de vida (Adan, Natale y Caci, 2008). Según estos estudios, los vespertinos consumen más sustancias psicoactivas que los matutinos (Adan, 2010). Parece claro, a la luz de los hallazgos recientes, que son muchos los elementos que se conjugan para promover el inicio y mantenimiento del consumo de las distintas drogas y la tipología circadiana es uno de ellos. Adan et al. (2008) proponen que las medidas preventivas sobre drogas incorporen la promoción de hábitos que beneficien la organización rítmica circadiana, con especial énfasis en encauzar las pautas horarias de los adolescentes con patrón vespertino extremo.

Nuestros resultados coinciden con la apreciación de otros estudios que señalan al cronotipo matutino como factor de protección; de hecho, todos los alumnos que no consumen ninguna de las tres sustancias que estamos estudiando puntúan más en matutinidad que los que sí consumen (Tabla 82). Coincidimos con Adan (2010) en señalar que sería conveniente tener en cuenta este factor como protección o riesgo, y que las intervenciones preventivas podrían incluir actividades para modular la expresión de riesgo del cronotipo individual.

Tabla 82

*Resumen de los efectos del consumo del tabaco, alcohol y cannabis en el perfil de riesgo/protección para el consumo de drogas*

	TABACO		ALCOHOL		CANNABIS	
	NC	SC	NC	SC	NC	SC
Empatía	--	--	--	--	--	--
Autoestima	***	--	**	--	***	--
Sentirse bien en situaciones asertivas (Asertividad)	--	†	--	***	--	--
Habilidades sociales asertivas	***	--	*	--	***	--
Habilidades sociales agresivas	--	***	--	***	--	***
Habilidades sociales pasivas	--	--	--	--	--	--
Afrontamiento y solución de problemas	***	--	--	--	***	--
Actitud sobre drogas	***	--	***	--	***	--
Información sobre drogas	--	***	--	***	--	***
Ajuste escolar	***	--	***	--	***	--
Comunicación con los padres	***	--	***	--	***	--
Actividades protectoras con la familia	***	--	***	--	***	--
Estilo matutino de actividad	***	--	***	--	***	--

*Nota.* NC: no consume; SC: consume (experimentación, consumo esporádico habitual o pasado); \*\*\* =  $p \leq .001$ ; \*\* =  $p \leq .01$ ; \* =  $p \leq .05$ ; † =  $p \leq .10$

**Los resultados obtenidos nos permiten confirmar la hipótesis 6 de esta tesis que señala que mayores puntuaciones en los 13 factores de riesgo/protección están asociadas a un menor consumo de tabaco, alcohol y cannabis.** Las diferencias encontradas hacen referencia a la situación respecto al consumo o no de las sustancias y no entre sustancias; es decir, existe un patrón similar para el tabaco, el alcohol y el cannabis (Tabla 82).

## 7.5. FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN Y EXPOSICIÓN A LA PREVENCIÓN

En esta tesis hemos considerado la exposición a la prevención como un indicador cuantitativo de que un centro educativo lleva realizando prevención escolar del consumo de drogas durante los tres últimos cursos, previos a la recogida de datos. Es la forma en la que hemos operacionalizado la prevención escolar para comprobar su asociación con las variables estudiadas: consumo de drogas y factores de riesgo y protección para el consumo de drogas.

De forma global, los resultados muestran que la exposición a la prevención está asociada con el factor *Actitud desfavorable hacia las drogas*; es decir, los alumnos que están en centros donde se realiza más actividades de prevención escolar sobre drogas presentan puntuaciones más elevadas en el factor relacionado con una actitud de rechazo hacia las drogas. Según Becoña (1999), la actitud sobre drogas es un componente que incluyen la mayoría de teorías explicativas sobre drogas y de programas escolares de prevención de drogas. Esto es una buena noticia: de todos los factores analizados, la actitud es el más directamente relacionado con el consumo de drogas y con la intención de consumo, si bien es cierto que un solo factor de protección no es suficiente para detener linealmente el consumo de drogas (Hawkins et al., 1992; Petraitis et al., 1995).

En este nivel de análisis global no se encontraron relaciones entre la exposición a la prevención y los otros factores de riesgo y protección estudiados (Tabla 83). **Los resultados obtenidos no nos permiten confirmar la hipótesis 5 de esta tesis que señala que mayores puntuaciones en los 13 factores de riesgo/protección están asociadas a una alta exposición a la prevención de los centros escolares.**

Tabla 83

*Resumen de los efectos de la exposición a la prevención en el perfil de riesgo/protección para el consumo de drogas*

	F	P	ETA <sup>2</sup>	AEx	BEx
Empatía	0.049	0.825	0.000	--	--
Autoestima	1.334	0.248	0.001	--	--
Sentirse bien en situaciones asertivas (Asertividad)	0.216	0.642	0.000	--	--
Habilidades sociales asertivas	0.218	0.641	0.000	--	--
Habilidades sociales agresivas	0.345	0.557	0.000	--	--
Habilidades sociales pasivas	0.504	0.478	0.000	--	--
Afrontamiento y solución de problemas	2.208	0.137	0.001	--	--
Actitud sobre drogas	5.610*	0.018	0.004	Mayor	--
Información sobre drogas	1.106	0.293	0.001	--	--
Ajuste escolar	1.649	0.199	0.001	--	--
Comunicación con los padres	0.226	0.635	0.000	--	--
Actividades protectoras con la familia	1.180	0.278	0.001	--	--
Estilo matutino de actividad	0.177	0.674	0.000	--	--

Nota. AEx: Alta exposición a la prevención; BEx: Baja exposición a la prevención; \* =  $p \leq .05$

La *Actitud de rechazo hacia las drogas* es un factor de protección importante. Diversos autores (Becoña, 2003; Hawkins et al., 1992; Jessor, 1992; Moral y Ovejero, 2005; Newcomb et al., 1986) señalan que normalmente las actitudes sobre las drogas evolucionan y se modifican desde una posición de rechazo en la infancia hacia una mayor tolerancia y valoración hacia final de la adolescencia. Esto contribuye a explicar que hacia el comienzo de la adolescencia y posteriormente, se incrementa de modo significativo el consumo de drogas, especialmente las legales, ya que en los años previos a esa edad el consumo es normalmente nulo o casi nulo. Estos consumos iniciales promueven un cambio de actitudes hacia la sustancia consumida y otras sustancias que están en el escenario de sus relaciones, por lo que algunos jóvenes presentan más probabilidad de probar varias drogas y de entre ellos, algunos llegan a realizar consumos de drogas problemáticos.

Igualmente, la actitud positiva hacia las drogas lleva a una baja percepción del riesgo en relación con el consumo de esas sustancias; y por su parte, una actitud negativa lleva a una alta percepción del riesgo de la sustancia. Es por ello que la información sobre drogas no es un elemento de primer orden para la formación de actitudes, si no que hay otros elementos de tipo perceptivo y normativo en el grupo que tienen un papel más relevante (Becoña, 1986).

La actitud favorable hacia las drogas incrementa la probabilidad de probar las mismas, por lo que intervenir sobre este factor de forma temprana, al inicio de la etapa adolescente, promueve que los adolescentes rechacen puntualmente el consumo de las drogas y lo retrasen al menos por un tiempo (Botvin y Griffin, 2003; Flay y Petraitis, 2003).

Luengo et al. (1999), en una revisión sobre los estudios que relacionan las creencias y actitudes con el consumo de drogas, plantean que la iniciación en el consumo de drogas suele ir precedida de actitudes favorables hacia el consumo, y que los individuos con mayor riesgo de involucrarse en estas conductas tienden a sobreestimar la prevalencia de consumo en su entorno. Estos jóvenes muestran “creencias normativas” (percepciones sobre lo que es la “norma” en su ámbito social) que les crean presión hacia el consumo (Chassin, Presson, Sherman, Corty y Olshavsky, 1984). Nuevamente, estos autores indican que los distintos elementos alrededor de las actitudes adquieren un papel relevante para la prevención, siendo las teorías sobre actitud-conducta las que han proporcionado soporte a diversos programas de prevención desarrollados, especialmente a finales de los 90, entre ellas la teoría de Acción Razonada de Ajzen y Fishbein (1980), que es el marco de referencia de uno de los programas de prevención sobre drogas de la cartera de programas que distribuye la AGAD, concretamente el denominado *Déjame que te cuente algo sobre los porros*. Este

programa forma parte del conjunto de programas de los alumnos que están en *alta exposición* en esta investigación.

El modelo de Flay y Petraitis (2003), denominado teoría de la Influencia Triádica, indica que la actitud sobre drogas es un factor de predicción próximo (*proximal predictors*), junto con las creencias normativas y la autoeficacia que, en conjunto, influyen de forma decisiva en la intención de conducta. Éste es el antecedente inmediato al consumo de drogas, de ahí que todos estos aspectos se consideran como “ingredientes” necesarios en todo programa multi-componente de prevención sobre drogas.

En nuestro trabajo parece que las actividades y programas de prevención desarrollados durante los 3 últimos cursos escolares, previos a la recogida de datos, afectaron fundamentalmente a este factor relacionado con la actitud desfavorable hacia las drogas. Esto indica que la prevención realizada cumple con un importante papel de la prevención que es modificar la actitud que los alumnos tienen sobre las drogas. Estos resultados ponen en evidencia que si los alumnos reciben un mayor número de acciones preventivas sobre drogas éstas afectarán a su actitud ante las mismas y, si bien la actitud inadecuada no es el único elemento de riesgo para el consumo de drogas, sí que es uno de los más importantes: un predictor próximo, como señala el enfoque teórico multi-componente de Flay y Petraitis (2003).

Cuando hemos realizado análisis según el sexo y el edad/ciclo educativo, nuevamente observamos una asociación significativa entre exposición a la prevención y el factor de protección *Actitud desfavorable hacia las drogas*, aunque en este nivel de análisis también se obtienen resultados en la variable denominada *Afrontamiento y solución de problemas*. Las relaciones encontradas eran a favor de los alumnos que estaban en centros de alta exposición a la prevención. Parece existir una asociación entre el factor que indica habilidades de afrontamiento y solución de problemas y alta

exposición a la prevención (Tabla 84). La capacidad de afrontar situaciones estresantes de la vida cotidiana es uno de los más importantes factores de riesgo para el consumo de drogas y muchos programas de prevención incluyen componentes para trabajar este riesgo (Berkowitz y Begun, 2003; Botvin y Griffin, 2003; Brook et al., 2003; Hawinks et al., 1992). En el marco de la teoría de la Influencia Triádica de Flay y Petraitis (2003), ya mencionada, se postula que las habilidades de toma de decisiones y solución de problemas influyen en la intención de consumo. Resulta interesante comprobar en este trabajo que, a pesar de que este factor no alcanza un valor estadísticamente significativo, junto con la actitud desfavorable, está asociado a la experiencia en prevención de los alumnos.

Tabla 84

*Resumen de los efectos de la exposición a la prevención sobre el perfil de riesgo/protección para el consumo de drogas en los análisis según sexo, edad/ciclo educativo y consumo de tabaco, alcohol y cannabis*

	Alta exposición	Baja exposición
Empatía	---	---
Autoestima	---	---
Sentirse bien en situaciones asertivas (Asertividad)	---	---
Habilidades sociales asertivas	---	---
Habilidades sociales agresivas	---	---
Habilidades sociales pasivas	---	---
Afrontamiento y solución de problemas	ci <sup>†</sup>	---
Actitud desfavorable hacia las drogas	S <sup>**</sup> , T <sup>***</sup>	---
Información sobre drogas	---	---
Ajuste escolar	---	ci <sup>**</sup> , A <sup>*</sup> , Ca <sup>*</sup>
Comunicación con los padres	---	---
Actividades protectoras con la familia	---	ci <sup>**</sup> , T <sup>†</sup>
Estilo matutino de actividad	---	---

*Nota.* \* =  $p \leq .05$ ; \*\* =  $p \leq .01$ , \*\*\* =  $p \leq .001$ , † =  $p \leq .10$ ; ci= ciclo educativo; S=sexo, T=tabaco, A=alcohol, C=cannabis

Paradójicamente, se han encontrado asociaciones entre una puntuación elevada en los factores *Ajuste escolar* y *Actividad protectora con la familia* y estar en centros de baja exposición a la prevención, en los análisis según edad/ciclo educativo y consumo de drogas, concretamente alcohol y cannabis (Tabla 84).

Finalmente, como resumen de los análisis relacionados con los factores de riesgo y protección, presentamos la Tabla 85 donde se recogen los resultados encontrados en todos los análisis. Parece claro que las variables sexo, edad/ciclo educativo y consumo de tabaco, alcohol y cannabis se asocian con la mayoría de factores de riesgo y protección estudiados. Por su parte, la exposición a la prevención se asocia escasamente a estos factores, como ya hemos comentado. Además, según se refleja en la Tabla 86, la variable exposición a la prevención es la que menor tamaño del efecto presenta indicando, a nuestro entender, que la experiencia de prevención es más “débil” ante los factores de riesgo y protección que las circunstancias relacionadas con las experiencias de consumo, el sexo y la edad de los adolescentes.

Tabla 85

*Resumen de resultados de los efectos del sexo, edad, consumo de tabaco, alcohol, cannabis y exposición a la prevención, sobre los factores de riesgo y protección para el consumo de drogas*

	Sexo	Edad/ ciclo	Tabaco	Alcohol	Cannabis	Exposición
Empatía	M <sup>***</sup>	2º <sup>***</sup>	---	---	---	---
Autoestima	H <sup>***</sup>	---	NC <sup>***</sup>	NC <sup>**</sup>	NC <sup>***</sup>	---
Sentirse bien en situaciones asertivas	H <sup>***</sup>	2º <sup>***</sup>	---	***SC	--	---
Habilidades sociales asertivas	M <sup>***</sup>	---	NC <sup>***</sup>	NC <sup>*</sup>	NC <sup>***</sup>	---
Habilidades sociales agresivas	H <sup>***</sup>	1º <sup>*</sup>	***SC	***SC	***SC	---
Habilidades sociales pasivas	H <sup>†</sup>	---	---	---	---	---
Afrontamiento y solución de problemas	H <sup>†</sup>	2º <sup>***</sup>	NC <sup>***</sup>	---	NC <sup>***</sup>	---
Actitud desfavorable drogas	H <sup>**</sup>	1º <sup>***</sup>	NC <sup>***</sup>	NC <sup>***</sup>	NC <sup>***</sup>	A <sup>*</sup>
Información sobre drogas	---	2º <sup>***</sup>	***SC	***SC	***SC	---
Ajuste escolar	---	1º <sup>***</sup>	NC <sup>***</sup>	NC <sup>***</sup>	NC <sup>***</sup>	---
Comunicación con los padres	H <sup>†</sup>	---	NC <sup>***</sup>	NC <sup>***</sup>	NC <sup>***</sup>	---
Actividades protectoras con la familia	---	1º <sup>***</sup>	NC <sup>***</sup>	NC <sup>***</sup>	NC <sup>***</sup>	---
Estilo matutino de actividad	H <sup>***</sup>	1º <sup>***</sup>	NC <sup>***</sup>	NC <sup>***</sup>	NC <sup>***</sup>	---

*Nota.* \* = p ≤ .05; \*\* = p ≤ .01, \*\*\* = p ≤ .001, † = p ≤ .10; H= Hombres; M= Mujeres; 1º= Primer ciclo secundaria, alumnos más jóvenes; 2º= Segundo ciclo secundaria, alumnos mayores; NC= No consume; SC= Si consume; A= Alta exposición a la prevención

Tabla 86

*Tamaños del efecto ( $\eta^2$ ) de las variables sobre el perfil de riesgo/protección para el consumo de drogas en los análisis MANOVA*

	EXPOSICIÓN
Sexo	0.147
Ciclo educativo/edad	0.139
Tabaco	0.379
Alcohol	0.293
Cannabis	0.379
Prevención (=exposición)	0.020

## 7.6. PREDICCIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS EN ADOLESCENTES

El estudio predictivo realizado a través de los modelos de regresión, que decidimos hacer en la última fase de nuestros análisis (véase apartado 6.4), muestra algunos aspectos interesantes que coinciden con los hallazgos en los análisis de varianza de la fase anterior.

De todas las variables introducidas en los modelos, son la edad y el consumo de tabaco las que mejor predicen el consumo de drogas en adolescentes (Tabla 87). La medida que cuantifica el riesgo en la regresión logística ( $\text{Exp}(B)=\text{OR}$ ) presenta los mayores índices frente al resto de variables (véanse Tablas 67 a 72 en apartado 6.4. y Tabla 88 más adelante). Como se ha señalado, por cada año de edad casi se duplica la probabilidad de consumo de las drogas estudiadas en ambos sexos y más claramente en el caso del cannabis. Por su parte, el consumo de tabaco aumenta el riesgo de consumir alcohol tanto en hombres como en mujeres y de consumir cannabis también en ambos sexo. En mujeres, el consumo de tabaco incrementa hasta 15 veces el riesgo de consumir cannabis (Tabla 88).

Tabla 87  
*Variables predictoras del consumo de tabaco, alcohol y cannabis en adolescentes según sexo*

	HOMBRES		MUJERES	
	Actúan como factores de riesgo	Actúan como factores de protección	Actúan como factores de riesgo	Actúan como factores de protección
TABACO	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Edad</li> <li>• HH SS agresivas</li> <li>• HH SS pasivas</li> <li>• HH SS asertivas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Actitud desfavorable hacia las drogas</li> <li>• Ajuste escolar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Edad</li> <li>• Información sobre drogas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Baja exposición a la prevención</li> <li>• Actitud desfavorable hacia las drogas</li> <li>• Ajuste escolar</li> </ul>
ALCOHOL	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Edad</li> <li>• Consumo de tabaco</li> <li>• HH SS pasivas</li> <li>• HH SS asertivas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Actitud desfavorable hacia las drogas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Edad</li> <li>• Consumo de tabaco</li> <li>• Sentirse bien en situac. asertivas</li> <li>• HH SS asertivas</li> <li>• HHSS agresivas</li> <li>• HHSS pasivas</li> <li>• Información sobre drogas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Actitud desfavorable hacia las drogas</li> <li>• Actividades protectoras con la familia</li> </ul>
CANNABIS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Edad</li> <li>• Consumo de tabaco</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Actitud desfavorable hacia las drogas</li> <li>• Ajuste escolar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Edad</li> <li>• Consumo de tabaco</li> <li>• Consumo alcohol</li> <li>• Información sobre drogas</li> <li>• Comunicación con padres</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Actitud desfavorable hacia las drogas</li> <li>• Ajuste escolar</li> </ul>

Tabla 88  
*Índices de riesgo de la edad y el consumo de tabaco para el consumo de drogas en adolescentes según sexo*

CONSUMO DE:		EXP (B)	
		Edad	Consumo de tabaco
TABACO	Hombres	1.233	
	Mujeres	1.869	
ALCOHOL	Hombres	1.690	6.06
	Mujeres	1.522	3.70
CANNABIS	Hombres	2.188	8.73
	Mujeres	1.870	14.96

Se podría decir que la experiencia de los adolescentes con el tabaco afecta a su riesgo de involucrarse con las otras drogas. Y, como también señalan distintos datos (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2010; Pérez y Lucio-Gómez, 2010), la edad también es una variable determinante. Los programas de prevención resultan muy discretos en su potencial para influir estos hechos. No nos parece muy extraño dado que las influencias que reciben los adolescentes para el consumo de drogas en los contextos donde se desarrollan son de carácter multidimensional (Becoña, 2007; Carrasco et al., 1997; Espada et al., 2002; Flay y Petraitis, 2003; Muñoz Rivas et al., 2000) y los programas escolares de prevención, en nuestra opinión, resultan insuficientes ante la dimensionalidad multifactorial que promueve el consumo adolescente de drogas, más aún cuando no se valoran las necesidades específicas de prevención. Los resultados de los programas de prevención que se han analizado con método científico han sido alentadores pero discretos (Ennett et al., 2003; Espada et al., 2002; Faggiano, Vigna-Taglianti, Versino, Zambon, Borraccino et al., 2008; Tobler y Stratton, 1997).

Por otra parte, aunque a un nivel más discreto frente a las variables que acabamos de comentar, se observa que la actitud de rechazo ante las drogas es una variable protectora, junto con un adecuado ajuste escolar. Como ya hemos comentado, la actitud sobre drogas es un importante determinante del consumo o no de drogas y muchos programas de prevención tienen actividades para influir en la misma (Acero, 2004; Antón et al., 2000; Berkowitz y Begun, 2003; Brook et al., 1996; Lloyd et al., 2000; Schwartz y Wirtz, 1990). Conocer la actitud que sobre las drogas tienen los adolescentes, su grado de adaptación escolar, su situación respecto al consumo de tabaco y la edad permite predecir su implicación en el consumo de las drogas más consumidas por los adolescentes, especialmente alcohol y cannabis. De

nuestros modelos de predicción deducimos que suponen variables cruciales sobre las que intervenir en las medidas preventivas. Concretamente propondríamos:

- a) Realizar actividades que retrasen o impidan el inicio al consumo de tabaco.
- b) Iniciar las actividades de prevención a edades tempranas: final del ciclo de educación primaria, primeros cursos de secundaria (10-12 años). Según avanza la edad, realizar medidas de “recuerdo” para adaptarse a las necesidades que con la edad van apareciendo.
- c) Promover con diferentes medidas una actitud desfavorable hacia las drogas, adaptando las actuaciones a la edad de los destinatarios. Actuar sobre los componentes de esta actitud previa evaluación de los mismos para determinar la línea base: creencias normativas, expectativas, información adecuada a las necesidades, intención conductual y control conductual percibido.
- d) Intervenir sobre los factores que promueven el desajuste escolar tales como satisfacción con la convivencia y rendimiento escolar. Hacer un seguimiento específico con los alumnos que presentan dificultades académicas.
- e) Desarrollar y/o adaptar acciones preventivas que se ajusten a los perfiles de riesgo específicos de género.

OoOoOoOoOoOoOoOoOoO

Estos resultados nos sugieren un importante punto de reflexión que podría promover una posición más “humilde” cuando se trabaja en el campo de la prevención escolar sobre drogas: las intervenciones son muy discretas ante la fuerza de diversos factores macrosociales y psicosociales. Tal vez tengan su territorio específico, siempre

que se promuevan otras medidas que hagan sinergia con el contexto escolar, en los determinantes próximos al consumo, relacionados con la intención de conducta y sus aspectos relacionados (actitudes, autoeficacia, percepciones normativas, etc.).

Sin embargo, conviene recordar que cuando se ha estudiado la calidad de las intervenciones preventivas realizadas en los centros escolares participantes (véase apartado 6.2.3.1.) el área de “evaluación de necesidades” ha sido una de las que obtuvieron una puntuación más baja. Teniendo esto en mente, pensamos que posiblemente las medidas preventivas puestas en marcha no se han podido ajustar a las necesidades de los alumnos, ya que no se ha realizado una evaluación previa para conocer las necesidades específicas de prevención, algo que es una prescripción cuando se trabaja con el enfoque de “*evidence-based practice*” (véase apartado 3.1). Si la prevención no se ajusta a las necesidades de prevención, los efectos que encontremos pueden no ser todo lo potente que deseamos o necesitamos.

## 7.7. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

En esta investigación hay algunos aspectos que han supuesto importantes barreras y que han podido influir en los resultados. A continuación se presentan estos aspectos que son de diferente orden:

1º) El diseño utilizado no ha podido controlar muchas variables que pueden influir en los resultados. Entre ellos destacamos: a) Algunos centros escolares eran de tipo concertado, con lo que los alumnos podían tener un perfil distinto a los alumnos de los centros públicos. b) Algunos alumnos participantes en el estudio podrían no haber estado en su centro escolar durante los 3 cursos escolares previos a la recogida de información. Este período ha supuesto el espacio de rastreo para los factores de riesgo y protección analizados. Estos alumnos no habrían recibido las medidas

preventivas estudiadas. c) La aplicación de la prevención por parte de los profesores o educadores ha podido adoptar distintas formas (más o menos sesiones, metodología más dinámica o directiva). Las diferencias en la manera de aplicar las medidas preventivas puede comprometer sus resultados (Schinke, Brounstein y Gardner, 2002; Stead, Stradling, MacNeil, MacKintosh y Minty, 2007).

2º) La calidad de la prevención realizada en los 3 últimos cursos escolares, previos a la toma de datos, ha presentado un estrecho rango de puntuaciones, por lo que no se ha dispuesto de una variabilidad suficiente para comparar las diferencias de calidad. Este problema se debe fundamentalmente a que el trabajo de campo se ha desarrollado en una única localidad, consecuentemente bajo un único patrón de actuaciones preventivas dado que éstas dependen de un mismo equipo técnico de carácter local.

3º) Lo que realmente hacen los centros escolares en prevención no siempre es conocido desde los departamentos de prevención municipales. Cabe señalar en este punto una particularidad posiblemente administrativa: se trata de la prevención referida al tabaco que, en la Comunidad de Madrid, no es competencia del órgano responsable de los temas de “drogas”, sino del área de salud pública. Este hecho es una importante dificultad a la hora de estudiar la praxis preventiva y de generar sinergias con otras actuaciones de prevención que, a fin de cuentas, tienen la misma población diana. En nuestra investigación ha resultado que durante el trabajo de campo nos hemos encontrado con programas de prevención sobre el tabaco de los que no teníamos referencia *a priori*, ya que no son competencia de la AGAD, lo que ha producido algunas limitaciones a la hora de identificar todos los factores de riesgo y protección que los programas de prevención han trabajado.

Las investigaciones futuras que se deriven de esta tesis tendrán que tener en cuenta estas limitaciones y tratar de controlarlas.

## 7.8. CONCLUSIONES

De los resultados obtenidos en esta investigación derivamos las siguientes conclusiones:

### Conclusión 1

El sexo y la edad son condiciones de riesgo para el consumo de drogas: las mujeres adolescentes y los adolescentes de mayor edad consumen mayor cantidad de tabaco, alcohol y cannabis.

### Conclusión 2

La cantidad de exposición en prevención afecta de forma diferente al consumo de las distintas drogas: en nuestro estudio, los centros que realizaron más prevención sólo redujeron el consumo de cannabis, comparado con los centros educativos que realizaron menos prevención. Este efecto se comprobó en las mujeres adolescentes y no en los hombres. La cantidad de exposición a la prevención no redujo el consumo de los adolescentes de más edad.

### Conclusión 3

No se observa relación entre la calidad de la prevención y el consumo adolescente de drogas: los alumnos en el centro escolar de alta calidad de la prevención no mostraron diferencias concluyentes en consumo de tabaco, alcohol y cannabis, respecto de los alumnos del centro con baja calidad de la prevención. Probablemente esto es causado por la gran homogeneidad en la aplicación de los programas de prevención que existe en la población de estudio.

### Conclusión 4

El sexo y la edad están asociados a múltiples factores del perfil de riesgo/protección para el consumo de drogas: tanto las mujeres adolescentes como los

adolescentes de mayor edad obtienen un perfil de riesgo para el consumo de tabaco, alcohol y cannabis, siendo el perfil más extremo el de las mujeres. Las chicas puntúan más bajo en más factores de protección.

#### **Conclusión 5**

La exposición a la prevención no afecta al perfil de riesgo/protección para el consumo de drogas. La exposición está asociada a un único factor de protección: la actitud de rechazo hacia las drogas. Sin embargo, este factor de protección clave no es suficiente para contener el consumo adolescente de drogas.

#### **Conclusión 6**

El consumo de drogas se encuentra asociado a un perfil específico de riesgo/protección: tabaco, alcohol y cannabis es menos consumido por aquellos adolescentes que presentan un perfil de protección. Los factores de protección son similares independientemente de la sustancia que se consuma; es decir la protección no es drogo-específica.

#### **Conclusión final**

La prevención escolar sobre drogas, valorada en esta tesis como cantidad/exposición a la prevención, tiene un impacto limitado en los factores de riesgo y protección de los alumnos y en los consumos de drogas. Estos se ven más afectados por las circunstancias de género, edad y consumos, que por la experiencia (exposición) en prevención, por lo que nuestros resultados sugieren que la prevención escolar sobre drogas debe ser específica de género, edad y sustancia para que impacte en los consumos de los adolescentes.

El consumo de drogas tiene un carácter complejo y multidimensional por lo que requiere de medidas sofisticadas y adaptadas a las características concretas de los

destinatarios para influir en sus determinantes. Las intervenciones preventivas han de atender a estas exigencias para producir resultados.

### 7.9. PERSPECTIVAS FUTURAS

Esta investigación nos ha permitido explorar aspectos cruciales de la prevención escolar sobre drogas que abren un escenario nuevo para el desarrollo científico de la prevención. Nos proponemos revisar y avanzar en los siguientes puntos:

- 1) Afinar y validar en otros grupos de adolescentes de otras localidades de Madrid el instrumento para evaluar los consumos de alcohol, tabaco y cannabis, así como los factores de riesgo/protección promovidos por los programas escolares de prevención de la AGAD, denominado Preval\_A.

- 2) Avanzar en la validez de las sub-escalas del Preval\_A que valoran los factores de riesgo y protección de los programas actuales de prevención que se desarrollan en Madrid, a través de la AGAD, y generar otras sub-escalas con otros factores que puedan ser objeto de nuevos programas escolares de prevención sobre drogas.

- 3) Aplicar el instrumento de evaluación de calidad de programas escolares de prevención, denominado Preval\_Q, en diferentes contextos de prevención. Esto permitirá recopilar un amplio rango de puntuaciones y poder hacer estudios de relación entre calidad y efectos de la prevención en el consumo adolescente de drogas y en sus determinantes.

- 4) Promover la valoración de la calidad de la prevención y la revisión de los programas escolares de prevención actualmente existentes de acuerdo a los indicadores del enfoque *evidence-based practice*, que sustenta el protocolo Preval\_Q.

5) Promover que en la cartera de oferta preventiva de las administraciones o instituciones que desarrollan instrumentos de prevención, se hagan explícitos qué factores de riesgo y protección trabajan. Con ello se posibilitaría tanto su identificación en función de las necesidades de prevención como la evaluación de sus efectos en las poblaciones destinatarias.

La prevención sobre drogas es un campo científico y técnico complejo que requiere constante formación e investigación para adaptarse a la evolución de los destinatarios y de los contextos macro y micro-sociales donde éstos se desenvuelven. El desarrollo de instrumentos y procedimientos que faciliten esta labor y su evaluación es para nosotros un reto y un empeño.

## REFERENCIAS



- Abrams, D. B., & Niaura, R. S. (1987). Social learning theory of alcohol use and abuse. En H. Blane & K. Leonar (Eds.), *Psychological theories of drinking and alcoholism* (pp. 131-160). New York: Guildford Press.
- Acero, A. (2004). *Guía práctica para una prevención eficaz*. Madrid: ADES, Asociación de Técnicos para el Desarrollo de Programas Sociales y Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio de Interior.
- Acero Achirica A., & Jiménez Fuensalida A. (2004). Evaluación del programa 'Entre todos'. Confirmación de evidencias metodológicas en la implementación de programas de prevención. *Proyecto, 52*, 44-47.
- Adan, A. (1994). Chronotype and personality factors in the daily consumption of alcohol and psychostimulants. *Addiction, 89*, 455-462.
- Adan, A., Sánchez-Turet, M., & Artés, M. (1998). Interés clínico de las variaciones diurnas cardiovasculares en relación al consumo de tabaco y su grado de dependencias. *Adicciones, 10*, 43-51.
- Adan, A., Natale, V., & Caci, H. (2008). Cognitive strategies and circadian typology. En A.L. Léglise (Ed.), *Progress in circadian rhythms research* (Pp. 141-161). New York: Nova Science Publisher Inc.
- Adan, A. (2010). Ritmicidad circadiana y adicción. *Adicciones, 22*, 5-10.
- Adarne, M.L. (2005). *Evaluación de la eficacia de un programa de prevención del consumo de tabaco entre adolescentes*. Tesis doctoral. Universidad de Granada. Recuperado 10 de Junio de 2010 de: <http://hera.ugr.es/tesisugr/15489954.pdf>.
- Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid (1999). *Memoria 1998*. Madrid: Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Agencia Antidroga. Comunidad de Madrid.
- Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid (2000). *Memoria 1999*. Madrid: Consejería de Sanidad. Agencia Antidroga. Comunidad de Madrid.
- Agencia Antidroga (2001). *Memoria 2000*. Madrid: Consejería de Sanidad. Agencia Antidroga. Comunidad de Madrid.
- Agencia Antidroga (2002). *Memoria 2001*. Madrid: Consejería de Sanidad. Agencia Antidroga. Comunidad de Madrid.
- Agencia Antidroga (2003). *Memoria 2002*. Madrid: Consejería de Sanidad. Agencia Antidroga. Comunidad de Madrid.
- Agencia Antidroga (2004). *Memoria 2003*. Madrid: Consejería de Sanidad y Consumo. Agencia Antidroga. Comunidad de Madrid.
- Agencia Antidroga (2005). *Memoria 2004*. Madrid: Madrid Salud. Comunidad de Madrid.
- Agencia Antidroga (2006a). *Plan Estratégico 2006-2009 de la Agencia Antidroga para la Comunidad de Madrid*. Recuperado 18 de Junio de 2010 de: [www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1161183845983&language=es&pageid=1156329913962&pagename=PortalSalud%2FPTSA\\_Generico\\_FA%2FPTSA\\_pintarGenerico&vest=1156329913962](http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1161183845983&language=es&pageid=1156329913962&pagename=PortalSalud%2FPTSA_Generico_FA%2FPTSA_pintarGenerico&vest=1156329913962).
- Agencia Antidroga (2006b). *Memoria 2005*. Madrid: Madrid Salud. Comunidad de Madrid.
- Agencia Antidroga (2007). *Memoria Año 2006*. Madrid: Madrid Salud. Comunidad de Madrid.
- Agencia Antidroga (2008). *Memoria Año 2007*. Madrid: Madrid Salud. Comunidad de Madrid.
- Agencia Antidroga (2009). *Memoria Año 2008*. Madrid: Madrid Salud. Comunidad de Madrid.
- Agencia Antidroga (2010). *Encuesta sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias (ESTUDES) del año 2008. Informe de Resultados*. Madrid: Comunidad de Madrid. Recuperado 10 de Octubre de 2010 de: [www.madrid.org/cs/Satellite?c=PTSA\\_Multimedia\\_FA&cid=1142599313562&pagename=PortalSalud%2FPTSA\\_Multimedia\\_FA%2FPTSA\\_documentoWebeditpro](http://www.madrid.org/cs/Satellite?c=PTSA_Multimedia_FA&cid=1142599313562&pagename=PortalSalud%2FPTSA_Multimedia_FA%2FPTSA_documentoWebeditpro).
- Ajzen, I. (1985). From intentions to actions: A theory of planned behavior. En J. Kuhl y J. Beckmann (Eds.), *Consistency in social behavior: The Ontario symposium* (vol. 2, pp. 3-15). Hillsdale, NJ: LEA.
- Ajzen, I., & Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. New Jersey: Prentice-Hall, Inc.
- Allott, R., Paxton, R., & Leonard, R. (1999). Drug education: a review of British Government policy and evidence of effectiveness. *Health Education Research Theory and Practice, 14*, 491-505.
- Alonso Sanz, C., Salvador Llivina, T., Suelves Joanxich, J.M., Jiménez García-Pascual, R., & Martínez Higuera, I.M. (2004). *Prevención de la A a la Z. Glosario sobre Prevención del Abuso de Drogas*. Madrid: Centro de Estudios sobre Promoción de la Salud.

- Alonso, C., & del Barrio V. (1997). Efectividad de tres intervenciones para la prevención del consumo de tabaco en el medio escolar. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 50, 223-241.
- Alonso, C., & del Barrio, V. (1998). Efectividad de tres intervenciones para la prevención del consumo de alcohol en la escuela. *Análisis y Modificación de Conducta*, 24, 679-701.
- Amaro, H., Blake, S.M., Schwartz, P.M., & Flinchbaugh, L.J. (2001). Developing theory-based substance abuse prevention programs for young adolescent girls. *Journal of Early Adolescence*, 21, 256-293.
- Antón, A., Martínez, I., & Salvador, T. (2000). Catálogo de Programas de Prevención de Drogodependencias. 2. Madrid: Agencia Antidroga. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall (trad. cast.: Barcelona, Martinez-Roca, 1987).
- Becoña, E. (1986). *La relación actitud-conducta*. Santiago de Compostela: Grial.
- Becoña, E. (1999). *Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- Becoña, E. (2003). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.
- Becoña, E. (2007). Bases psicológicas de la prevención del consumo de drogas. *Papeles del Psicólogo*, 28, 11-20.
- Berkowitz, M.W., & Begun, A.L. (2003). Designing prevention programs: The developmental perspective. En Z. Sloboda & W.J. Bukoski (Eds.), *Handbook of Drug Abuse Prevention: Theory, Science, and Practice*. (Capítulo 16). New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Botvin, G. (1995). Entrenamiento en habilidades para la vida y prevención del consumo de drogas en adolescentes: Consideraciones teóricas y hallazgos empíricos. *Psicología Conductual*, 3, 333-356.
- Botvin, G. (1999). Adolescent drug abuse prevention: Current findings and future directions. En M.D. Glantz & C.R. Hartel (Eds.), *Drug abuse. Origins & interventions*. (pp. 285-308). Washington, DC: American Psychological Association.
- Botvin, G.J., & Griffin, K.W. (2003). Drug abuse prevention curricula in schools. En Z. Sloboda & W.J. Bukoski (Eds.), *Handbook of Drug Abuse Prevention: Theory, Science, and Practice*. (Capítulo 3). New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Brounstein, P. J., Zweig, J. M., & Gardner, S. E. (1998). *Science-based Practices in Substance Abuse Prevention: A Guide*. Rockville: Center for Substance Abuse Prevention. SAMSHA. Recuperado 10 de Junio de 2010 de: [www.whitehousedrugpolicy.gov/prevent/pdf/science.pdf](http://www.whitehousedrugpolicy.gov/prevent/pdf/science.pdf).
- Brounstein, P. J., Gardner, S. E., & Backer, T. (2006). Research to practice: Effort to bring effective prevention to every community. *The Journal of Primary Prevention*, 27, 91-109.
- Brown, C.H. (2003). Design principles and their application in preventive field trials. En Z. Sloboda & W.J. Bukoski (Eds.), *Handbook of Drug Abuse Prevention: Theory, Science, and Practice*. (Capítulo 26). New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Brook, J., Whiteman, M., Finch, S., & Cohen, P. (1996). Young adult drug use and delinquency: Childhood antecedents and adolescent mediators. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 1584-1592.
- Brook, J.S., Brook, D.W., Richter, L., & Whiteman M. (2003). Risk and protective factors of adolescent drug use: Implications for prevention programs. En Z. Sloboda & W.J. Bukoski (Eds.), *Handbook of Drug Abuse Prevention: Theory, Science, and Practice*. (Capítulo 13). New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Bühler, A., & Kröger, C. (2006). *Report on prevention of substance abuse*. Reseach & Practice of Health Promotion, 29. Cologne: Federal Centre for Health Education. BZgA. Recuperado 26 de Mayo de 2010 de: [www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att\\_46868\\_EN\\_Buehler\\_Kroger\\_2006.doc](http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_46868_EN_Buehler_Kroger_2006.doc)
- Bukoski, W.J. (2003). The emerging science of drug abuse prevention. En Z. Sloboda & W.J. Bukoski (Eds.), *Handbook of Drug Abuse Prevention: Theory, Science, and Practice*. (Capítulo 1). New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Calafat, A., Amengual, L., Farres, C., & Montserrat, M. (1982). *Programa de investigación y educación sobre el uso de drogas*. Palma de Mallorca: Comissió de Sanitat. Consell Insular de Mallorca.
- Calafat, A., Amengual, L., Farres, C., & Montserrat, M. (1983). Características del consumo de alcohol, tabaco y otras drogas entre alumnos de Enseñanza Media de Mallorca. *Drogalcohol*, 8, 155-174.

- Calafat, A., Amengual, L., Farres, C., & Montserrat, M. (1984). Eficacia de un programa de prevención sobre drogas, especialmente centrado en la toma de decisiones, según sea desarrollado por especialistas o profesores de los alumnos. *Drogalcohol*, 9, 147-179.
- Calafat, A., Amengual, L., Farres, C., Montserrat, M., & Palmer, A. (1985a). Actitudes de los profesores hacia la prevención escolar del abuso de drogas en Mallorca. *Drogalcohol*, X, 131-140.
- Calafat, A., Amengual, L., Farres, C., & Borrás, M. (1985b). *Tú decides. Programa de educación sobre drogas*. Palma de Mallorca: Servei d'Informació sobre Drogues. Comissió de Sanitat. Consell Insular de Mallorca.
- Calafat, A., Amengual, M., Mejías, G., Borrás, M., & Palmer, A. (1989). Evaluación del programa de prevención: Tú decides. *Revista Adicciones*, 1, 96-111.
- Calafat, A., Amengual, M., Farres, C. Mejías, G., & Borrás, M. (1995). *Tú decides*. 4ª ed. Palma de Mallorca: Consell Insular de Mallorca.
- Calafat, A., Fernández Gómez, C., Juan, M., & Becoña, E. (2007). Vida recreativa nocturna de los jóvenes españoles como factor de riesgo frente a otros más tradicionales. *Adicciones*, 19, 125-132.
- Canning, U., Millward, L., Raj, T., & Warm, D. (2004). *Drug use prevention among young people: a review of reviews*. London: Health Development Agency. Recuperado 26 de Mayo de 2010 de: [www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att\\_46878\\_EN\\_Canning\\_Health%20Development%20Agency%20Review%20of%20Reviews\\_2004.pdf](http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_46878_EN_Canning_Health%20Development%20Agency%20Review%20of%20Reviews_2004.pdf)
- Capafons, A. & Barreto, P. (1989). Competencia aprendida: Fiabilidad y validez de su medida, críticas y recomendaciones. *Revista Española de Terapia del Comportamiento*, 7, 19-39.
- Capafons Bonet, A. & Silva Moreno, F. (2001). *CACIA, Cuestionario de auto-control infantil y adolescente*. Madrid: Tea Ediciones, S.A.
- Capone, C., Wood, M. D., Borsari, B. & Laird, R. D. (2007). Fraternity and sorority involvement, social influences, and alcohol use among college students: A prospective examination. *Psychology of Addictive Behaviors*, 21, 316-327.
- Carrasco Giménez, T.J., Adarne, M.L., & Vila Castelar, J. (1997). Prevención del consumo de drogas y promoción de hábitos de vida saludables en adolescentes (Granada). *Boletín IDEA-Prevención*, 15, 29-30.
- Carrasco, T.J., & Luna, M. (1999). El programa de prevención del consumo de drogas entre adolescentes de la ciudad de Granada. En F. Arce (Ed.), *Prevención municipal de la Drogodependencia*. Alcorcón: Ayuntamiento de Alcorcón.
- Catalano, R.F., & Hawkins, D. (1996). The social development model: A theory of antisocial behavior. En J.D. Hawkins (Ed.), *Delinquency and crime. Current theories*. New York: Cambridge University Press.
- Catalano, R.F., Kosterman, R., Haggerty, K., Hawkins, J.D., & Spoth, R.L. (1998). A universal intervention for the prevention of substance abuse: Preparing for the drug free years. En R.S. Ashery, E.B. Robertson, & K.L. Kumpfer (Eds.), *Drug abuse prevention through family interventions*. Rockville, MD: NIDA Research Monograph 177.
- Cazares, A., & Beatty, L.A. (1994). *Scientific methods for prevention intervention research*. NIDA Research Monograph No. 139. Rockville, Maryland: U.S. Department of Health and Human Services.
- Cleaveland, B. L. (1994). Social cognitive theory recommendations for improving modeling in adolescent substance abuse prevention program. *Journal of Child and Adolescent Substance Abuse*, 3, 53-68.
- Cloninger, C.R., Sigvardsson, S., & Bohman, M. (1988) Childhood personality predicts alcohol abuse in young adults. *Alcoholism*, 12, 494-503.
- Coggans, N., Cheyne, B., & McKellar, S. (2003). *The Life Skills Training Drug Education Programme: a review of research*. Scottish Executive Effective Interventions Unit, Scottish Executive Drug Misuse Research Programme. Scotland: University of Strathclyde.
- Comeche Moreno, M.I., Díaz García, M.I., & Vallejo Nájera, M.A. (1995). *Cuestionarios, inventarios y escalas: Ansiedad, Depresión y Habilidades Sociales*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.
- Comisionado del Plan de Galicia sobre Drogas. (2000). *Avaliación de proceso e resultados da aplicación dos materiais didácticos na ESO*. Colección Drogodependencias, nº 24. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia. Versión bilingüe gallego-castellano.
- Conrad, K.J., & Randolph, F.L. (1999). Creating and using logic models: four perspectives. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 17, 17-31.

- Cuijpers, P. (2002). Effective ingredients of school-based drug prevention programs. A systematic review. *Addictive Behaviors*, 27, 1009-1023.
- Chassin, L., Presson, C.C., Sherman, S.J., Corty, E., & Olshavsky, R.W. (1984). Predicting the onset of cigarette smoking in adolescents: A longitudinal study. *Journal of Applied Social Psychology*, 14, 224-243.
- D'Zurilla, T. J., Nezu, A. M., & Maydeu-Olivares, A. (1998). *Manual for the Social Problem-Solving Inventory Revised (SPSI-R)*. North-Tonawanda, NY: Multi-Health Systems, Inc.
- Dakof, G. A. (2000). Understanding gender differences in adolescent drug abuse: Issues of comorbidity and family functioning. *Journal of Psychoactive Drugs*, 32, 25-32.
- Danel, T., & Touitou, Y. (2004). Chronobiology of alcohol: from chronokinetics to alcohol-related alteration of the circadian system. *Chronobiology International*, 21, 923-935.
- Davis, M.H. (1980). A multidimensional approach to individual differences in empathy. *JSAS Catalog of Selected Documents in Psychology*, 10, 85.
- Davis, M.H. (1983). Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, 113-126.
- De la Rosa López, A. (1995). *La prevención de las drogodependencias: una experiencia práctica evaluada en el ámbito escolar*. Tesis doctoral no publicada. Universitat de Barcelona, Departament de Psiquiatria i Psicobiologia Clínica.
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (2002). *Informe nº 5 del Observatorio Español sobre Drogas. Julio 2002*. Madrid: Ministerio de Interior. Recuperado 26 de Mayo de 2010 de: [www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/oed-5.pdf](http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/oed-5.pdf)
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (2003). *Memoria 2002*. Madrid: Ministerio de Interior. Recuperado 30 de Noviembre de 2010 de: [www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/memo2002.pdf](http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/memo2002.pdf)
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (2008). *Informe de la Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES) 2007/08* Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Recuperado 26 de Mayo 2010 de: [www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/InformeEdades2007-2008.pdf](http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/InformeEdades2007-2008.pdf)
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (2009). *Informe de la Encuesta Estatal sobre Uso de Drogas en Estudiantes de Enseñanzas Secundarias (ESTUDES) 2008*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social. Recuperado 6 de Junio de 2010 de: [www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/Estudes2008\\_Web.pdf](http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/Estudes2008_Web.pdf)
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (2010). *Informe 2009 del Observatorio Español sobre Drogas: Situación y tendencia de los problemas de drogas en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social. Recuperado 10 de Octubre de 2010 de: [www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/oed-2009.pdf](http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/pdf/oed-2009.pdf)
- Delgado, E., Pablos, M., & Sánchez, D. (1996). *Programa de prevención de drogodependencias (tabaco y alcohol) al finalizar la educación primaria*. Memoria de investigación. Sevilla: Comisionado para la Droga. Junta de Andalucía.
- Delgado, B., Bautista, R., Inglés, C.J., Espada, J.P., & Torregrosa, M.S. (2005). Diferencias de género en el consumo de alcohol y tabaco de estudiantes de educación secundaria obligatoria. *Salud y Drogas*, 5, 55-66.
- Díaz-Morales, J.F., & Aparicio García, M. (2003). Relaciones entre matutinidad-vespertinidad y estilos de personalidad. *Anales de Psicología*, 19, 247-256.
- Díaz-Morales, J.F., Dávila de León, M.C., & Gutiérrez Sorroche, M. (2007). Validity of the Morningness-Eveningness Scale for Children among Spanish Adolescents. *Chronobiology International*, 24, 435-447.
- Eggert, L.L., Thompson, E.A., Herting, J.R., & Nicholas, L.J. (1994). A prevention research program: Reconnecting at-risk youth. *Issues in Mental Health Nursing*, 15, 107-135.
- Ellickson, P.L., & Hays, R.D. (1992). On becoming involved with drugs: Modeling adolescent drug use over time. *Health Psychology*, 11, 377-385.
- Ellis, P.H. (1982). Empathy: A factor in antisocial behavior. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 10, 123-134.
- Ennett, S.T., Ringwalt, C.L., Thorne, J., Rohrbach, L.A., Vincus, A., Simons-Rudolph, A., & Jones, S. (2003). A comparison of current practice in school-based substance use prevention programs with meta-analysis findings. *Prevention Science*, 4, 1-14.
- Escámez, J. (1990). *Drogas y Escuela: Una propuesta de prevención*. Madrid: Dykinson.
- Escámez, J., Falcó, P., García, R., Altabella, J., & Aznar, B. (1993). *Educación para la Salud*. Valencia: Generalitat Valenciana. Fundación de Ayuda contra la Drogadicción y NAU Llibres.

- Espada, J.P., Méndez, X., Botvin, G.J., Kenneth, W.G., Orgilés, M., & Rosa, A.I. (2002). ¿Éxito o fracaso de la prevención del abuso de drogas en el contexto escolar? Un meta-análisis de los programas en España. *Psicología Conductual, 10*, 581-602.
- Espada Sánchez, J.P., Méndez Carrillo, F.X., Griffin, K.W., & Botvin, G.J. (2003). Prevención del abuso de drogas en la adolescencia. En J.M. Ortigosa Quiles, M.J. Quiles Sebastián, F.X Méndez Carrillo (coords.), *Manual de Psicología de la Salud en niños, adolescentes y familia* (Capítulo 15). Madrid: Psicología Pirámides.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (1996). *1995 Annual report on the state of the drugs problem in the European Union*. Luxembourg: Publications Office of the European Union. Recuperado 2 de Noviembre de 2010 de: [www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index37356EN.html](http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index37356EN.html)
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2010). *Prevention and Evaluation Resources Kit (PERK): A manual for prevention professionals*. Luxembourg: Publications Office of the European Union. Recuperado 25 de Mayo de 2010 de: [www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att\\_105843\\_EN\\_Manual4PERK.pdf](http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_105843_EN_Manual4PERK.pdf)
- Faggiano, F., Vigna-Taglianti, F.D., Versino, E., Zambon, A., Borraccino, A., & Lemma, P. (2008). School-based prevention for illicit drug use: a systematic review. *Preventive Medicine, 46*, 385-396.
- Federación Española de Municipios y Provincias. (2009). *III Catálogo de Buenas Prácticas en Drogodependencias*. Madrid: Grupo 5, Acción y Gestión Social. Recuperado 10 de Mayo de 2010 de: [www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/IIIBuenasPracticasFEMP.pdf](http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/IIIBuenasPracticasFEMP.pdf)
- Flay, B. R., & Petraitis, J. (1995). Aspectos metodológicos en la investigación de medidas preventivas del consumo de drogas: fundamentos teóricos. En C. G. Leukefeld, & W. J. Bukoski (Eds.), *Estudios sobre intervenciones en prevención del abuso de drogas: aspectos metodológicos* (pp. 83-108). Madrid: Centro de Estudios de Promoción de la Salud.
- Flay, B.R., & Petraitis, J. (2003). Bridging the gap between substance use prevention theory and practice. En Z. Sloboda & W.J. Bukoski (Eds.), *Handbook of Drug Abuse Prevention: Theory, Science, and Practice*. (Capítulo 14). New York: Kluwer Academic/Plenun Publishers.
- Frías Navarro, M.D., Pascual Llobell, J., & García Pérez, J.F. (2000). Tamaño del efecto del tratamiento y significación estadística. *Psicothema, 12*(Supl. 2), 236-240.
- Friedman, A.S., & Utada, A. (1989). A method for diagnosing and planning the treatment of adolescents drug abusers (The Adolescent Drug Abuse Diagnosis (ADAD) instrument). *Journal of Drug Education, 19*, 285-312.
- Froján, M. X., & Santacreu, J. (1994). Evaluación de programas de prevención del consumo de drogas. *Adicciones, 6*, 283-299.
- Gambrill, E.D., & Richey, C.A. (1975). An assertion inventory for use in assessment and research. *Behavior Therapy, 6*, 550-561.
- Gázquez Pertusa, M., García del Castillo, J.A., & Espada, J.P. (2009). Características de los programas eficaces para la prevención escolar del consumo de drogas. *Health and Addictions/Salud y Drogas, 9*, 185-208.
- George, D., & Mallery, P. (1995). *SPSS/PC+ Step by step. A simple guide and reference*. Belmont: Wadsworth Publishing.
- Gil Carmena, E. (2005). *Evaluación del programa de prevención escolar y familiar 'Entre todos'*. Madrid: Proyecto Hombre. Recuperado 21 de Mayo de 2010 de: [www.proyectohombre.es/images/Publicaciones/Entretodos/evalu-entretod.pdf](http://www.proyectohombre.es/images/Publicaciones/Entretodos/evalu-entretod.pdf)
- Gismero González, E. (2000). *Escala de Habilidades Sociales, EHS*. Madrid: TEA Ediciones, S.A.
- Goldberg, L., Elliot, D.L., Clarke, G., MacKinnon, D.P., & Moe, E. (1996). The ATLAS (Adolescents Training and Learning to Avoid Steroids) Program: Effects of a multidimensional anabolic steroid prevention intervention. *Journal of the American Medical Association, 276*, 1555-1562.
- Gómez-Fragüela, J.A., Luengo, M.A., Romero, E., & Otero, J.M. (1996). El papel de las habilidades de resolución de problemas interpersonales en la comprensión de las conductas de consumo de drogas de los adolescentes. Comunicación presentada en el *II Congreso Iberoamericano de Salud y Conducta*. Granada.
- González Menéndez, A., Fernández Hermida, J.R., & Secades Villa, R. (Coords.) (2004). *Guía para la detección e intervención temprana con menores en riesgo*. Gijón: Colegio Oficial de Psicólogos del Principado de Asturias.
- Gonzalo-Valdivia, C. (s.f). Epidemiología analítica: Estudio de cohortes. En *El Epicentro, Un sitio de apoyo al aprendizaje de la Epidemiología*. Recuperado 6 de Junio de 2010 de: <http://escuela.med.puc.cl/recursos/recepidem/index.htm>
- Gordon, R.S. (1983). An operational classification of disease prevention. *Public Health Rep, 98*, 17-109.

- Gottfredson, D.C. (1988). An evaluation of an organization development approach to reducing school disorder. *Evaluation Review, 11*, 739-763.
- Grunberg, N., Winders, S. & Wewers, M. E. (1991). Gender differences in tobacco use. *Health Psychology, 10*, 143-153.
- Harrell, A.V., & Wirtz, P.W (1989). *Adolescent Drinking Index Test and Manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Hawks, D., Scott, K., & McBride, N. (2002). *Prevention of psychoactive substance use. A selected review of what works in the area of prevention*. Geneva: World Health Organization. Recuperado 21 de Mayo de 2010 de: [www.who.int/mental\\_health/evidence/en/prevention\\_intro.pdf](http://www.who.int/mental_health/evidence/en/prevention_intro.pdf)
- Hawkins, J.D., Catalano, R.F., & Miller, J.Y. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin, 112*, 64-105.
- Hibell, B., Guttormsson, U., Ahlström, S., Balakireva, O., Bjarnason, T., Kokkevi, A., et al. (2009). *The 2007 ESPAD Report. Substance use among students in 35 European countries*. Estocolmo: The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs.
- Hicks, B. M., Blonigen, D. M., Kramer, M. D., Krueger, R. F., Patrick, C. J., Iacono, W. G. et al. (2007). Gender differences and developmental change in externalizing disorders from late adolescence to early adulthood: A longitudinal twin study. *Journal of Abnormal Psychology, 116*, 433-447.
- Iglesias, V., Cavada, G., Silva, C., & Cáceres, D. (2007). Consumo precoz de tabaco y alcohol como factores modificadores del riesgo de uso de marihuana. *Revista de Saúde Pública, 41*, 517-522.
- International Commission of Test (ITC) (2010). International Test Commission Guidelines for Translating and Adapting Tests. Recuperado 14 de Diciembre de 2010: [www.intestcom.org/upload/sitefiles/40.pdf](http://www.intestcom.org/upload/sitefiles/40.pdf)
- Jessor, R. (1992). Risk behavior in adolescence: A psychosocial framework for understanding and action. En D.E. Rogers & E. Ginzberg (Eds.), *Adolescents at Risk: Medical and Social Perspectives* (Capítulo 3). Boulder, CO: Westview Press.
- Jessor, R., Donovan, J. E., & Costa, F. M. (1991). *Beyond adolescence: Problem behavior and young adult development*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Jessor, R., & Jessor, S. L. (1977). *Problem behavior and psychosocial development: A longitudinal study of youth*. San Diego, CA: Academic Press.
- Jiménez Fuensalida, A., & Arbex Sánchez, C. (2006). *Déjame que te cuente algo sobre... "los porros". Evaluación de programa de prevención del consumo de cannabis*. Madrid: Ática Servicios de Salud, S.L.
- Kaminer, Y., Buckstein, O., & Tarter, R.E. (1991). The Teen-Addiction Severity Index: Rationale and Reliability. *The International Journal of the Addictions, 26*, 219-226.
- Kaminer, Y., Wagner, E., Plummer, B., & Seifer, R. (1993). Validation of the Teen Addiction Severity Index. *The American Journal of the Addictions, 2*, 250-254.
- Kandel, D.B. (1975). Stages in adolescent involvement in drug use. *Science, 190*, 912-914.
- Kandel, D.B. (1982). Epidemiological and psychological perspectives on adolescent drug use. *Journal of American Academic Clinical Psychiatry, 21*, 328-341.
- Kandel, D.B., & Yamaguchi, K. (1993). From beer to crack: developmental patterns of drug involvement. *American Journal of Public Health, 83*, 851-855.
- Kaplan, H.B. (1996). Empirical validation of the applicability of an integrative theory of deviant behavior to the study of drug use. *Journal of Drug Issues, 262*, 345-377.
- Kellam, S.G., Ensminger, M.E., & Simon, M.B. (1980). Mental health in first grade and teenage drug, alcohol, and cigarette use. *Drug and Alcohol Dependence, 5*, 273-304.
- Kirisci, L., Mezzich, A., & Tarter, R. (1995). Norms and sensitivity of the adolescent version of the Drug Use Screening Inventory. *Addictive Behaviors, 20*, 149-157.
- Kloos, A., Weller, R., Chan, R. & Weller, E. (2009). Gender differences in adolescent substance abuse. *Current Psychiatry Reports, 11*, 120-126.
- Kosterman, R., Hawkins, J.D., Spoth, R., Haggerty, K.P., & Zhu, K. (1997). Preparing for the Drug Free Years: Effects of a preventive parent-training intervention on observed family interactions. *Journal of Community Psychology, 25*, 337-352.

- Kumpfer, K. L., Szapocznik, J., Catalano, R., Clayton, R. R., Liddle, H. A., McMahon, R., et al. (1998). *Preventing substance abuse among children and adolescents: Family centered approaches*. Rockville, MD: Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Substance Abuse Prevention.
- Kumpfer, K.L., & Alder, S. (2003). Dissemination of research-based family interventions for the prevention of substance abuse. En Z. Sloboda & W.J. Bukoski (Eds.), *Handbook of Drug Abuse Prevention: Theory, Science, and Practice*. (Capítulo 4). New York: Kluwer Academic/Plenun Publishers.
- Kuntsche, E., Simons-Morton, B., Fotiou, A., ter Bogt, T. & Kokkevi, A. (2009). Decrease in adolescent cannabis use from 2002 to 2006 and links to evenings spent out with friends in 31 European and North America countries and regions. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 163, 119-125.
- Laflin, M.T., Moore-Hirschl, S., Weis, D.L., & Hayes, B.E. (1994). Use of the theory of reasoned action to predict drug and alcohol use. *Substance Use & Misuse*, 29, 927-940.
- Latimer, W.W., Winters, K.C., & Stinchfield, R.D. (1997). Screening for Drug Abuse Among Adolescents in Clinical and Correctional Settings Using the Problem-Oriented Screening Instrument for Teenagers. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 23, 79-98.
- Leccese, M., & Waldron, H.B. (1994). Assessing adolescent substance abuse: A critique of current measurement instruments. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 11, 553-563.
- Lindquist, C.U., Lindsay, J.S., & White, G.D. (1979). Assessment of assertiveness in drug abusers. *Journal of Clinical Psychology*, 35, 676-679.
- Lochman, J.E. (1992). Cognitive-behavioral intervention with aggressive boys: Three year follow-up and preventive effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 426-432.
- Lochman, J.E. (2003). Preventive intervention targeting precursors. En Z. Sloboda & W.J. Bukoski (Eds.), *Handbook of Drug Abuse Prevention: Theory, Science, and Practice*. (Capítulo 15). New York: Kluwer Academic/Plenun Publishers.
- López-Torrecillas, F., Peralta, I., Muñoz-Rivas, M.J., & Godoy J.F. (2003). Autocontrol y consumo de drogas. *Adicciones*, 15, 127-136.
- Luengo, M.A., Romero, E., Gómez, J.A., Guerra, A., & Lence, M. (1999). *La prevención del consumo de drogas y la conducta antisocial en la escuela: Análisis y evaluación de un programa*. Madrid: Ministerio de Educación y Cultura. Ministerio de Sanidad y Consumo. Ministerio de Interior. Universidad de Santiago de Compostela. Recuperado 10 de Mayo de 2010: [www.educacion.es/cide/espanol/publicaciones/materiales/salud/inv1999pcdcae/inv1999pcdcaeipc.pdf](http://www.educacion.es/cide/espanol/publicaciones/materiales/salud/inv1999pcdcae/inv1999pcdcaeipc.pdf)
- Lloyd, C., Joyce, R., Hurry, J., & Asthon, M. (2000). The effectiveness of primary school drug education. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 7, 109-126.
- Maciá, D. (1995). *Las drogas: conocer y educar para prevenir*. Madrid: Pirámide.
- MacKinnon, D.P., & Dwyer, J.H. (2003). Major data analysis issues in drug abuse prevention research. En Z. Sloboda & W.J. Bukoski (Eds.), *Handbook of Drug Abuse Prevention: Theory, Science, and Practice*. (Capítulo 27). New York: Kluwer Academic/Plenun Publishers.
- Madrid Salud. (2009). *Informe de resultados de la Encuesta domiciliaria sobre alcohol y drogas de la Comunidad de Madrid, 2007*. Recuperado 4 de Junio de 2010 de: [www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1142324517889&language=es&pagename=PortalSalud%2FPPage%2FPTSA\\_pintarContenidoFinal&vest=1156329830252](http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1142324517889&language=es&pagename=PortalSalud%2FPPage%2FPTSA_pintarContenidoFinal&vest=1156329830252)
- Martínez Arias, R. (1995). *Psicometría: Teoría de los test psicológicos*. Madrid: Síntesis.
- Martínez Arias, R. (1999). *Análisis multivariante en la investigación científica*. (Colección: Cuadernos de Estadística nº1). Madrid: La Muralla.
- Martínez, I.M., & Salvador, T. (1999). *Catálogo de Programas de Prevención del Abuso de Drogas*. Madrid: Agencia Antidroga. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid.
- Martínez Higuera, I.M., & Garrido Gutiérrez, I. (2000). *Evaluación de los cambios producidos tras la aplicación del Programa de Prevención sobre Drogas de Edad Temprana 'En la Huerta con mis Amigos'*. Trabajo presentado al Premio de Investigación en Prevención del Abuso de Drogas 2000. Madrid. Agencia Antidroga. No publicado.
- Martínez Higuera, I.M. (2001). *Guía de Aplicación y Evaluación Continua y Sistemática del Programa En la Huerta con mis Amigos (EHA)*. Comunidad de Madrid. Consejería de Sanidad. Agencia Antidroga. No publicado.

- Martínez Higuera, I.M. (2007). *Mujeres y Drogas: Claves para la prevención y el tratamiento*. Ponencia. Zaragoza: XX Jornadas Nacionales de Drogadependencias de la Cruz Roja.
- Martínez Higuera, I.M. (2008). *Prevención escolar sobre drogas basada en la evidencia: Desarrollo de protocolos y normas de calidad para la evaluación de programas de prevención en la Comunidad de Madrid*. Estudio para optar al DEA (Diploma de Estudios Avanzados). Dir. Dr. J.A. López Moreno. Madrid: Universidad Complutense. No publicado.
- Mathias, R. (1996). Protective factors can buffer high-risk youths from drug use. *NIDA Notes*, 11, 7-9.
- Maydeu-Olivares, A., & D'Zurilla, T.J. (1996). A factor-analytic study of the Social Problem-Solving Inventory: An integration of theory and data. *Cognitive Therapy and Research*, 20, 115-133.
- McCorry, F. (2007). Quality and performance improvement: what's a program to do? *NIDA Science & Practice Perspectives*, 3, 37-45.
- McCown, W.G., & DeSimone, P.A. (1993). Impulses, impulsivity, and impulsive behaviors: A historical review of a contemporary issue. En W.G. McCown, J.L. Johnson, & M.B. Shure. (Eds.), *The Impulsive Client; Theory, Research, and Treatment*. Washington, DC: American Psychological Association.
- McGrath, Y., Sumnall, H., Edmonds, K., McVeigh, J., & Bellis, M. (2006). *Review of grey literature on drug prevention among young people*. London: National Institute for Health and Clinical Excellence. Recuperado 26 de Mayo de 2010 de: [www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att\\_46880\\_EN\\_McGrathdrug\\_use\\_prev\\_update\\_v9\[1\].pdf](http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_46880_EN_McGrathdrug_use_prev_update_v9[1].pdf)
- Megías, E., & Méndez, S. (Dir.). (2006). *Prevenir para Vivir. Guía didáctica*. Madrid: Fundación de Ayuda contra la Drogadicción. FAD.
- Melero, J.C. (1998). *Smoking prevention in Secondary Education. Evaluation*. Bilbao: Edex. Gobierno Vasco. FARES. Comisión Europea.
- Melero, J.C., Flores, R., & Pérez Oñate, I. (1999). Evaluación del programa de prevención del tabaquismo en Educación Secundaria Obligatoria. *Itaca*, 4, 7-28.
- Mellanby, A. R., Rees, J. B., & Tripp, J. H. (2000). Peer-led and adult-led school health education: a critical review of available comparative research. *Health Education Research*, 15, 533-545.
- Mendoza, R., Batista, J. M. & Rubio, A. (2005). El desarrollo de estilos de vida en los adolescentes escolarizados: diferencias entre chicos y chicas. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 58, 51-74.
- Mensch, B.D., & Kandell, D.B. (1988). Dropping out of high school and drug involvement. *Sociology of Education*, 61, 95-113.
- Mestre, V., Samper, P., & Frías, M.D. (2002). Procesos cognitivos y emocionales predictores de la conducta prosocial y agresiva: la empatía como factor modulador. *Psicothema*, 14, 227-232.
- Mestre, V., Frías, M.D., & Samper, P. (2004). La medida de la empatía: análisis del *Interpersonal Reactivity Index*. *Psicothema*, 16, 255-260.
- Mestre Escribá, V., Frías Navarro, M.D., & Samper García, P. (2004). La medida de la empatía: Análisis del *Interpersonal Reactivity Index*. *Psicothema*, 16, 255-260.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2009). Resolución de 2 de febrero de 2009, de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, por la que se publica el Acuerdo de Consejo de Ministros por el que se aprueba la Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016. *Boletín Oficial del Estado: BOE*, 38, 15284-15312. Recuperado 8 de Mayo de 2010 de: [www.boe.es/boe/dias/2009/02/13/pdfs/BOE-A-2009-2451.pdf](http://www.boe.es/boe/dias/2009/02/13/pdfs/BOE-A-2009-2451.pdf)
- Mirón, L., Otero, J.M., & Luengo, M.A. (1989). Empatía y conducta antisocial. *Análisis y Modificación de Conducta*, 2, 239-254.
- Moberg, D.P. (1983). Identifying adolescents with alcohol problems. A field test of the Adolescent Alcohol Involvement Scale. *Journal of Studies on Alcohol*, 93, 408-417.
- Molleman, G.R.M., Peters, L.W.H., Hommels, L.M., & Ploeg, M.A. (2003). *Assessment Package; Health Promotion Effect Management Instrument Preffi 2.0*. Woerden, The Netherlands: NIGZ. Netherlands Institute for Health Promotion and Disease Prevention.
- Molleman, G.R.M., & Bouwens, J.G.M. (2005). Creando la base de la evidencia: Del desarrollo de herramientas al establecimiento de un orden del día y la definición de un programa de acción de la promoción de la salud en Europa. *Promotion & Education. Suplement*, 1, 53 -64.

- Molleman, G.R.M., Peter, L.W.H., Hosman, C.M.H., Kok, G.J., & Oosterveld, P. (2006). Project quality rating by experts and practitioners: Experience with Preffi 2.0 as a quality assessment instrument. *Health Education Research: Theory & Practice*, 21, 219-229.
- Moncada Bueno, S. (1997). Factores de riesgo y de protección en el consumo de drogas. En Plan Nacional sobre Drogas (Ed.), *Prevención de las drogodependencias. Análisis y propuestas de actuación* (pp. 85-101). Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Moncada, A., & Pérez, K. (2001). Fiabilidad y validez del auto-informe sobre el consumo de drogas en la población escolarizada de secundaria. *Gaceta Sanitaria*, 15, 406-413.
- Montero, I., & León, O.G. (2002). Clasificación y descripción de las metodologías de investigación en Psicología. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud/International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2, 503-508.
- Montero, I., & León, O.G. (2005). Sistema de clasificación del método en los informes de investigación en Psicología. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud/International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5, 115-127.
- Moral Jiménez, M.V., & Ovejero Bernal, A. (2005). Análisis diferencia por niveles de edad de las actitudes hacia el consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes españoles. *Revista Interamericana de Psicología*, 39, 325-338.
- Moreno, C., Muñoz-Tinoco, V., Pérez, P., Sánchez-Queija, I., Granado, M.C., Ramos, P. et al. (2008). *Desarrollo adolescente y salud. Resultados del Estudio HBSC-2006 con chicos y chicas españoles de 11 a 17 años*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Muñoz Rivas, M.J., Graña Gómez, J.L., & Cruzado Rodríguez, J.A. (2000). *Factores de riesgo en drogodependencias: Consumo de drogas en adolescentes*. Madrid: Sociedad Española de Psicología Clínica, Legal y Forense.
- Muñoz-Rivas, M.J., Gámez-Guadix, M., Graña, J.L., Fernández, L. (2010). Violencia en el noviazgo y consumo de alcohol y drogas ilegales entre adolescentes y jóvenes españoles. *Adicciones*, 22, 125-134.
- Musitu, G.; García, F., & Gutiérrez, M. (1991): *Autoconcepto Forma A (AFA)*. Madrid: TEA.
- National Institute on Drug Abuse. (2003). *Preventing drug use among children and adolescents. A research-based guide*. Bethesda, MD: U.S. Department of Health and Human Services.
- Navarro, J. (dir.) (2000). *El consume de drogas dentro del colectivo femenino: especial referencia al alcohol*. Madrid: Instituto de la Mujer. Recuperado 2 Septiembre de 2010 de: [www.inmujer.migualdad.es/mujer/mujeres/estud\\_inves/2000/501p.pdf](http://www.inmujer.migualdad.es/mujer/mujeres/estud_inves/2000/501p.pdf)
- Newcomb, M.D., Maddahian, E., & Bentler, P.M. (1986). Risk factors for drug use among adolescents: Concurrent and longitudinal analyses. *American Journal of Public Health*, 76, 525-31.
- Noller, P., & Callan, V. (1991). *The adolescent in the family*. London: Routledge.
- Northeast CAPT. (1999). *Science-based Substance Abuse Prevention at a Glance*. Recuperado 2 de Junio de 2010 de: [www.childrens-crisis-prevention.org/science.htm](http://www.childrens-crisis-prevention.org/science.htm)
- Nunnally, J.C. (1978). *Psychometric theory* (2nd. ed.). New York: MacGraw-Hill.
- Observatorio Drogodependencias (2007). *Encuesta sobre Drogas a la Población Escolar del Madrid Año 2006*. Madrid: Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid. Recuperado 18 de Mayo de 2010 de: [www.madrid.org](http://www.madrid.org)
- Observatorio Europeo de Drogas y Toxicomanías (2008). *Informe anual 2008: el problema de la drogodependencia en Europa*. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas.
- Pandina, R., Johnson, V., & Labouvie, E. (1992). Affectivity: A central mechanism in the development of drug dependence. En M. Glantz & Pickens (Eds.), *Vulnerability to drug abuse* (pp. 179-209). Washington, DC: American Psychological Association.
- Palmerín García, A. (Coord.). (2003). *Manual práctico sobre el uso de la información en programas de prevención del abuso de alcohol en jóvenes*. Madrid: Colegio Oficial de Psicólogos.
- Pérez Ramos, M. & Lucio-Gómez Maqueo, E. (2010). Construcción de un modelo de riesgo en el consumo de alcohol y otras sustancias ilícitas en adolescentes estudiantes de Bachillerato. *Salud y Drogas*, 10, 79-96.
- Petraitis, J., Flay, B.R., & Miller, T.Q. (1995). Reviewing theories of adolescent substance use: organizing pieces in the puzzle. *Psychological Bulletin*, 117, 67-86.

- Petterson, P.L., Hawkins, J.D., & Catalano, R.F. (1992). Evaluating comprehensive community drug risk reduction interventions. Design challenges and recommendations. *Evaluation Review*, 16, 579-602.
- Plan Nacional sobre Drogas (2005). *Plan de Acción 2005-2008. Estrategia Nacional sobre Drogas 2000-2008*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Plan Nacional sobre Drogas (2008). *Informe 2007 del Observatorio Español sobre Drogas. Situación y tendencias de los problemas de drogas en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. DGPNSD. Recuperado 20 de Mayo de 2010 de: [www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/oed-2007.pdf](http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/oed-2007.pdf)
- Plan Nacional sobre Drogas (2010). Evaluación final de la Estrategia Nacional sobre Drogas 2000-2008. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social. Recuperado 10 de Octubre de 2010 de: [www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/EvaluacionEstrategia2000-2008.pdf](http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/EvaluacionEstrategia2000-2008.pdf)
- Pollard, J.A., Catalano, R.F., Hawkins, J.D., & Arthur, M.W. (1997). *Development of a school-based survey measuring risk and protective factors predictive of substance abuse, delinquency, and other problem behaviors in adolescent population*. Manuscrito no publicado.
- Ramos Valverde, P. & Moreno Rodríguez, C. (2010). Situación actual del consumo de sustancias en los adolescentes españoles: tabaco, alcohol, cannabis y otras drogas ilegales. *Salud y Drogas*, 10, 13-36.
- Rathus, S. (1973). Thirty-item schedule for assessing assertive behavior. *Behavior Therapy*, 4, 398-406.
- Ringwalt, C., Pankratz, M., Gottfredson, N., Jackson-Newsom, J., Dusenbury, L., Giles, S., Currey, D., & Hansen, B. (2009). The effects of students' curriculum engagement, attitudes toward their teachers, and perception of their teachers' skills on school-based prevention curriculum outcomes. *Journal of Drug Education*, 39, 223-237.
- Roberts, M.C., & James, R.L. (2008). Empirically supported treatments and evidence-based practice for children and adolescents. En R.G. Steele, T.D. Elkin, & M.C. Roberts, (Eds.), *Handbook of Evidence-based Therapies for Children and Adolescents. Bridging Science and Practice*. New York: Springer.
- Rohrbach, L.A., & Milam, J. (2003). Gender issues in substance abuse prevention. En Z. Sloboda & W.J. Bukoski (Eds.), *Handbook of Drug Abuse Prevention: Theory, Science, and Practice*. (Capítulo 17). New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Romero, E. (1996). *La predicción de la conducta antisocial: Un análisis de las variables de personalidad*. Tesis doctoral. Universidad de Santiago de Compostela.
- Romero, E., Luengo, M.A., Carrillo, M.T., & Otero, J.M. (1994). Un análisis transversal y longitudinal de la relación entre autoestima y conducta antisocial en los adolescentes. *Análisis y Modificación de Conducta*, 20, 645-668.
- Romero, E., Luengo, M.A., & Otero, J.M. (1995). La relación entre autoestima y consumo de drogas en los adolescentes: Un análisis longitudinal. *Revista de Psicología Social*, 19, 149-159.
- Romero, E., Luengo, M.A., & Otero, J.M. (1998). A longitudinal approach to the relationship between self-esteem and antisocial behaviour. En J. Bermúdez, B. de Raad, J. de Vries, A.M. Pérez, A. Sánchez, & G.L. Van Heck (Eds.), *Personality Psychology in Europe*, VI Volume. Tilburg, Holanda: Tilburg University Press.
- Rosenbaum, M. (1980). Cuestionario de autocontrol. En A. Capafóns y P. Barreto (1989) (traducción y adaptación), Competencia aprendida: Fiabilidad y validez de su medida, críticas y recomendaciones. *Revista Española de Terapia del Comportamiento*, 1, 19-39.
- Rutter, M. (1992). A conceptual model of interventions based on an understanding of risk and protective factors. En WHO/OPS, *Supporting youth in a time of social change*. Geneva: World Health Organization.
- Saan, H. (2005). El camino hacia la evidencia: La trayectoria europea. *Promotion & Education. Supplement*, 1, 51-52.
- Salvador Llivina, T., & Martínez Higuera, I.M. (1997). La evaluación de programas de prevención de las drogodependencias. *Revista de la Juventud*, 40, 95-108.
- Salvador, T., & Martínez, I.M. (2002). De la magia a la evidencia: desarrollo de las actuaciones preventivas en España. En *Sociedad y Drogas: Una Perspectiva de 15 años* (pp. 31-62). Madrid: Fundación de Ayuda a las Drogodependencias.
- Sánchez Meca, J., Boruch, R.F., Petrosino, A., & Rosa Alcázar, A.I. (2002). La Colaboración Campbell y la práctica basada en la evidencia. *Papeles del Psicólogo*, 83, 44-48.
- Sánchez-Cánovas, J. & Sánchez-López, P. (1999). *Psicología de la diversidad humana*. Madrid: Editorial Centro de Estudios Ramón Areces, S.A.

- Sánchez Pardo, L. (coord.) (2009). *Drogas y perspectiva de género*. Documento Marco. Santiago de Compostela: Servicio Gallego de Salud. Xunta de Galicia. Recuperado 5 de Junio de 2010 de: [www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/GyD\\_DocumentoMarco.pdf](http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/GyD_DocumentoMarco.pdf)
- Santacreu, J., Froján, M.X., & Hernández, J.A. (1992). Modelo de génesis del consumo de drogas: Formulación y verificación empírica. *Análisis y Modificación de Conducta*, 18, 781- 804.
- Santisteban, C. (1990). *Psicometría: teoría y práctica de construcción de test*. Madrid: Norma.
- Santisteban, D.A., Tejada, M., Dominicis, C., & Szapocznik, J. (1999). An efficient tool for screening for maladaptive family functioning in adolescent drug abusers: The Problem Oriented Screening Instrument for Teenagers. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 25, 197-206.
- Santisteban, C. (2009). *Principios de Psicometría*. Madrid: Síntesis.
- Schiaffino, A., Fernández, E., Borrell, C., Salto, E., García, M. & Borrás, J. M. (2003). Gender and educational differences in smoking initiation rates in Spain from 1948 to 1992. *European Journal of Public Health*, 13, 56-60.
- Schinke, D., Brounstein, P., & Gardner, D. (2002). *Science-based prevention programs and principles*. Rockville, MD: Center for Substance Abuse Prevention, Substance Abuse Mental Health Services Administration.
- Schwartz, R.H., & Wirtz, P.W. (1990). Potential substance abuse. Detection among adolescent patients. *Clinical Pediatrics*, 29, 38-43.
- Secades Villa, R., Carballo Crespo, J.L., Fernández-Hermida, J.R., García-Rodríguez, O., & García-Cueto, E. (2006). *FRIDA. Factores de riesgo interpersonales para el consumo de drogas en adolescentes*. Madrid: TEA Ediciones, S.A.
- Sheier, L.M., & Btovin, G.J. (1998). Relations of social skills, personal competence, and adolescent alcohol use: A developmental exploratory study. *Journal of Early Adolescence*, 18, 77-114.
- Simons-Morton, B. G., Farhat, T., ter Bogt, T. F. M., Hublet, A., Kuntsche, E., Gabhainn, S. N., et al. (2009). Gender specific trends in alcohol use: Cross-cultural comparisons from 1998 to 2006 in 24 countries and regions. *International Journal of Public Health*, 54 (Suppl. 2), 1-10.
- Speller, V., Wimbush, E., & Morgan, A. (2005). Práctica de la promoción de la salud basada en la evidencia: Cómo conseguir que funcione. *Promotion & Education. Suplement*, 1, 56.
- Stead, M., Stradling, R., MacNeil, M., MacKintosh, A.M., & Minty, S. (2007). Implementation evaluation of the blueprint multi-component drug prevention programme: fidelity of school component delivery. *Drug and Alcohol Review*, 26, 653-664.
- Steffenhagen, R.A. (1980). Self-esteem theory of drug abuse. En D.J. Lettieri, M. Sayers, & H.W. Pearson (Eds.), *Theories on drug abuse. Selected contemporary perspectives*. Rockville, Maryland: National Institute on Drug Abuse.
- Sumnall, H., Bellis, M., Hughes, K., Calafat, A., Juan, M., & Mendes, F. (2010). A choice between fun or health? Relationships between nightlife substance use, happiness and mental well-being. *Journal of Substance Use*, 15, 89-104.
- Sussman, S., Dent, C.W., Severson, H.H., Burton, D., & Fley, B.R. (1998). Self-initiated quitting among adolescent smokers. *Preventive Medicine*, 27, 10-28.
- Thomas, B.S., & Hsiu, L.T. (1993). The role of selected risk factors in predicting adolescent drug use and its adverse consequences. *International Journal of the Addictions*, 28, 1549-1563.
- Tobler, N. (1986). Meta-analysis of 143 adolescent drug prevention programs: quantitative outcomes results of program participants compared to a control or comparison group. *Journal of Drug Issues*, 16, 537-567.
- Tobler, N.S. (1992a). *Meta-analysis of adolescent drug prevention programs: Final report*. Rockville, MD: National Institute of Drug Abuse.
- Tobler, N. (1992b). Drug prevention programs can work: Research findings. *Journal of Addictive Diseases*, 11, 1-28.
- Tobler, N. (1993). Up-dated meta-analysis of adolescent drug prevention programs. En *Evaluating School-linked Prevention Strategies: Alcohol, Tobacco and Other Drugs* (pp- 71-86). San Diego: Ringwalt, Ryan & Zimmerman. UCSD Extension, University of California.
- Tobler, N. (1997). Aspectos del meta-análisis en la investigación de intervenciones preventivas. En *Progresos en el análisis de datos para la investigación de intervenciones preventivas* (capítulo 11). Madrid: Fundación de Ayuda contra la Drogadicción y Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid.

- Tobler, N.S., & Stratton, H.H. (1997). Effectiveness of school-based drug prevention programs: A meta-analysis of the research. *The Journal of Primary Prevention, 18*, 71-128.
- Vázquez, F., & Becoña, E. (2000). Factores de riesgo y escalada cannabinoide. *Adicciones, 12*, 175-184.
- Villalbí, J.R. (1993). Evaluación de Proyecto PASE de Barcelona. En *Materiales y recursos para la prevención del uso indebido de drogas. Aportaciones presentadas al encuentro celebrado en Bilbao en 1992* (Págs. 43-56). Bilbao: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.
- Villalbí, J.R., Ballestin, M., Nebot, M., Brugal, T., & Díez, E. (1997). The prevention of substance abuse in schools: a process evaluation of the adoption of a standardized education module. *Promotion & Education, 1*, 1-13.
- Villalbí, J.R., Vives, R., Nebot, M., Díez, E., & Ballestín, M. (1998). El tabaco y los escolares: Contexto, opiniones y comportamientos. *Medicina Clínica (Barc.), 110*, 579-581.
- White, D., & Pitts, M. (1998). Educating young people about drugs: a systematic review. *Addiction, 93*, 1475-1487.
- Wills, T.A., & Filler, M. (1996). Stress-coping model of adolescents substance use. En T.H. Ollendick, & R.J. Prinz (Eds.), *Advances in clinical child psychology, volume 18* (pp. 91-132). New York: Plenum.
- Wilsnack, R. W., Vogeltanz, N. D., Wilsnack, S. C., Harris, T. H., Ahlström, S., Bondy, S., et al. (2000). Gender differences in alcohol consumption and adverse drinking consequences: Cross-cultural patterns. *Addiction, 95*, 251-265.
- Windle, M., & Windle, R. C. (1999). Adolescent tobacco, alcohol and drug use: current findings. *Adolescent Medicine: State of the Art Reviews 10*, 153-63.
- Winters, K. (1992). Development of an adolescent substance abuse screening questionnaire. *Addictive Behaviors 17*, 479-490.
- Winters, K.C., & Henly, G.A. (1989). *The Personal Experience Inventory Manual*. Los Angeles, CA: Western Psychological Services.
- Winters, K.C. & Henly, G.A. (1993). *Adolescent Diagnostic Interview Manual*. Los Angeles: Western Psychological Services.
- Wolpe, J., & Lazarus, A.A. (1966). *Behavior therapy techniques*. Oxford: Pergamon.
- World Health Organization (2007). *The European tobacco control report 2007*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Yamaguchi, K., & Kandel, D.B. (1984). Pattern of drug use from adolescence to young adulthood: II. Sequences of progression. *American Journal of Public Health, 74*, 668-672.
- Zaldívar Basurto, F., García Montes, J.M., Flores Cubos, P., Sánchez Santed, F., López Ríos, F., & Molina Moreno, A. (2009). Validity of the self-report on drug use by university students: Correspondence between self-reported use and use detected in urine. *Psicothema, 21*, 213-219.

# **ANEXOS**



## **ANEXO 1**



**PREVENCIÓN ESCOLAR SOBRE DROGAS  
EN LA COMUNIDAD DE MADRID DURANTE 2006**

MUNICIPIO	Habitantes	Nº centros escolares / Nº alumnos participantes programas prevención (**)						Totales		
		A	B	C	D	E	F	Progra mas	Escue las	Alum nos
Móstoles *	206.301	16 1655	--	20 1717	9 269	1 72	4 237	5	50	3950
Alcalá de Henares *	201.380	2 127	2 173	4 1165	7 210	5 987	3 100	6	23	2762
Fuenlabrada *	193.715	8 1033	--	17 2076	10 267	25 4438	6 636	5	66	8450
Leganés	182.471	--	--	12 1063	7 118	1 198	--	3	20	1379
Alcorcón *	164.633	13 1526	--	12 1710	9 425	2 246	4 386	5	40	4293
Getafe *	156.320	7 618	--	--	14 1193	11 2315	10 793	4	42	4919
Torrejón de Ardoz *	112.114	7 540	2 78	5 1606	7 440	13 2571	--	5	34	5235
Alcobendas *	104.118	5 592	--	3 624	4 178	9 2125	--	4	21	3519
Parla *	95.087	--	--	6 1802	2 128	2 467	--	3	10	2397
Coslada *	83.233	9 818	--	8 690	11 1001	2 316	--	4	30	2825
Pozuelo de Alarcón	79.581	6 346	--	--	--	2 402	1 129	3	9	877
Las Rozas de Madrid	75.719	--	--	--	--	3 798	--	1	3	798
San Sebastián de los Reyes *	67.351	1 101	--	4 994	3 146	4 1953	--	4	12	3194
Majadahonda *	62.270	--	--	--	3 294	--	1 98	2	4	392
Rivas-Vaciamadrid	53.459	--	--	--	1 28	2 371	--	2	3	399
Collado Villalba *	52.083	10 1645	--	--	4 153	2 593	4 542	4	20	2933
Mancomunidad THAM (2)	49.245	7 952	--	--	2 98	--	--	2	9	1050
Valdemoro *	48.517	3 468	1 54	6 1636	1 123	2 674	--	5	13	2955
Aranjuez *	46.283	--	--	5 1174	2 100	6 1554	--	3	13	2828
Arganda del Rey *	45.085	--	--	--	3 50	3 511	1 60	3	7	621
Colmenar Viejo *	40.878	5 250	2 102	4 265	2 393	1 213	2 156	6	16	1379
San Fernando de Henares *	40.048	1 93	--	3 402	3 353	3 789	3 453	5	13	2090
Tres Cantos *	39.826	1 42	--	--	2 172	2 256	2 98	4	7	568
Pinto	39.432	--	--	--	2 119	2 1000	--	2	4	1119
Boadilla del Monte	37.926	--	--	--	1 77	2 1218	--	2	3	1295
Mancomunidad Mejorada – Velilla	30.458	--	1 51	1 449	2 72	--	--	3	4	572
Galapagar	28.924	--	--	2 393	--	--	--	1	2	393
Mancomunidad los Pinares (1)	28.043	--	--	1 167	4 212	--	2 172	3	7	551
Villaviciosa de Odón	26.076	--	--	1 219	--	1 87	--	2	2	305
Mejorada del Campo	21.052	--	--	--	--	--	--	--	--	--
Torrelodones	19.843	--	--	--	--	3 813	--	1	3	813

MUNICIPIO	Habitantes	Nº centros escolares / Nº alumnos participantes programas prevención (**)						Totales		
		A	B	C	D	E	F	Programas	Escuelas	Alumnos
Ciempozuelos	18.764	--	--	--	--	2 698	--	1	2	698
Algete	18.176	1 23	--	2 272	1 150	1 556	1 190	5	6	1191
Navalcarnero	17.567	--	--	--	--	2 520	--	1	2	520
San Lorenzo de El Escorial *	16.005	4 615	--	2 183	6 348	--	--	3	12	1146
San Martín de la Vega	15.677	--	--	1 354	--	--	--	1	1	354
Humanes de Madrid	15.589	--	--	--	--	1 148	--	1	1	148
Villanueva de la Cañada	14.809	--	--	--	--	1 89	--	1	1	89
El Escorial	14.113	--	--	--	1 108	--	--	1	1	108
Guadarrama	13.025	--	--	--	1 200	--	--	1	1	200
Villanueva del Pardillo	12.879	--	--	--	--	--	--	--	--	--
Alpedrete	11.588	--	--	--	--	1 428	--	1	1	428
Meco	11.094	--	--	--	1 298	1 184	--	2	2	482
Soto del Real	7.865	--	--	--	--	1 916	--	1	1	916
Villalbilla	7.761	--	--	--	--	1 143	--	1	1	143
San Martín de Valdeiglesias	7.403	--	--	--	--	1 158	--	1	1	158
Daganzo de Arriba	7.340	--	--	--	--	1 281	--	1	1	281
Colmenarejo	7.308	--	--	--	--	1 223	--	1	1	223
Colmenar de Oreja	7.247	--	--	--	--	1 118	--	1	1	118
Villarejo de Salvanés	6.713	--	--	--	1 65	1 592	--	2	2	657
Manzanares el Real	6.376	--	--	--	--	1 113	--	1	1	113
Torres de la Alameda	6.359	--	--	--	--	1 360	--	1	1	360
Chinchón	4.943	--	--	--	--	1 145	--	1	1	145
Becerril de la Sierra	4.762	--	--	--	--	1 129	--	1	1	129
Torrejón de Velasco	3.532	--	--	--	--	1 107	--	1	1	107
Cubas de la Sagra	3.164	--	--	--	--	1 65	--	1	1	65
Cadalso de los Vidrios	2.741	--	--	--	--	1 231	--	1	1	231
Perales de Tajuña	2.469	--	--	--	--	1 52	--	1	1	52
Pelayos de la Presa	2.209	--	--	--	--	1 102	--	1	1	102
Quijorna	2.177	--	--	--	--	1 63	--	1	1	63
Aldea del Fresno	2.124	--	--	--	--	1 55	--	1	1	55
Talamanca de Jarama	2.097	--	--	--	--	1 222	--	1	1	222
Chapinería	1.788	--	--	--	--	1 285	--	1	1	285
El Vellón	1.304	--	--	--	--	1 69	--	1	1	69
Belmonte de Tajo	1.266	--	--	--	--	1 109	--	1	1	109

MUNICIPIO	Habitantes	Nº centros escolares / Nº alumnos participantes programas prevención (**)						Totales		
		A	B	C	D	E	F	Programas	Escuelas	Alumnos
<b>Valdeavero</b>	900	--	--	--	--	1 18	--	1	1	18
<b>Torremocha de Jarama</b>	609	--	--	--	--	1 64	--	1	1	64
<b>Ribatejada</b>	504	--	--	--	--	1 12	--	1	1	12
<b>Patones</b>	441	--	--	--	--	1 13	--	1	1	13
<b>Valdepiélagos</b>	412	--	--	--	--	1 35	--	1	1	35
<b>Total escuelas</b>		106	8	119	126	145	44			
<b>Total alumnos</b>		11444	458	18961	7788	32270	4050			

(\*) Municipios con convenios con la Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid.

(\*\*) Programas de Prevención: A) En la Huerta con mis Amigos, B) Prevenir en Colección, C) Programa escolar de prevención de las drogodependencias a través del cine, D) Programa de prevención escolar del consumo de alcohol y otras drogas dirigido a adolescentes de la Comunidad de Madrid, E) Prevenir para Vivir: Programa de prevención de alta cobertura, F) Déjame que te cuente algo sobre los porros

Fuente: Agencia Antidroga, 2007

## **ANEXO 2**





COLEGIO:

Fecha:

CURSO: AULA:

SEXO: \_\_\_ Chico \_\_\_ Chica

EDAD: \_\_\_ Lugar de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Nº DE CUESTIONARIO: \_\_\_\_\_

Somos un equipo de investigación que estamos realizando un estudio para la Comunidad de Madrid sobre programas de prevención para mejorar tus competencias y habilidades personales y sociales. Necesitamos conocer tu opinión, tu conducta y creencias para lo cual pedimos tu colaboración.

Para que puedas contestar con la máxima sinceridad y libertad a las preguntas que vamos a realizar, te garantizamos el carácter CONFIDENCIAL y el anonimato de tus respuestas. Sin embargo, con el objeto de emparejar este cuestionario con los que se puedan hacer en el futuro necesitamos que construyas tu mismo tu propia clave siguiendo estas indicaciones.

La clave se construye anotando donde pone CLAVE los siguientes datos:

1. Fecha de nacimiento: día, mes y año en dos dígitos.
2. Número de orden que ocupas entre tus hermanos (1 si eres el mayor, 2 si eres el siguiente, 3 etc.). Si eres hijo único debes poner 1.
3. La primera letra de tu primer apellido: A, B, C, D, etc.
4. La primera letra de tu segundo apellido: A, B, C, D, etc.

CLAVE:

CLAVE:

--	--	--	--	--	--

Fecha de nacimiento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Nº de orden que ocupas entre tus hermanos: \_\_\_

Primera letra de tu 1er apellido: \_\_\_ Primera letra de tu 2º apellido: \_\_\_

En general, la forma de contestar a cada pregunta es con una cruz en la marca como esta [ ] que esté debajo de la respuesta que mejor describa tu conducta u opinión. Por ejemplo:

¿Con qué frecuencia realizas las actividades siguientes?	Nunca	Rara vez	Casi siempre	Siempre
1. Tomar tres comidas al día	[ ]	[ ]	[ ]	<b>X</b>

Si te equivocas., tacha y vuelve a marcar la respuesta que mejor describa tu situación a cada pregunta.

Para cada pregunta, primero lee todas las opciones que te da, y luego elige la que se ajuste a tu situación u opinión.

Por favor contesta con total **SINCERIDAD y NO DEJES NINGUNA PREGUNTA SIN CONTESTAR**. No hay tiempo límite para completar este cuestionario, pero trabaja sin detenerte. MUCHAS GRACIAS.

1. Las siguientes frases se refieren a pensamientos y sentimientos en una variedad de situaciones. Para cada cuestión indica **CÓMO TE DESCRIBE** de acuerdo a las siguientes categorías: no me describe bien, me describe un poco, me describe bastante bien, me describe bien, me describe muy bien. Cuando hayas elegido tu respuesta, marca con una cruz la casilla correspondiente. Lee cada frase cuidadosamente antes de responder

	No me describe bien	Me describe un poco	Me describe bastante bien	Me describe bien	Me describe muy bien
1. A menudo tengo sentimientos tiernos y de preocupación hacia la gente menos afortunada que yo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. A menudo encuentro difícil ver las cosas desde el punto de vista de otra persona	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. A veces no me siento muy preocupado por otras personas cuando tiene problemas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Intento tener en cuenta cada una de las partes (opiniones) en un conflicto antes de tomar una decisión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Cuando veo que a alguien se le toma el pelo tiendo a protegerlo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. A menudo intento comprender mejor a mis amigos imaginándome cómo ven ellos las cosas (poniéndome en su lugar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Las desgracias de otros normalmente no me molestan mucho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Si estoy seguro que tengo la razón en algo no pierdo tiempo escuchando los argumentos de los demás	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Cuando veo a alguien que está siendo tratado injustamente a veces no siento ninguna compasión por él	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. A menudo estoy bastante afectado emocionalmente por cosas que veo que ocurren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Pienso que hay dos partes para cada cuestión e intento tener en cuenta ambas partes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Cuando estoy disgustado con alguien normalmente intento ponerme en su lugar por un momento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Me describiría como una persona bastante sensible	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Antes de criticar a alguien intento imaginar cómo me sentiría si estuviera en su lugar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Las siguientes frases describen como te comportas, piensas o te sientes. Contesta verdadero (V) o falso (F) de acuerdo a si reflejan tu forma de actuar.

	V	F
15. Sé portarme adecuadamente sin que me castiguen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Los demás dicen que soy un irresponsable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Aguanto peor el dolor que la mayoría	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Me pongo muy nervioso cuando tengo problemas personales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Aunque me diesen dinero para hacer algo que me parece mal (por ejemplo, engañar a un amigo, pegar a un niño pequeño, etc.) haría lo que creo que está bien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Aguanto que me hagan daño como el que más si por eso me voy a poner mejor (de salud)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Soy capaz de aguantar que me peguen o insulten con tal de hacer algo que creo que debo hacer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Cuanto me siento triste o decaído, tardo bastante en comenzar a animarme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Si tengo miedo por algo, me aguanto y hago lo que tengo que hacer (por ejemplo, ir por una calle oscura, hablar con un profesor muy duro, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Es difícil que castigándome y pegándome consigan algo de mí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. A continuación hay unas frases que expresan la OPINION QUE TIENES DE TI MISMO. Marca la respuesta que te parezca correcta (V= Verdadero o F= Falso) aplicada a tu caso

	V	F
25. En general estoy satisfecho conmigo mismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. A veces pienso que no sirvo para nada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Creo tener algunas cualidades buenas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Puedo hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	V	F
29. Tengo pocos motivos para sentirme orgulloso de mí mismo	[ ]	[ ]
30. A veces me siento inútil	[ ]	[ ]
31. Me considero tan valioso como los demás	[ ]	[ ]
32. Desearía gustarme más	[ ]	[ ]
33. Pienso que soy un fracaso	[ ]	[ ]
34. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo	[ ]	[ ]

4. Ahora te pedimos que nos digas **CÓMO TE SENTIRÍAS** (bien, regular o mal) si t tuvieses que **ENFRENTARSE A SITUACIONES** en las que deberías realizar las siguientes conductas

	Me sentiría BIEN	Me sentiría REGULAR	Me sentiría MAL
35. Negarte a hacer algo que te piden cuando no lo quieres hacer	[ ]	[ ]	[ ]
36. Expresar una opinión diferente a la de los demás	[ ]	[ ]	[ ]
37. Resistir la presión de tus amigos cuanto te animan a tomar alcohol	[ ]	[ ]	[ ]
38. Decirle a alguien que crees que ha actuado injustamente	[ ]	[ ]	[ ]
39. Pedir que te atiendan (por ejemplo en la cafetería, comercio...)	[ ]	[ ]	[ ]
40. Resistir presiones de tus amigos para fumar	[ ]	[ ]	[ ]
41. Pedirle a alguien que te devuelva algo que le has prestado	[ ]	[ ]	[ ]
42. Devolver un producto que has comprado defectuoso	[ ]	[ ]	[ ]
43. Pedir a alguien que te está molestando que deje de hacerlo	[ ]	[ ]	[ ]
44. Resistir presiones de otros para consumir drogas	[ ]	[ ]	[ ]
45. Resistir la insistencia de un vendedor para que compres algo	[ ]	[ ]	[ ]
46. Decirle a alguien que te gusta	[ ]	[ ]	[ ]
47. Decir un cumplido a un amigo	[ ]	[ ]	[ ]
48. Preguntar a alguien si le has ofendido	[ ]	[ ]	[ ]
49. Comenzar una conversación con un extraño	[ ]	[ ]	[ ]

5. A continuación verás una serie de preguntas acerca de cómo **TE COMPORTAS GENERALMENTE EN DIFERENTES SITUACIONES**. Después de cada pregunta aparecen cuatro alternativas de respuesta. Escoge del cuadro de la derecha la que más se parezca a lo que tú haces normalmente en esa situación y márcala con una cruz. Si nunca te has encontrado en alguna de las situaciones descritas, escoge la opción que más se parezca a cómo imaginas que te comportarías en esa situación. Piensa con detenimiento tu respuesta. **No contestes cómo crees que deberías comportarte en esas situaciones sino cómo te comportas realmente.**

50. Alguien te dice "Eres una persona muy simpática". ¿Qué harías o dirías normalmente?	<input type="checkbox"/> a) Decir: "Muchas gracias". <input type="checkbox"/> b) Quedarte cortado y decir: "No, no es verdad, no soy simpático" o algo parecido. <input type="checkbox"/> c) Quedarte cortado y no decir nada. <input type="checkbox"/> d) Decir: "No sólo soy muy simpático, soy el mejor" o algo parecido.
51. Estás haciendo algo y piensas que te está saliendo muy bien. Alguien te dice: "No me gusta". ¿Qué harías o dirías normalmente?	<input type="checkbox"/> a) Decir gritando: "¡¡Eres estúpido!! ¿Tú qué sabes?" o algo parecido. <input type="checkbox"/> b) Sentirte herido y no decir nada. <input type="checkbox"/> c) Decir: "Aunque tú pienses así yo creo que está muy bien". <input type="checkbox"/> d) Decir: "Tienes razón", aunque en realidad crees que no la tiene.
52. Te olvidas de hacer algo que se suponía debías hacer y alguien te dice: "¡Eres tonto, ¡siempre olvidas lo que tienes que hacer!". ¿Qué harías o dirías normalmente?	<input type="checkbox"/> a) Decir: "Nadie es perfecto; no soy tonto sólo porque se me haya olvidado algo". <input type="checkbox"/> b) Decir: "Sí, tienes razón; algunas veces parezco tonto", aunque crees que no tiene razón. <input type="checkbox"/> c) Decirle gritando: "¡¡Si hay alguien tonto, ese eres tú!!" o algo parecido. <input type="checkbox"/> d) Sentirte herido y no decir nada.

<p>53. Alguien te pide que le expliques algo que no entiende y que tú sí sabes. ¿Qué harías o dirías normalmente?</p>	<p><input type="checkbox"/> a) Decir: "¿Pero tú qué te has creído?, ¡anda ya, que tienes mucha cara!" o algo parecido.</p> <p><input type="checkbox"/> b) Decir: "Me gustará mucho hacerlo: vamos a quedar a una hora que nos venga bien a los dos".</p> <p><input type="checkbox"/> c) Quedarte cortado y sin saber qué decir.</p> <p><input type="checkbox"/> d) Ponerte nervioso y decir: "Bueno, pero no sé si sabré explicártelo bien", aunque sepas que sí sabrás.</p>
<p>54. Alguien con quien habías quedado llega con media hora de retraso y tú estás molesto por eso. Sin embargo, esa persona no te da ninguna explicación acerca de su retraso. ¿Qué harías o dirías normalmente?</p>	<p><input type="checkbox"/> a) Decirle enfadado: "¡¡No se te ocurra hacerme esperar nunca más!!".</p> <p><input type="checkbox"/> b) Decir: "Me molesta que me hagas esperar y además no me des ninguna explicación".</p> <p><input type="checkbox"/> c) Decir: "Me estaba preguntando si llegarías algún día" o algo parecido, intentando que se dé cuenta de que tú estás molesto, pero sin decirselo claramente.</p> <p><input type="checkbox"/> d) No decir nada.</p>
<p>55. Necesitas que alguien te haga un favor. ¿Qué harías o dirías normalmente?</p>	<p><input type="checkbox"/> a) No pedirselo porque te da corte.</p> <p><input type="checkbox"/> b) Decir gritando: "¡Tienes que hacer esto para mí!".</p> <p><input type="checkbox"/> c) Decir: "¿Puedes hacerme un favor?" y explicar lo que quieres.</p> <p><input type="checkbox"/> d) Insinuarle que necesitas que te haga un favor pero sin explicarle claramente en qué consiste.</p>
<p>56. Alguien te culpa de algo que ha hecho otra persona. ¿Qué harías o dirías normalmente?</p>	<p><input type="checkbox"/> a) Decir enfadado: "¡¡Serás imbécil!! ¡¡Yo no he sido!!" o algo parecido.</p> <p><input type="checkbox"/> b) Decir de forma tranquila: "No es culpa mía, lo ha hecho otra persona".</p> <p><input type="checkbox"/> c) Alterarte y decir: "Siempre tengo que ser yo el culpable" o algo parecido, pero sin aclarar que tú no eres el responsable.</p> <p><input type="checkbox"/> d) No decir nada.</p>
<p>57. Sabes que alguien está preocupado. ¿Qué harías o dirías normalmente?</p>	<p><input type="checkbox"/> a) Estar con esa persona pero sin saber qué decirle.</p> <p><input type="checkbox"/> b) Decir: "Pareces preocupado, ¿puedo ayudarte?".</p> <p><input type="checkbox"/> c) No decirle nada.</p> <p><input type="checkbox"/> d) Reírte de él.</p>
<p>58. Alguien te elogia por algo que has hecho (es decir, te dice que lo has hecho muy bien). ¿Qué harías o dirías normalmente?</p>	<p><input type="checkbox"/> a) Quedarte cortado y no decir nada.</p> <p><input type="checkbox"/> b) Ponerte nervioso y decir: "En realidad no está tan bien" aunque piensas que sí está muy bien.</p> <p><input type="checkbox"/> c) Decir: "Es cierto. Soy el mejor" o algo parecido.</p> <p><input type="checkbox"/> d) Decir: "Muchas gracias".</p>
<p>59. Estas hablando muy alto con un amigo o amiga y alguien te dice: "Perdona, ¿podrías hablar más bajo por favor?". ¿Qué harías o dirías normalmente?</p>	<p><input type="checkbox"/> a) Decir: "Lo siento. Hablaré más bajo" y seguir hablando en voz baja.</p> <p><input type="checkbox"/> b) Decir: "De acuerdo" pero seguir hablando en voz alta.</p> <p><input type="checkbox"/> c) Quedarte cortado o cortada y no decir nada.</p> <p><input type="checkbox"/> d) Decir enfadado: "¡Déjame en paz!" y seguir hablando en voz alta.</p>
<p>60. Alguien ha sido muy amable contigo. ¿Qué harías o dirías normalmente?</p>	<p><input type="checkbox"/> a) Decir: "Has sido muy amable conmigo. Gracias"</p> <p><input type="checkbox"/> b) Quedarte cortado o cortada y no decirle nada.</p> <p><input type="checkbox"/> c) Decir: "Tienes que tratarme todavía mejor" o algo parecido.</p> <p><input type="checkbox"/> d) Tratar de mostrarte amable con esa persona pero sin decirle nada acerca de lo que ha hecho porque te da corte.</p>
<p>61. Alguien te hace algo que no te gusta y te enfadas. ¿Qué harías o dirías normalmente?</p>	<p><input type="checkbox"/> a) Decir gritando: "¡¡Eres un/a imbécil!!" o algo parecido.</p> <p><input type="checkbox"/> b) Decir sin gritar: "Estoy enfadado contigo, no me gusta lo que me has hecho".</p> <p><input type="checkbox"/> c) Comportarte de forma que quede claro que estás enfadado, pero sin decirselo directamente.</p> <p><input type="checkbox"/> d) No decirle nada.</p>
<p>62. Un grupo está hablando sobre un tema que te interesa, quieres participar y decir algo. ¿Qué harías o dirías normalmente?</p>	<p><input type="checkbox"/> a) No decir nada porque te da corte.</p> <p><input type="checkbox"/> b) Interrumpir a quien esté hablando y empezar tú a hablar.</p> <p><input type="checkbox"/> c) Acercarte al grupo y participar en la conversación cuando tengas oportunidad de hacerlo.</p> <p><input type="checkbox"/> d) Esperar a que alguien te pregunte tu opinión.</p>
<p>63. Te golpeas la cabeza con una estantería y te haces daño. Alguien te dice: "¿Estás bien?". ¿Qué harías o dirías normalmente?</p>	<p><input type="checkbox"/> a) No decir nada.</p> <p><input type="checkbox"/> b) Decir: "¿Por qué no me dejas en paz?" o algo parecido.</p> <p><input type="checkbox"/> c) Decir: "Me he hecho daño en la cabeza. Gracias por preocuparte".</p> <p><input type="checkbox"/> d) Decir: "No me pasa nada" aunque te has hecho daño.</p>
<p>64. Alguien te pide que hagas algo que no quieres hacer porque ya tienes otros planes. ¿Qué harías o dirías normalmente?</p>	<p><input type="checkbox"/> a) No decir nada y hacer lo que te pide.</p> <p><input type="checkbox"/> b) Decir: "¡Olvídate de eso! ¡Lárgate!" o algo parecido.</p> <p><input type="checkbox"/> c) Decir: "Lo siento, pero tengo otros planes".</p> <p><input type="checkbox"/> d) Intentar escabullirte para no hacerlo, sin decirle claramente que tú no estás de acuerdo.</p>

<p>65. Un amigo o amiga va a dar una fiesta en su casa y te pide que cojas sin permiso una botella de whisky de tus padres, pero tú no quieres hacerlo. ¿Qué harías o dirías normalmente?</p>	<p><input type="checkbox"/> a) Intentar escabullirte para no tener que hacerlo, sin decirle claramente que no quieres cogerla sin permiso.</p> <p><input type="checkbox"/> b) Decir: "Lo siento, no estoy de acuerdo con hacer eso".</p> <p><input type="checkbox"/> c) No decir nada y cogerla sin permiso.</p> <p><input type="checkbox"/> d) Decir gritando: "¡Tú estás loco!, jeso es una estupidez!" o algo parecido.</p>
<p>66. Alguien te pide que hagas algo y tú no sabes por qué tienes que hacerlo. ¿Qué harías o dirías normalmente?</p>	<p><input type="checkbox"/> a) No decir nada y hacer lo que te pide.</p> <p><input type="checkbox"/> b) Decir gritando: "¡Yo no hago nada sin saber por qué!" o algo parecido.</p> <p><input type="checkbox"/> c) Intentar escabullirte para no tener que hacerlo, sin explicarle que tú no estás de acuerdo.</p> <p><input type="checkbox"/> d) Decir: "Si quieres que haga eso explícame antes por qué tengo que hacerlo y yo decidiré si estoy de acuerdo".</p>
<p>67. Ves cómo alguien tropieza y cae al suelo. ¿Qué harías o dirías generalmente?</p>	<p><input type="checkbox"/> a) Acercarte a la persona pero quedarte sin saber qué decir o hacer.</p> <p><input type="checkbox"/> b) Reírte y decir: "¿Por qué no miras por dónde vas?" o algo parecido.</p> <p><input type="checkbox"/> c) Decir: "¿Estás bien? ¿Te puedo ayudar?".</p> <p><input type="checkbox"/> d) No decir ni hacer nada.</p>
<p>68. Llega un compañero nuevo a clase y tú quieres conocerlo. ¿Qué harías o dirías normalmente?</p>	<p><input type="checkbox"/> a) Decir: "¡Oye novato, dime cómo te llamas!" o algo parecido.</p> <p><input type="checkbox"/> b) Decir: "Hola, eres nuevo ¿verdad?. Yo me llamo ... ¿y tú?".</p> <p><input type="checkbox"/> c) No decirle nada porque te da corte.</p> <p><input type="checkbox"/> d) Estar cerca de esa persona, hablar algo sin importancia con ella, pero sin decirle que quieres conocerlo o conocerla.</p>
<p>69. Estás haciendo cola y alguien se cuela delante de ti. ¿Qué harías o dirías normalmente?</p>	<p><input type="checkbox"/> a) Hacer comentarios en voz baja cuchicheando o entre dientes como "Hay personas que tienen mucha cara" pero sin decir nada directamente a la persona que se ha colado.</p> <p><input type="checkbox"/> b) Decir gritando: "¡¡Vete al final de la cola!!".</p> <p><input type="checkbox"/> c) Decir de forma amable: "Por favor respeta la cola. Yo estoy antes que tú".</p> <p><input type="checkbox"/> d) No decir nada.</p>
<p>70. Alguien te pide prestado algo que te hace mucha falta a ti y por eso no quieres dejárselo. ¿Qué harías o dirías normalmente?</p>	<p><input type="checkbox"/> a) No decirle nada y dejárselo.</p> <p><input type="checkbox"/> b) Decir: "Lo siento, pero me hace falta a mí ahora", y quedar para dejárselo en otro momento que no te haga falta.</p> <p><input type="checkbox"/> c) Inventarte una historia para no prestárselo, pero sin decirle claramente que te hace falta a ti y por eso no puedes dejárselo.</p> <p><input type="checkbox"/> d) Decir: "¡Anda ya! ¡Ni loco te presto yo eso!" o algo parecido.</p>
<p>71. Te sientes insultado por algo que ha dicho alguien. ¿Qué harías o dirías normalmente?</p>	<p><input type="checkbox"/> a) Mostrarte enfadado pero sin decirle claramente a esa persona que te ha molestado lo que ha dicho.</p> <p><input type="checkbox"/> b) No decirle nada.</p> <p><input type="checkbox"/> c) Decir a esa persona que no te gusta lo que ha dicho y pedirle que no lo vuelva a hacer.</p> <p><input type="checkbox"/> d) Chillar o insultar a esa persona.</p>
<p>72. Alguien tiene algo que necesitas utilizar. ¿Qué harías o dirías normalmente?</p>	<p><input type="checkbox"/> a) No pedirselo.</p> <p><input type="checkbox"/> b) Quitárselo a esa persona.</p> <p><input type="checkbox"/> c) Hablarle sobre ese objeto pero sin pedirselo directamente.</p> <p><input type="checkbox"/> d) Decirle que te hace falta y pedirselo.</p>
<p>73. Alguien te interrumpe continuamente mientras estás hablando. ¿Qué harías o dirías normalmente?</p>	<p><input type="checkbox"/> a) Decir tranquilamente: "Perdona, me gustaría terminar lo que estaba diciendo" o algo parecido.</p> <p><input type="checkbox"/> b) Interrumpir a esa persona empezando tú a hablar otra vez.</p> <p><input type="checkbox"/> c) No decir nada y dejar que esa persona continúe hablando.</p> <p><input type="checkbox"/> d) Decir a gritos: "¡Cállate! ¡Estoy hablando yo!" o algo parecido.</p>

6. A continuación figuran varias frases relativas a tu modo de TOMAR DECISIONES. Marca la respuesta que te parezca correcta en tu caso

	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	No sabría decir	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
74. Cuando he decidido hacer algo, siempre lo llevo a cabo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
75. Rara vez tomo decisiones sin pensar en las consecuencias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
76. Algunas veces decido algo según me viene a la cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
77. Sopeso (tengo en cuenta) todas las opciones antes de decidirme a algo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
78. Rara vez decido hacer algo de lo que después me arrepienta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
79. Cuando tengo una idea a veces tomo una decisión sin pensar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
80. A veces cambio mi decisión sobre algo varias veces al día	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
81. Cuando decido algo, no importa lo que piensen mis amigos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Las siguientes frases describen la forma en que la gente puede pensar, sentir o comportarse cuando se ENFRENTA con problemas de la vida cotidiana. Señala por favor la frecuencia con que te comportas de estas maneras

	Casi siempre	A veces	Casi nunca
82. Pierdo demasiado tiempo preocupándome por mis problemas en lugar de intentar resolverlos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
83. Espero a ver si un problema se resuelve solo antes de intentar solucionarlo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
84. Pienso qué es lo que quiero lograr antes de solucionar un problema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
85. Al resolver un problema me dejo llevar por la primera idea que me viene a la cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
86. Cuando quiero solucionar un problema pienso en las consecuencias de las distintas soluciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
87. Después de solucionar un problema me fijo en los resultados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
88. Cuando mis primeros esfuerzos por solucionar un problema fallan, me desanimo y me deprimó	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
89. Pienso en muchas soluciones cuando intento resolver un problema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
90. Creo que soy demasiado impulsivo a la hora de tomar decisiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
91. Creo que pierdo más tiempo evitando mis problemas que resolviéndolos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. A continuación te presentamos una serie de frases referidas a TUS OPINIONES SOBRE DISTINTAS DROGAS. Por favor, di tu grado de acuerdo con cada una de ellas

	De acuerdo	No sabría decir	En desacuerdo
92. Probaría el tabaco por curiosidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
93. Creo que consumir algún tipo de bebidas alcohólicas me ayudaría a relacionarme con mis amigos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
94. El tabaco es una droga tan peligrosa como cualquier otra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
95. El consumo de alcohol me perjudicaría en mis estudios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
96. Tomar un "cubata" con los amigos es algo normal en la gente joven	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
97. Estoy convencido de que para tener una vida sana hay que pasar del alcohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
98. Bebería alcohol cuando me apeteciese	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
99. Fumar porros es una experiencia agradable que hay que vivir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
100. Fumar tabaco me ayudaría a centrarme en los estudios y sentirme mejor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
101. Todas las drogas son igualmente peligrosas y podrían dañar mi salud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	De acuerdo	No sabría decir	En desacuerdo
102. Compraría tabaco para mi uso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
103. El consumo de drogas, de vez en cuando, me ayudaría a superar mis problemas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
104. Estaría dispuesto a beber alcohol habitualmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
105. Se deben probar las drogas para poder hablar después a los demás sobre sus efectos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
106. Compraría alcohol para consumirlo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
107. Consumiría drogas si mis amigos me animaran a ello	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
108. Probaría cannabis (porros) por curiosidad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
109. Estaría dispuesto a consumir porros habitualmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
110. El consumo de drogas me llevaría a vivir experiencias nuevas que me haría más feliz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
111. Estaría dispuesta a fumar tabaco habitualmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
112. Rechazaría las drogas si me las ofrecieran	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
113. Compraría cannabis para mi uso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
114. Para mantenerse sano es mejor pasar de las drogas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
115. Consumir drogas es divertido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
116. Todo el que prueba drogas acaba lamentándolo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
117. Probar las drogas puede llevar a perder el control de tu vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. A continuación hay una serie de preguntas RELACIONADAS CON LA SALUD, por favor responde con qué frecuencia realizas cada una de las situaciones que se presentan:

	Nunca	Rara vez	Casi siempre	Siempre
118. Realizar ejercicio físico o deporte fuera de las clases de educación física	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
119. Visitar al dentista una vez al año para hacer una revisión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
120. Lavarse los dientes todos los días más de una vez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
121. Acostarse más tarde de las 12 de la noche cuando hay clase al día siguiente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
122. Tardar más de media hora en dormir después de meterse en la cama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
123. Tener dificultad para levantarse por las mañanas los días que hay que ir clase	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
124. Comer diariamente más de 2 raciones de frutas y verduras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
125. Desayunar por las mañanas antes de ir a clase un desayuno completo: fruta, leche y pan o cereales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Por favor, responde verdadero (V) o falso (F) a las siguientes frases de acuerdo a tu opinión sobre ellas. Utiliza la opción (¿?) sólo cuando no sepas qué responder

	V	F	¿?
126. El tabaco produce trastornos circulatorios y del corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
127. El consumo de tabaco te relaja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
128. El humo del tabaco perjudica a los no fumadores	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
129. La única sustancia dañina del tabaco es el alquitrán	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
130. Resulta fácil abandonar el consumo de tabaco si te lo propones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
131. El consumo de tabaco disminuye la resistencia física	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	V	F	¿?
132. Fumar el primer cigarrillo es el primer paso para llegar a ser fumador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
133. Está aumentando el número de jóvenes y adultos que fuman	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
134. Los efectos de la nicotina pueden llegar a ser mortales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
135. Una persona puede ser alcohólica bebiendo sólo cerveza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
136. El alcohol relaja y hace que uno se sienta menos nervioso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
137. Dos personas que beban el mismo número de cervezas sentirán los mismo efectos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
138. El alcohol es una droga depresora	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
139. Una persona que bebe mucho alcohol es una persona realmente dura y resistente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
140. Cualquier persona que beba alcohol puede terminar siendo alcohólica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
141. El alcohol disminuye el funcionamiento del cerebro y del sistema nerviosos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
142. El alcohol hace que uno parezca adulto y maduro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
143. El alcohol es una droga tan peligrosa como otras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
144. El consumo de otras drogas como los porros, es más habitual en aquellos que ya consumen tabaco y alcohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
145. El consumo de porros hace que el corazón lata más rápido y trabaje más	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
146. Generalmente son los amigos y compañeros los que hacen el primer ofrecimiento de las drogas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
147. El consumo de porros dificulta prestar atención y aprender cosas nuevas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
148. La mayoría de los adolescentes y adultos fuman porros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
149. Los porros pueden ayudar a afrontar con eficacia los problemas de la vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
150. El consumo temprano (con poca edad) de porros incrementa la probabilidad de consumir otras drogas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
151. Los efectos que uno siente al fumar un porro dependen de lo que cada persona espera sentir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
152. El consumo de porros dificulta la capacidad de concentrarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**11. Contesta según tu opinión a las siguientes cuestiones relacionadas con tu experiencia escolar.**

153. ¿Cómo te sientes con tus compañeros de clase?

- a) Muy bien
- b) Bien
- c) Regular
- d) Mal
- e) Muy mal

154. ¿Tu situación en el colegio la consideras...?

- a) Muy satisfactoria
- b) Satisfactoria
- c) Regular
- d) Insatisfactoria
- e) Muy insatisfactoria

155. ¿Has faltado a clase sin causa justificada durante el último mes?

- a) No
- b) 1 vez
- c) 2 veces
- d) Menos de 5 veces
- e) 5 o más veces

156. ¿Cuántas asignaturas necesitaste recuperar el curso pasado?

- a) Ninguna
- b) Una
- c) Dos
- d) Tres
- e) Más de tres

157. ¿Con qué frecuencia te has llevado mal con alguno o algunos de tus profesores?

- a) Nunca
- b) Rara vez
- c) Casi siempre
- d) Siempre

158. ¿Con qué frecuencia te has llevado mal con los compañeros de clase?

- a) Nunca
- b) Rara vez
- c) Casi siempre
- d) Siempre

159. ¿Con qué frecuencia has tenido problemas con las normas o exigencias del colegio: permanencias, expulsión, castigos?

- a) Nunca
- b) Rara vez
- c) Casi siempre
- d) Siempre

12. El siguiente conjunto de ítems tienen que ver con tu OCUPACIÓN DEL TIEMPO LIBRE. Por favor, indica con qué frecuencia realizas las siguientes actividades

	Nunca	Rara vez	Frecuentemente	Diariamente
160. Aburrirte en tu tiempo libre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
161. Practicar un deporte federado o para participar en competiciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
162. Jugar en casa con juegos electrónicos (ordenador, consola, etc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
163. Leer libros, cuentos o cómics	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
164. Ir al cine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
165. Jugar y andar en bicicleta con los amigos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
166. Pasear y hablar con los amigos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Durante la semana, ¿con qué frecuencia haces las siguientes actividades con tu padre, con tu madre o con ambos?

	Nunca	Algún día	Casi todos los días	Todos los días
167. Comer o cenar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
168. Ver la televisión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
169. Arreglar la casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
170. Hacer los deberes escolares	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
171. Hacer deporte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
172. Visitar a otros parientes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
173. Hablar sobre lo que ha pasado en el día	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. A continuación figuran un conjunto de preguntas relacionadas con tu familia. Por favor contesta según tu opinión.

¿Cómo te llevas con tus padres y tu familia?	No tengo relación o no existe tal persona	Muy bien	Bien	No estoy seguro	Mal
174. Tu madre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
175. Tu padre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
176. Hermanos y/o hermanas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
177. Otros miembros de tu familia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Cómo de importante es para ti llevarte bien con tus padres y tu familia?	No tengo relación o no existe tal persona	Muy importante	Importante	No estoy seguro	Nada importante
178. Tu madre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
179. Tu padre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
180. Hermanos y/o hermanas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
181. Otros miembros de tu familia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Marca la respuesta que corresponda, según se ajuste a tu experiencia.

	Estoy de acuerdo	No estoy de acuerdo	No estoy seguro
182. Siento que mis padres me quieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
183. Mis padres se preocupan de mí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
184. Me siento maltratado por mis padres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
185. Hay personas en la familia que me maltratan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### 14. Ahora, por favor, contesta a estas preguntas:

186. ¿Desde cuándo vives en Fuenlabrada?

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> a) Desde que nací                    | <input type="checkbox"/> g) Desde 5º de Primaria |
| <input type="checkbox"/> b) Desde antes de cumplir los 6 años | <input type="checkbox"/> h) Desde 6º de Primaria |
| <input type="checkbox"/> c) Desde 1º de Primaria              | <input type="checkbox"/> i) Desde 1º de ESO      |
| <input type="checkbox"/> d) Desde 2º de Primaria              | <input type="checkbox"/> j) Desde 2º de ESO      |
| <input type="checkbox"/> e) Desde 3º de Primaria              | <input type="checkbox"/> k) Desde 3º de ESO      |
| <input type="checkbox"/> f) Desde 4º de Primaria              | <input type="checkbox"/> l) Desde 4º de ESO      |

187. ¿Desde qué curso estás en este centro escolar?

- a) Educación infantil (hasta los 5 años)
- b) 1º ó 2º de Primaria
- c) 3º ó 4º de Primaria
- d) 5º ó 6º de Primaria
- e) 1º de ESO
- f) 2º de ESO
- g) 3º de ESO
- h) 4º de ESO

188. ¿Has repetido curso alguna vez?

- a) No, nunca
- b) 1º ó 2º de Primaria
- c) 3º ó 4º de Primaria
- d) 5º ó 6º de Primaria
- e) 1º de ESO
- f) 2º de ESO
- g) 3º de ESO
- h) 4º de ESO

189. ¿En cuántas ocasiones has participado en actividades de prevención sobre drogas en el colegio?

- a) Nunca he participado
- b) Una vez
- c) Dos veces
- d) Tres veces
- e) Más de tres veces

190. ¿Te acuerdas de los nombres de las actividades o programas?

- a) No
- b) Sí. Pon el nombre de los que te acuerdes:

---

---

---

191. ¿Fumas cigarrillos?

- Nunca he fumado → *salta a la pregunta 193*
- Lo he probado → *salta a la pregunta 192*
- Fumo algunas veces → *pasa a la pregunta 192*
- Fumo con frecuencia → *pasa a la pregunta 192*
- Fumaba pero lo he dejado → *pasa a la pregunta 192*

192. ¿A qué edad probaste o empezaste a fumar?

- Menos de 10 años
- 10 años
- 11 años
- 12 años
- 13 años
- 14 años
- 15 años
- 16 años

193. ¿Con qué frecuencias has tomado bebidas alcohólicas?

- Nunca → *salta a la pregunta 195*
- Lo he probado → *salta a la pregunta 194*
- Menos de 1 vez al mes → *pasa a la pregunta 194*
- 2 ó 3 veces al mes → *pasa a la pregunta 194*
- 1 vez a la semana → *pasa a la pregunta 194*
- Varias veces a la semana → *pasa a la pregunta 194*
- Todos los días → *pasa a la pregunta 194*
- Bebía pero lo he dejado → *pasa a la pregunta 194*

194. ¿A qué edad probaste o empezaste a tomar alcohol?

- Menos de 10 años
- 10 años
- 11 años
- 12 años
- 13 años
- 14 años
- 15 años
- 16 años

195. ¿Has tomado cannabis (porros)?

- Nunca → *salta a la pregunta 197*
- Lo he probado → *salta a la pregunta 196*
- Algunas veces → *pasa a la pregunta 196*
- Lo tomo con frecuencia → *pasa a la pregunta 196*
- Consumía pero lo he dejado → *pasa a la pregunta 196*

196. ¿A qué edad probaste o empezaste a fumar porros?

- Menos de 10 años
- 10 años
- 11 años
- 12 años
- 13 años
- 14 años
- 15 años
- 16 años

197. ¿Con quién vives? Pon una cruz en todas las personas de la lista con las que vivas

- a) Madre
- b) Padre
- c) Pareja de mi padre o madre
- d) Hermanos
- e) Otros parientes. Indica cual: \_\_\_\_\_
- f) Otras personas. Indica cual: \_\_\_\_\_

15. Para terminar, por favor, rodea con un círculo la respuesta con la que estés de acuerdo.

198. Imagina: ¡El Colegio está cerrado! Te puedes levantar cuando quieras. ¿Cuándo te levantarías? Entre...

- a) 5:00 y 6:30 de la mañana
- b) 6:30 y 7:45 de la mañana
- c) 7:45 y 9:45 de la mañana
- d) 9:45 y 11:00 de la mañana
- e) 11:00 de la mañana y mediodía

199. ¿Es fácil para ti levantarte por la mañana?

- a) ¡ De ningún modo !
- b) Algo fácil
- c) Bastante fácil
- d) Muy fácil

200. La clase de gimnasia comienza a las 7:00 de la mañana. ¿Cómo crees que lo harías?

- a) ¡Muy bien !
- b) Bien
- c) Peor de lo habitual
- d) Fatal

201. Malas noticias: Tienes que hacer un examen durante dos horas.  
Buenas noticias: Puedes hacerlo cuando creas que lo harás mejor, ¿a qué hora sería?

- a) 8:00 a 10:00 de la mañana
- b) 11:00 a 13:00 del mediodía
- c) 15:00 a 17:00 de la tarde
- d) 19:00 a 21:00 de la noche

202. ¿Cuándo tienes más energía para hacer las cosas que te gustan?

- a) ¡ Por la mañana !. Estoy cansado por la tarde
- b) Por la mañana mas que por la tarde
- c) Por la tarde mas que por la mañana
- d) ¡Por la tarde! Estoy cansado por la mañana.

203. ¡Adivinanza! Tus padres han decidido que seas tú el que decidas a qué hora acostarte. ¿Qué hora escogerías? Entre...

- a) 20:00 y 21:00 de la noche
- b) 21:00 y 22:15 de la noche
- c) 22:15 y 24:30 de la noche
- d) 24:30 y 1:45 de la madrugada
- e) 1:45 y 3:00 de la madrugada

204. ¿Cuán alerta estás tras levantarte, durante la primera media hora?

- a) Nada alerta
- b) Un poco aturrido
- c) Bien
- d) Preparado para enfrentarme al mundo

205. ¿Cuándo empieza tu cuerpo a decirte que es hora de irse a la cama (incluso si tú lo ignoras)? Entre...

- a) 20:00 y 21:00 de la tarde/noche
- b) 21:00 y 22:15 de la noche
- c) 22:15 y 24:30 de la noche
- d) 24:30 y 1:45 de la madrugada
- e) 1:45 y 3:00 de la madrugada

206. Si te dicen que tienes que levantarte a las 6:00 de la mañana, ¿cómo te sentaría?

- a) Fatal
- b) No tan mal
- c) Bien, si tengo que hacerlo
- d) Bien, no hay problema

207. Cuando te levantas por la mañana, ¿cuánto tiempo te lleva estar totalmente despierto?

- a) 0 a 10 minutos
- b) 11 a 20 minutos
- c) 21 a 40 minutos
- d) más de 40 minutos

EL CUESTIONARIO FINALIZA AQUÍ. MUCHAS GRACIAS

## **ANEXO 3**



**ANÁLISIS DE LA “CANTIDAD” DE EXPOSICIÓN A LA PREVENCIÓN EN LOS CENTROS EDUCATIVOS PROPUESTOS POR EL CAID DE FUENLABRADA (OCTUBRE 2008)**

**Cantidad de exposición a la prevención que han recibido los alumnos de 1º a 4º de ESO en el curso escolar 2008-2009, durante los 3 cursos anteriores en el centro educativo IES-12**

Curso 2005/2006		Curso 2006/2007		Curso 2007/2008		SITUACIÓN Exposición a la prevención CURSO 2008/2009	
						1º	
				1º	b+d	2º	**
		1º	b+d	2º	b+a+d	3º	*****
1º	d	2º	b+a+d	3º	b	4º	*****
2º	a	3º	b+c	4º	b		
3º		4º	B				
4º	a						

**Cantidad de exposición a la prevención que han recibido los alumnos de 1º a 4º de ESO en el curso escolar 2008-2009, durante los 3 cursos anteriores en el centro educativo IES-11**

Curso 2005/2006		Curso 2006/2007		Curso 2007/2008		SITUACIÓN Exposición a la prevención CURSO 2008/2009	
						1º	
				1º	a+d	2º	**
		1º	D	2º	a+d	3º	***
1º	d	2º	b+d	3º	b	4º	****
2º	c	3º	B	4º	b		
3º		4º	A				
4º							

Claves Programas de prevención:

- a. Cine y educación en valores
- b. Prevenir para vivir
- c. Déjame que te cuente
- d. Adolescentes sin tabaco
- e. Cócteles sin alcohol
- f. Jugar es la alternativa
- g. Ciencia divertida: alcohol

**Cantidad de exposición a la prevención que han recibido los alumnos de 1º a 4º de ESO en el curso escolar 2008-2009, durante los 3 cursos anteriores en el centro educativo IES-10**

Curso 2005/2006		Curso 2006/2007		Curso 2007/2008		SITUACIÓN Exposición a la prevención CURSO 2008/2009	
						1º	
				1º	d	2º	*
		1º	b+d	2º	d	3º	***
1º	b	2º	b+d	3º	b	4º	****
2º	b	3º		4º	a		
3º		4º	A				
4º	a						

**Cantidad de exposición a la prevención que han recibido los alumnos de 1º a 4º de ESO en el curso escolar 2008-2009, durante los 3 cursos anteriores en el centro educativo IES-9**

Curso 2005/2006		Curso 2006/2007		Curso 2007/2008		SITUACIÓN Exposición a la prevención CURSO 2008/2009	
						1º	
				1º	d+g	2º	**
		1º	g	2º	a+c	3º	***
1º	b	2º	c+e	3º		4º	***
2º	c	3º	f	4º	a		
3º		4º	a				
4º							

Claves Programas de prevención:

- a. Cine y educación en valores
- b. Prevenir para vivir
- c. Déjame que te cuente
- d. Adolescentes sin tabaco
- e. Cócteles sin alcohol
- f. Jugar es la alternativa
- g. Ciencia divertida: alcohol

**Cantidad de exposición a la prevención que han recibido los alumnos de 1º a 4º de ESO en el curso escolar 2008-2009, durante los 3 cursos anteriores en el centro educativo IES-8**

Curso 2005/2006		Curso 2006/2007		Curso 2007/2008		SITUACIÓN Exposición a la prevención CURSO 2008/2009	
						1º	
				1º	d	2º	*
		1º	d	2º	d	3º	**
1º	d	2º	d+e	3º	c	4º	****
2º		3º	b	4º			
3º	c	4º	b				
4º	a						

**Cantidad de exposición a la prevención que han recibido los alumnos de 1º a 4º de ESO en el curso escolar 2008-2009, durante los 3 cursos anteriores en el centro educativo IES-7**

Curso 2005/2006		Curso 2006/2007		Curso 2007/2008		SITUACIÓN Exposición a la prevención CURSO 2008/2009	
						1º	
				1º	d	2º	*
		1º		2º		3º	0
1º		2º	a	3º	b	4º	**
2º	a	3º	b+c	4º	b		
3º		4º	b				
4º	a						

- Claves Programas de prevención:
- a. Cine y educación en valores
  - b. Prevenir para vivir
  - c. Déjame que te cuente
  - d. Adolescentes sin tabaco
  - e. Cócteles sin alcohol
  - f. Jugar es la alternativa
  - g. Ciencia divertida: alcohol

**Cantidad de exposición a la prevención que han recibido los alumnos de 1º a 4º de ESO en el curso escolar 2008-2009, durante los 3 cursos anteriores en el centro educativo IES-6**

Curso 2005/2006		Curso 2006/2007		Curso 2007/2008		SITUACIÓN Exposición a la prevención CURSO 2008/2009	
						1º	
				1º	d	2º	*
		1º		2º		3º	0
1º		2º	e	3º	h	4º	*
2º		3º	b	4º			
3º		4º	b				
4º							

**Cantidad de exposición a la prevención que han recibido los alumnos de 1º a 4º de ESO en el curso escolar 2008-2009, durante los 3 cursos anteriores en el centro educativo CC-5**

Curso 2005/2006		Curso 2006/2007		Curso 2007/2008		SITUACIÓN Exposición a la prevención CURSO 2008/2009	
						1º	
				1º		2º	0
		1º		2º	a	3º	*
1º		2º	a	3º		4º	*
2º	a	3º	c	4º	a		
3º		4º	a				
4º	a						

Claves Programas de prevención:

- a. Cine y educación en valores
- b. Prevenir para vivir
- c. Déjame que te cuente
- d. Adolescentes sin tabaco
- e. Cócteles sin alcohol
- f. Jugar es la alternativa
- g. Ciencia divertida: alcohol

**Cantidad de exposición a la prevención que han recibido los alumnos de 1º a 4º de ESO en el curso escolar 2008-2009, durante los 3 cursos anteriores en el centro educativo CC-4**

Curso 2005/2006		Curso 2006/2007		Curso 2007/2008		SITUACIÓN Exposición a la prevención CURSO 2008/2009	
						1º	
				1º		2º	0
		1º		2º	a	3º	*
1º		2º		3º	b	4º	*
2º		3º		4º	a+b		
3º		4º					
4º							

**Cantidad de exposición a la prevención que han recibido los alumnos de 1º a 4º de ESO en el curso escolar 2008-2009, durante los 3 cursos anteriores en el centro educativo IES-3**

Curso 2005/2006		Curso 2006/2007		Curso 2007/2008		SITUACIÓN Exposición a la prevención CURSO 2008/2009	
						1º	
				1º		2º	0
		1º		2º		3º	0
1º		2º		3º	b	4º	*
2º		3º	b	4º	b		
3º		4º					
4º							

Claves Programas de prevención:

- a) Cine y educación en valores
- b) Prevenir para vivir
- c) Déjame que te cuente
- d) Adolescentes sin tabaco
- e) Cócteles sin alcohol
- f) Jugar es la alternativa
- g) Ciencia divertida: alcohol

**Cantidad de exposición a la prevención que han recibido los alumnos de 1º a 4º de ESO en el curso escolar 2008-2009, durante los 3 cursos anteriores en el centro educativo CC-2**

Curso 2005/2006		Curso 2006/2007		Curso 2007/2008		SITUACIÓN Exposición a la prevención CURSO 2008/2009	
						1º	
				1º		2º	0
		1º		2º		3º	0
1º		2º		3º		4º	0
2º		3º		4º			
3º		4º					
4º							

**7. Cantidad de exposición a la prevención que han recibido los alumnos de 1º a 4º de ESO en el curso escolar 2008-2009, durante los 3 cursos anteriores en el centro educativo IES-1**

Curso 2005/2006		Curso 2006/2007		Curso 2007/2008		SITUACIÓN Exposición a la prevención CURSO 2008/2009	
						1º	
				1º		2º	0
		1º		2º		3º	0
1º		2º		3º		4º	0
2º	a	3º		4º			
3º		4º					
4º							

- Claves Programas de prevención:
- a. Cine y educación en valores
  - b. Prevenir para vivir
  - c. Déjame que te cuente
  - d. Adolescentes sin tabaco
  - e. Cócteles sin alcohol
  - f. Jugar es la alternativa
  - g. Ciencia divertida: alcohol

**RESUMEN DE “CANTIDAD” DE EXPOSICIÓN A LA PREVENCIÓN DE LOS CURSOS QUE  
SERÁN EVALUADOS EN EL TRABAJO DE CAMPO EN FUENLABRADA (OCTUBRE 2008)**

<b>Centros escolares c/ Baja exposición a la prevención</b>	<b>Aulas</b>	<b>Alumnos</b>	<b>1º ESO</b>	<b>2º ESO</b>	<b>3º ESO</b>	<b>4º ESO</b>	<b>Cantidad Prevención</b>
IES-1	15	375		0	0	0	0
CC-2	8	200		0	0	0	0
IES-3	27	675		0	0	*	1
CC-4	8	200		0	*	*	2
CC-5	--	--		0	*	*	2
IES-6	--	--		*	0	*	2
<b>Centros escolares c/ Alta exposición a la prevención</b>	<b>Aulas</b>	<b>Alumnos</b>	<b>1º ESO</b>	<b>2º ESO</b>	<b>3º ESO</b>	<b>4º ESO</b>	<b>Cantidad Prevención</b>
IES-12	14	350		**	*****	*****	12
IES-11	9	225		**	***	****	9
IES-10	23	575		*	***	****	8
IES-9	19	475		**	***	***	8
IES-8	14	350		*	**	****	7
IES-7	21	525		*	0	**	3

Nota.- Las estrellas (\*) indican el número de programas que los alumnos de cada curso han experimentado en los cursos anteriores. Sombreado en rosa los centros escolares extremos en cuanto a cantidad de exposición a la prevención: alta vs. baja exposición.

## **ANEXO 4**



# PROTOCOLO DE VALORACIÓN DE PROGRAMAS DE PREVENCIÓN ESCOLAR SOBRE DROGAS

-PREVAL\_Qv1.0-

NOMBRE DEL PROGRAMA:

ENTIDAD QUE LO PRESENTA/APLICA:

FECHA DE LA EVALUACIÓN:

PERSONA DE REFERENCIA:

## Área 1. Análisis del problema

1. La intervención de prevención se realiza por la oferta realizada al centro escolar desde ayuntamiento, institución...

Si \_\_\_ no \_\_\_

2. La intervención de prevención se realiza por la demanda específica realizada por el centro escolar

Si \_\_\_ no \_\_\_

3. La intervención de prevención se realiza por la demanda específica realiza por el ayuntamiento de la localidad donde se ubica el centro escolar

Si \_\_\_ no \_\_\_

4. Existe una valoración de necesidades de prevención referida a la incidencia del consumo de drogas, incluido tabaco y alcohol de la localidad donde se ubica el centro escolar (datos epidemiológicos locales)

Si \_\_\_ no \_\_\_

5. Existe una valoración de necesidades de prevención referida a la incidencia del consumo de drogas, incluido tabaco y alcohol del grupo destinatario (alumnos) sobre los que se aplica el programa de prevención (diagnóstico de necesidades)

Si \_\_\_ no \_\_\_

6. Existe una valoración de necesidades de prevención referida a la identificación de factores de riesgo y/o protección (especialmente referidos a habilidades sociales de los alumnos, ajuste escolar, comunicación y actividades protectoras con la familias) para el consumo de drogas en el grupo destinatario de la prevención.

Si \_\_\_ no \_\_\_

Normas de valoración:

- Débil: ítem 1=si y/o ítem 2=si, y/o ítem 3=si
- Moderado: ítem 2=si y/o ítem 3=si + ítem 4=si
- Fuerte: ítem 5=si y/o ítem 6= si

## Área 2. Determinantes del problema

7. Se identifica un modelo/marco teórico que ayuda a explicar el problema de drogas que se quiere prevenir.

Si \_\_\_ no \_\_\_

8. Se conocen cuáles son los factores /determinantes que influyen en la posibilidad de consumir drogas por parte de los alumnos.

Si \_\_\_ no \_\_\_

9. La intervención se fundamenta en uno de los marcos teóricos del recuadro de abajo.

Si \_\_\_ no \_\_\_

- |   |
|---|
| <input type="checkbox"/> Modelo de Desarrollo Social (Catalano-Hawkings)  |
| <input type="checkbox"/> Modelo cognitivo: conocimiento sobre drogas      |
| <input type="checkbox"/> Modelo de Influencia Triádica (Flay, Petraitis)  |
| <input type="checkbox"/> Modelo de la Influencia Social (Bandura)         |
| <input type="checkbox"/> Modelo de la Conducta Problema (Jessor y Jessor) |
| <input type="checkbox"/> Modelo de Acción Razonada (Fishben y Ajzen)      |
| <input type="checkbox"/> Modelo Evolutivo (Kandel, DiClemente)            |
| <input type="checkbox"/> Modelo de Habilidades para la Vida (Botvin)      |
| <input type="checkbox"/> Enfoque de iguales: influencia e imitación       |
| <input type="checkbox"/> Modelo de Promoción de la Salud (OMS)            |

Nota: Marcar con una X el modelo/marco teórico

10. Si el modelo que se utiliza como marco explicativo del problema que se quiere prevenir no está en la lista anterior ¿se sabe si ha sido utilizado previamente en otras actividades de prevención (mediante publicaciones, congresos, etc.)?

Si \_\_\_ no \_\_\_

Especificar el nombre de este modelo: \_\_\_\_\_

### Normas de valoración:

- Débil: ítem 7=no
- Moderado:  
Ítem 8=si y/o ítem 10=si  
Ítem 7=si + ítem 9=si
- Fuerte: ítem 8=si + ítem 9=si

### Área 3. Objetivos de la intervención

11. La intervención sobre drogas identifica claramente cuáles son sus objetivos.

Si \_\_\_ no \_\_\_

12. La descripción de los objetivos se presentan en varios niveles: objetivos generales y específicos.

Si \_\_\_ no \_\_\_

13. Los objetivos se plantean en términos medibles: Se utilizan términos como “medible mediante...”, “incrementar”, “mejorar significativamente”, “aumentar”, “reducir significativamente”, “en comparación con...”

Si \_\_\_ no \_\_\_

14. Los objetivos se refieren a una de las acciones que se presentan en el cuadro de abajo.

Si \_\_\_ no \_\_\_

- Mejorar la información y concienciación sobre drogas
- Potenciar el desarrollo personal y escolar
- Potenciar el desarrollo de las habilidades sociales y de comunicación
- Promover actividades alternativas al consumo de drogas
- Promover medidas o actuaciones estructurales o normativas
- Actividades de promoción de la salud
- Implicar en la intervención a las familias (módulos o componentes para padres/madres)
- Implicar en la intervención a otros elementos del entorno donde se realiza la intervención: clubes, grupos organizados, parroquias, etc.

Nota: Marcar con una X lo o los objetivos que correspondan.

#### Normas de valoración:

- Débil: ítem 11=no
- Moderado: ítem 11=si + ítem 12=si + ítem 14=si (si sólo marca 1)
- Fuerte: : ítem 11=si + ítem 12=si + ítem 13=si + ítem 14=si (si marca más de 1)

## Área 4 y 5. Aplicación / implementación

### 4. Seleccionar programa de prevención

15. La intervención ha sido diseñada específicamente para los alumnos destinatarios de la prevención.

Si \_\_\_ no \_\_\_

16. La intervención consiste en la aplicación de uno de los programas de prevención existentes (ver lista del recuadro abajo) y que se presentan con sus materiales y protocolo de actuación.

Si \_\_\_ no \_\_\_

- Formación de adolescentes y jóvenes en prevención del consumo de alcohol de la Comunidad de Madrid.
- En la Huerta con mis amigos
- Prevenir en Colección
- Cine y educación en valores
- El valor de un cuento
- Tú y la música
- Prevenir para Vivir (PPV)
- Construyendo Salud (\*)**
- Programa Entre Todos (\*)**
- Tú decides (\*)**
- Al final... tú eliges (Leganés) (\*)**
- Proyecto PASE: Prevención del Abuso de Sustancias en la Escuela (\*)**
- Programa de prevención del tabaquismo en la ESO (\*)**
- Nexus: Programa para la prevención del consumo de drogas
- Club del Buen Deportista
- Y tú, ¿qué piensas?
- Tú mismo
- Déjame que te cuente algo sobre los porros
- Prevenir en Madrid
- Programa Hércules, habilidades para la toma de decisiones y solución de problemas (\*)**
- Programa Ulises, desarrollo y aprendizaje del autocontrol emocional
- Programa Atenea, desarrollo de habilidades sociales
- Programa Hygieia, desarrollo de habilidades saludables: alimentación, higiene y ocio
- ESO sin humo
- Jóvenes, ocio y salud
- Planeta feliz
- Jugar es la alternativa
- Astronomía divertida
- Teatro interactivo
- Ciencia divertida

Nota: Marcar con una X el programa

(\*) Programa de prevención con evaluación de resultados

17. La intervención consiste en la aplicación de uno de estos programas que disponen de evaluación de resultados (marcados con \*).

Si \_\_\_ no \_\_\_

18. Los objetivos del programa seleccionado se ajustan a las necesidades y objetivos de la intervención valorados inicialmente.

Si \_\_\_ no \_\_\_

19. La intervención seleccionada contempla alguna de las actuaciones de la lista de abajo que son los principios de eficacia basados en la evidencia de la investigación sobre prevención dirigida a niños y adolescentes (NIDA, 1997).

Si  no

- |                          |  |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Proporciona información útil y exacta sobre los daños y/o prevalencia del consumo de drogas.   |
| <input type="checkbox"/> | Comunica normas sociales claras sobre el consumo de drogas.  |
| <input type="checkbox"/> | Enseña y refuerza habilidades para la vida.  |
| <input type="checkbox"/> | Proporciona alternativas sanas y seguras al consumo de drogas.   |
| <input type="checkbox"/> | Influye en las normativas de restricción o disponibilidad del consumo en los jóvenes   |
| <input type="checkbox"/> | Continúa en el tiempo adaptándose a los distintos niveles de desarrollo  |
| <input type="checkbox"/> | Se desarrolla en diversos contextos: escolar, familiar, recreativo, etc.   |
| <input type="checkbox"/> | Ajusta la frecuencia e intensidad de las sesiones a las características del grupo destinatario.  |
| <input type="checkbox"/> | Incluye métodos interactivos.  |
| <input type="checkbox"/> | Utiliza diversos tipos de estrategias: informativas, educativas, alternativas, modificación del entorno, etc.  |
| <input type="checkbox"/> | Forma parte de un plan amplio de prevención con acciones paralelas a varios niveles: campañas en los medios, cambios de normas, intervenciones en la comunidad, en la escuela, en la familia, etc. |
| <input type="checkbox"/> | Se adapta a los niveles de riesgo del grupo de escolares al que va dirigida la intervención: a mayor riesgo mayor intensidad.  |
| <input type="checkbox"/> | Involucra a los padres (componente específico para padres/madres).   |
| <input type="checkbox"/> | Se adapta a las características culturales/sociales del entorno donde se aplica la intervención.   |

Nota: Marcar con una X el o los principios que correspondan

20. La intervención utiliza alguna de las estrategias o componentes del recuadro de abajo.

Si  no

<input type="checkbox"/>	<b>INFORMACIÓN</b>	Promueve el conocimiento y la sensibilización sobre la naturaleza y extensión del consumo, abuso y dependencia de drogas y sus efectos a nivel individual, familiar y en la comunidad.
<input type="checkbox"/>	<b>EDUCACIÓN</b>	Implica comunicación en dos direcciones (interacción). Pretende influir en las habilidades sociales y para la vida: habilidades de toma de decisiones, de rechazo, análisis crítico, etc.
<input type="checkbox"/>	<b>ALTERNATIVAS</b>	Promueve la participación en actividades incompatibles con el consumo de drogas.
<input type="checkbox"/>	<b>IDENTIFICACIÓN DE PROBLEMAS Y DERIVACIÓN</b>	Trata de identificar a aquellos que realizan consumos inadecuados de drogas a fin de intentar que la conducta pueda revertirse por medio de medidas educativas.
<input type="checkbox"/>	<b>PROCESOS COMUNITARIOS (Sinergias)</b>	Trata de potenciar la capacidad de una comunidad concreta para proporcionar servicios de tratamiento y prevención más efectivos. Incluye colaboración, coordinación o coalición.
<input type="checkbox"/>	<b>MODIFICACIÓN DEL ENTORNO</b>	Trata de cambiar o establecer leyes escritas o no, códigos y actitudes que afectan la incidencia y la prevalencia del consumo de drogas en la población general.

Nota: Marcar con una X el o las estrategias o componentes que correspondan

Normas de valoración:

- Débil:  
Ítem 15=si, o ítem 16=si, y/o ítem 18=no  
Ítem 17=si + ítem 18=no
- Moderado:  
Ítem 17=si + ítem 18=si y/o ítem 19=si (sólo 1), y/o ítem 20=si (sólo 1)
- Fuerte:  
Ítem 17=si + ítem 18=si + ítem 19=si (más de 1) + ítem 20=si (más de 1)

5. Aspectos relacionados con la puesta en marcha del programa de prevención:  
implementación

21. El programa es aplicado por personas preparadas o entrenadas específicamente para ello (profesor o profesional).

Si \_\_\_ no \_\_\_

22. El material del programa de prevención es específico del programa.

Si \_\_\_ no \_\_\_

23. El material para aplicar el programa concreta detalles sobre la aplicación sesión por sesión (tiempo, materiales, guión específico).

Si \_\_\_ no \_\_\_

24. El programa especifica el número de sesiones en el que debe ser aplicado.

Si \_\_\_ no \_\_\_

25. El método de aplicación del programa es interactivo, con participación activa de los alumnos.

Si \_\_\_ no \_\_\_

26. La intervención se aplica según el número de sesiones que indica el manual de aplicación del programa.

Si \_\_\_ no \_\_\_

27. La intervención se aplica utilizando todos los materiales que propone el manual de aplicación del programa.

Si \_\_\_ no \_\_\_

Normas de valoración:

- Débil:  
Ítems 21 a 27=no  
Ítem 25=no + ítem 26=no y/o ítem 27=no
- Moderado:  
Ítem 25=no + ítem 26=si y/o ítem 27=si
- Fuerte:  
Ítems 21 a 27=si

## Área 6. Evaluación

28. Se han recogido datos sobre la aplicación del programa de prevención de forma sistemática.

Si \_\_\_ no \_\_\_

29. Se han recogido de forma sistemática datos relativos a la aplicación del programa, su proceso.

Si \_\_\_ no \_\_\_

30. Se han recogido de forma sistemática datos relativos a los resultados o efectos del programa: si se han producido los cambios esperados.

Si \_\_\_ no \_\_\_

31. Se definen alguno de los indicadores del cuadro de abajo para evaluar el proceso.

Si \_\_\_ no \_\_\_

<input type="checkbox"/> Número de escuelas que han participado
<input type="checkbox"/> Número de aulas participantes
<input type="checkbox"/> Número de alumnos participantes
<input type="checkbox"/> Número de profesores participantes
<input type="checkbox"/> Número de padres/madres participantes
<input type="checkbox"/> Número de actividades realizadas
<input type="checkbox"/> Grado de satisfacción con el programa de los profesores
<input type="checkbox"/> Grado de satisfacción con el programa de los alumnos
<input type="checkbox"/> Nivel de retención en el programa (abandonos)

Nota: Marcar con una X los indicadores que correspondan

32. Se dispone de algunos de los instrumentos del cuadro de abajo para recoger datos de la aplicación del programa.

Si \_\_\_ no \_\_\_

<input type="checkbox"/> Registro de actividades
<input type="checkbox"/> Registro de horarios
<input type="checkbox"/> Registro de participación
<input type="checkbox"/> Registro de incidencias
<input type="checkbox"/> Otros registros. Especificar:

Nota: Marcar con una X los registros que correspondan

33. Se dispone de indicadores para evaluar los efectos del programa (variables mediadoras como factores de riesgo/protección, o variables directamente relacionadas con las drogas: conductas, actitudes, etc.)

Si \_\_\_ no \_\_\_

34. Se dispone de instrumentos para medir los indicadores de resultados.

Si \_\_\_ no \_\_\_

35. Se ofrecen datos de fiabilidad y validez de los instrumentos de evaluación de resultados utilizados.

Si \_\_\_ no \_\_\_

36. Se especifica en qué momento, de los propuestos en el cuadro de abajo, se han recogidos los datos de evaluación.

Si \_\_\_ no \_\_\_

- |  |
|--|
| <p><input type="checkbox"/> Medidas antes de la intervención en el grupo destinatario.</p> <p><input type="checkbox"/> Medidas después de la intervención en el grupo destinatario.</p> <p><input type="checkbox"/> Medidas a varios días/meses de la intervención en el grupo destinatario</p> <p><input type="checkbox"/> Medidas antes de la intervención en un grupo que no participa del programa y que es similar al grupo que sí lo recibe (grupo control)</p> <p><input type="checkbox"/> Medidas después de la intervención en un grupo que no participa del programa ay es similar al grupo que sí lo recibe (grupo control)</p> |
|--|

Nota: Marcar con una X las opciones que correspondan

37. Se especifica de qué modo se analizan los datos recogidos: quién analiza, software de análisis, pruebas estadísticas, nivel de confianza elegido, etc.

Si \_\_\_ no \_\_\_

38. Se especifica cómo afectó el programa a la conducta de consumo de drogas del grupo destinatario.

Si \_\_\_ no \_\_\_

39. Se especifica cómo afectó el programa a las variables mediadoras (factores de riesgo/protección) relacionadas con el consumo de drogas del grupo destinatario.

Si \_\_\_ no \_\_\_

40. Se argumenta si el programa obtuvo los resultados previstos. Analiza las diferencias existentes entre las previsiones y los resultados, señalando posibles razones para las discrepancias.

Si \_\_\_ no \_\_\_

41. Se presentan posibles resultados negativos o no esperados del programa.

Si \_\_\_ no \_\_\_

42. Se presentan recomendaciones para la utilización del programa en el futuro.

Si \_\_\_ no \_\_\_

43. Se da visibilidad a los resultados en alguna publicación científica o profesional.

Si \_\_\_ no \_\_\_

Normas de valoración:

- Débil: ítem 28=no; o  
Ítem 28=si + ítem 29=si + ítem 31=si (menos de 5 indicadores) + ítem 32=no
- Moderado:  
Ítem 28=si + ítem 29=si + ítem 31=si (al menos 5 indicadores) + ítem 32=si  
Ítem 30=si + ítem 33=si + ítem 34=si + ítem 35=no + ítem 36 (antes o después)
- Fuerte:  
Ítems 28 a 43=si (ítem 36=si marcando antes y después)

## RESUMEN DE VALORACIONES PREVAL\_Q

		No evaluable	Débil	Moderado	Fuerte
<b>Área Análisis</b>					
1	Análisis del problema	<input type="checkbox"/>	1	2	3
					Puntuación
<b>Área Determinantes del problema</b>					
2	Modelo teórico que sustenta el programa	<input type="checkbox"/>	1	2	3
					Puntuación
<b>Área Objetivos</b>					
3	Objetivos de la intervención	<input type="checkbox"/>	1	2	3
					Puntuación
<b>Aplicación / implementación</b>					
4	Selección del programa de prevención	<input type="checkbox"/>	1	2	3
5	Implementación: puesta en marcha del programa	<input type="checkbox"/>	1	2	3
					Puntuación
<b>Evaluación</b>					
6.	Evaluación de la aplicación del programa	<input type="checkbox"/>	1	2	3
					Puntuación
<b>Puntuación total del programa evaluado</b>					
<b>(máximo 18 puntos)</b>					

### Notas:

Significado de la puntuación:

1. Débil= insuficiente, necesita mejorar
2. Moderado= entre insuficiente y suficiente; tiene algunos elementos y otros han de mejorar
3. Fuerte= no se requieren mejoras

Puntuar cada criterio marcando las casillas “fuerte” “moderado” o “débil”. La puntuación se obtiene valorando los indicadores que se presentan en el protocolo (ítems 1 a 43) y aplicando las reglas de valoración de cada área que viene en recuadro al final de las mismas.

La puntuación total del programa evaluado se obtiene sumando los puntos de todas las áreas. La puntuación máxima posible es 18 puntos y la mínima 6 puntos.

Los programas que obtengan 6 puntos se deben considerar débiles, con insuficiente fortalezas y que necesitan mejoras en todas las áreas analizadas.

## REPRESENTACIÓN DE LA VALORACIÓN DEL PROGRAMA SEGÚN CRITERIOS DEL PREVAL\_Q

Instrucciones.- Marcar el punto de valoración con una X (1, 2 o 3) de cada área. Para obtener una impresión global de la calidad del programa unir los puntos con línea para obtener la curva de calidad que lo representa.

Análisis de necesidades	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Marco teórico	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Objetivos	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Selección del programa	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Puesta en marcha del programa	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
Evaluación	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
	1	2	3

Puntos a mejorar:	Acciones:
1.	a) b) c)
2.	a) b) c)
3.	a) b) c)
4.	a) b) c)

## **ANEXO 5**



