

Factores de riesgo y protección asociados al consumo de alcohol y otras drogas en adolescentes de secundaria

Autora: Beatriz Rial Gómez

Tesis doctoral UDC / 2023

Directora: Eva María Espiñeira Bellón

Tutor: Jesús Miguel Muñoz Cantero

Programa oficial de doctorado en Equidad e Innovación en Educación

DOCTORADO INTERUNIVERSITARIO EN EQUIDAD E INNOVACIÓN EN EDUCACIÓN

Dra. D.^a Eva María Espiñeira Bellón, con DNI 32673232F, profesora contratada doctora del Departamento de Didácticas Específicas y Métodos de Investigación y Diagnóstico en Educación de la Universidade da Coruña

AUTORIZO

La presentación y defensa de la Tesis Doctoral de D.^a Beatriz Rial Gómez, titulada Factores de riesgo y protección asociados al consumo de alcohol y otras drogas en adolescentes de secundaria, dirigida por la profesora Dr.^a, D.^a, Eva María Espiñeira Bellón, para su depósito.

PARA QUE ASÍ CONSTE, se firma y data en A Coruña, a 19 de agosto de 2023

3

Fdo.: Eva María Espiñeira Bellón

Directora

Fdo.: Jesús Miguel Muñoz Cantero

Tutor

A Eviña.

Creo que no tengo palabras para expresar todo lo que significas para mí.
Sin tu comprensión, cariño, paciencia... sin tus ánimos y constancia...este trabajo sería
impensable.
Gracias por enseñarme a confiar, guiarme, orientarme, escucharme incondicionalmente y
estar siempre ahí, con una sonrisa.

Agradecimientos

Solo puedo decir ¡GRACIAS!

Aún no me creo que esto haya sido posible, pero aquí está.

Al Departamento de Didácticas Específicas y Métodos de Investigación y Diagnóstico en Educación, por haberme acogido en este proceso, sin vuestro apoyo y guía esto no habría sido posible.

A mi tutora, mi timón y guía. Por esas horas infinitas que hemos compartido, donde tu paciencia y comprensión incondicional, me han ayudado a ver la luz al final del túnel, no solo en la elaboración del presente trabajo, sino en mi vida.

A mi familia, por su comprensión y cariño, por su apoyo incondicional y confiar en mí.

A los centros colaboradores en el presente trabajo. Gracias por vuestra colaboración y esas horas que hemos compartido, con tan buenas charlas y buena compañía.

A mis compañeros, por haberme facilitado el camino.

Gracias a todos/as por haberme anclado en este momento de mi vida y estar ahí.

Resumo:

O consumo de substancias na adolescencia constitúe unha das maiores preocupacións a nivel social e sanitario, dada a importancia desta etapa da vida.

Existen gran número de investigacións previas nas que se determinaron cales poden ser os factores de risco que poden aumentar o consumo, fronte a outros factores de protección, os cales poden reducir o achegamento cara a un consumo problemático.

Xorde de aí a idea da formulación deste traballo de investigación: avaliar que tipo de factores priman na actualidade nos nosos adolescentes e cales teñen maior asociación ante o consumo de substancias. Para iso establécese unha investigación de carácter mixto na que se enquisa a alumnado e membros dos equipos directivos e de orientación de centros educativos da cidade da Coruña.

Os resultados poñen de manifesto unha estrutura de factores de risco e protección, que en ocasións non coincide co expresado polas direccións e orientadores/as dos devanditos centros, polo que se conclúe que este aspecto ha de ser valorado en función das necesidades que presenten os/as adolescentes que atendemos e a prevención ha de levarse a cabo, por tanto, de forma personalizada.

Resumen:

El consumo de sustancias en la adolescencia constituye una de las mayores preocupaciones a nivel social y sanitario, dada la importancia de esta etapa de la vida.

Existen gran número de investigaciones previas en las que se han determinado cuáles pueden ser los factores de riesgo que pueden aumentar el consumo, frente a otros factores de protección, los cuales pueden reducir el acercamiento hacia un consumo problemático.

Surge de ahí la idea del planteamiento de este trabajo de investigación: evaluar qué tipo de factores priman en la actualidad en nuestros adolescentes y cuáles tienen mayor asociación ante el consumo de sustancias. Para ello se establece una investigación de carácter mixto en el que se encuesta a alumnado y miembros de los equipos directivos y de orientación de centros educativos de la ciudad de A Coruña.

Los resultados ponen de manifiesto una estructura de factores de riesgo y protección, que en ocasiones no coincide con lo expresado por las direcciones y orientadores/as de dichos centros, por lo que se concluye que este aspecto ha de ser valorado en función de las necesidades que presenten los/las adolescentes que atendemos y la prevención ha de llevarse a cabo, por tanto, de forma personalizada.

Abstract:

Substance use in adolescence is one of the greatest social and health concerns, given the importance of this stage of life.

There is a large number of investigations that have determined what may be the risk factors that can increase consumption, compared to other protective factors, avoid problematic consumption.

The objective of this research work is to evaluate what type of factors currently prevail in our adolescents and which have the greatest association with substance use. To this end, a mixed research is established in which students and members of the management and guidance teams of educational centers in the city of A Coruña are surveyed.

The results reveal a structure of risk and protective factors. Sometimes it does not coincide with what is expressed by the directors and counselors of these centers. It is concluded that this aspect must be assessed according to the needs presented by adolescents and prevention must therefore be carried out in a personalized way.

Prólogo

El consumo de drogas en la adolescencia española, goza de especial relevancia desde 1994, año en el que se establece la Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES) (Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones –OEDA-, 2022), de carácter bienal, mediante la cual se pretende conocer la percepción manifiesta por los/as estudiantes, en cuanto al consumo de drogas, tanto a nivel estatal como autonómico, estableciéndose como “uno de los principales problemas de la población juvenil en España” (Carballo Crespo et al., 2004). El elevado nivel de experimentación con sustancias, legales e ilegales, entre adolescentes, junto con su precocidad en el inicio del consumo de estas sustancias, se refleja en los datos recogidos en dicha encuesta.

El consumo de drogas constituye hoy en día un grave problema de salud pública (Alfonso et al., 2009; López Larrosa, & Rodríguez-Arias Palomo, 2010), especialmente entre los/las adolescentes, debido a las consecuencias tan relevantes que conlleva el consumo de sustancias, tanto a nivel familiar, social, personal, sanitario, económico, ...; dando lugar a que exista, en la actualidad, una gran preocupación social, intentando identificarlo y prevenirlo.

Ante este cambio social, es el momento propicio, en el cual, los diversos agentes sociales han de buscar vías alternativas a la resignación, centrándose en la prevención, en una educación centrada en la calidad y en el bienestar de la población adolescente, siendo importante, en este sentido, conocer con profundidad todo lo que rodea al consumo y sus consecuencias, sobre todo con la población adolescente, ya que, en esta etapa, en función de lo desarrollado anteriormente, es el momento en el que se producen los primeros consumos.

Uno de los puntos de partida en el estudio de las drogodependencias va a ser, por tanto, el análisis de los factores de riesgo y protección, que va a permitir comprender el fenómeno del inicio y mantenimiento del consumo de sustancias entre los/las adolescentes, así como diseñar programas de prevención eficaces (García y Graña, 1994; Fernández y Secades, 2002; Laespada Martínez et al., 2004; Peñafiel Pedrosa, 2009).

Es en este marco en el que se encuadran los estudios focalizados en los factores de riesgo y protección del abuso de drogas (Alfonso et al., 2009; Carballo Crespo et al., 2004; González-López & Naranjo-Fundora, 2013; López Larrosa, & Rodríguez-Arias Palomo, 2010; Muñoz Preciado et al., 2017; Salazar Torres et al., 2006).

Como punto de partida, tendremos en cuenta que toda acción en una intervención preventiva se debe de realizar tomando como bases, por un lado, la investigación y por otro, la determinación de los factores de riesgo o causales y por otro, los factores de protección. De ahí, que, en la presente investigación, uno de los puntos fuertes sea la determinación de estos factores dentro de la muestra a investigar, para poder, posteriormente, establecer acciones preventivas.

Una vez realizada la fundamentación teórica, en la cual se ofrezca una perspectiva general sobre el tema objeto de estudio, los factores de riesgo y prevención en el consumo de alcohol y/o drogas entre la población adolescente dentro de la Enseñanza Secundaria

Obligatoria y la prevención del consumo, se tratará de investigar cuáles son los factores de riesgo y de protección de cara al consumo de alcohol y/o drogas, encuestando adolescentes de diferentes centros educativos de la ciudad de A Coruña, así como a directores/as y orientadores/as de dichos centros.

En la presente investigación se han seleccionado las edades comprendidas entre los 12-16 años por formar parte de la adolescencia y dentro de la Enseñanza Secundaria Obligatoria (ESO), con el fin de poder recoger tanto los factores de riesgo como de protección y, poder observar cómo actúan o varían en función de las edades, las realidades sociales, circunstancias personales y/o familiares, ...

ÍNDICE

1. ESTADO DEL ARTE	23
1.1. LA POBLACIÓN ADOLESCENTE: CONSUMO DE ALCOHOL Y/O DROGAS	23
1.2. ESTADÍSTICAS GENERALES EN LA POBLACIÓN ESPAÑOLA Y GALLEGA	33
1.3. FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN.....	45
1.4. PREVENCIÓN EN DROGODEPENDENCIAS	83
1.5. PROGRAMAS DE PREVENCIÓN EN DROGODEPENDENCIAS.....	111
1.6. PREVENCIÓN Y FACTORES DE RIESGO.....	149
2. DISEÑO DEL ESTUDIO EMPÍRICO.....	153
2.1. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN.....	153
2.2. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	157
2.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOGIDA DE LA INFORMACIÓN	173
3. RESULTADOS	207
3.1. RESULTADOS DEL CUESTIONARIO.....	207
3.2. RESULTADOS DE LAS ENTREVISTAS.....	247
4. CONCLUSIONES GENERALES, LIMITACIONES Y LÍNEAS DE FUTURO	279
5. REFERENCIAS.....	283
6. ANEXOS	299
6.1. ANEXO 1. VERSIÓN INICIAL DEL CUESTIONARIO DIRIGIDO AL ALUMNADO.....	299
6.2. ANEXO 2. VERSIÓN DEL CUESTIONARIO DIRIGIDO AL ALUMNADO UNA VEZ VALIDADO POR AGENTES EXPERTOS	307
6.3. ANEXO 3. GUION DE ENTREVISTA.....	313
6.4. ANEXO 4. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN.....	327

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Evolución de las edades medias de inicio en el consumo de drogas (14-18años)	36
Tabla 2. Agrupaciones de teorías y modelos explicativos.....	98
Tabla 3. Modelos teóricos sólidos en el ámbito de la prevención de las drogodependencias.	107
Tabla 4. Tipos de programas preventivos	117
Tabla 5. Programas preventivos en el ámbito escolar, familiar y dirigidos a jóvenes	132
Tabla 6. Confluencia de las zonas de influencia de centros educativos de A Coruña.....	163
Tabla 7. Muestra de alumnado participante.....	164
Tabla 8. Muestra de direcciones y equipos de orientación participantes	172
Tabla 9. Agentes validadores del cuestionario	174
Tabla 10. Dimensiones y subdimensiones del cuestionario CUFARIPRO_AlcDro	175
Tabla 11. Cuestionario CUFARIPRO_AlcDro	176
Tabla 12. Valores de los índices de homogeneidad de cada ítem y el Alpha de Cronbach si se suprime el ítem	185
Tabla 13. KMO y prueba de Bartlett.....	191
Tabla 14. Varianza total explicada. Método de extracción: análisis de componentes principales	191
Tabla 15. Análisis de comunalidades	192
Tabla 16. Matriz de componentes rotados	195
Tabla 17. Estructura de factores resultantes	200
Tabla 18. Estadísticos de los factores del cuestionario.....	207
Tabla 19. Resultado del análisis de la normalidad y homogeneidad Kolmogorov-Smirnov	210
Tabla 20. Análisis descriptivo del factor nivel de tolerancia personal a la frustración (FTF)	211
Tabla 21. Análisis descriptivo factores psicológicos asociados a autocontrol, depresión y ansiedad (FP).....	214
Tabla 22. Análisis descriptivo factores sociales.....	215
Tabla 23. Análisis descriptivo factores relacionados con el autoconcepto (FA)	217
Tabla 24. Análisis descriptivo factores relacionados con la dificultad para el manejo del tiempo libre (FTL).....	218
Tabla 25. Análisis descriptivo factores relacionados con el estilo educativo (FEE)	220
Tabla 26. Análisis descriptivo factores relacionados con la búsqueda de sensaciones (FBS)...	221
Tabla 27. Análisis descriptivo factores relacionados con la tolerancia social hacia el consumo (FTC)	222
Tabla 28. Prueba H de Kruskal-Wallis. Factores del cuestionario con la variable centro educativo.....	223

Tabla 29. Prueba U de Mann-Whitney. Factores Psicológicos asociados al autocontrol, depresión y ansiedad en función del centro educativo	224
Tabla 30. Prueba H de Kruskal-Wallis. Factores del cuestionario con la variable edad.....	224
Tabla 31. Prueba H de Kruskal-Wallis. Factores del cuestionario con la variable curso	226
Tabla 32. Prueba U de Mann-Whitney. Factores relacionados con la dificultad para el manejo del tiempo libre en función del curso	227
Tabla 33. Prueba U de Mann-Whitney. Factores relacionados con el estilo educativo en función del curso	228
Tabla 34. Prueba H de Kruskal-Wallis. Factores del cuestionario con la variable rendimiento	230
Tabla 35. Prueba H de Kruskal-Wallis. Factores del cuestionario con la variable alcohol	231
Tabla 36. Prueba U de Mann-Whitney. Factores relacionados con la dificultad para manejo del tiempo libre FTL en función del alcohol	232
Tabla 37. Prueba U de Mann-Whitney. Factores relacionados con la tolerancia social hacia el consumo en función del alcohol	233
Tabla 38. Prueba H de Kruskal-Wallis. Factores del cuestionario con la variable drogas.....	234
Tabla 39. Prueba U de Mann-Whitney. Factores psicológicos asociados al autocontrol, depresión y ansiedad con la variable drogas	235
Tabla 40. Prueba U de Mann-Whitney. Factores relacionados con el autoconcepto con la variable drogas	235
Tabla 41. Prueba U de Mann-Whitney. Factores relacionados con la dificultad para el manejo del tiempo libre con la variable drogas.....	236
Tabla 42. Prueba U de Mann-Whitney. Factores relacionados con la búsqueda de sensaciones con la variable drogas	237
Tabla 43. Prueba H de Kruskal-Wallis. Factores del cuestionario con la variable clase social..	238
Tabla 44. Prueba U de Mann-Whitney. Factor nivel de tolerancia personal a la frustración con la variable clase social	239
Tabla 45. Prueba U de Mann-Whitney. Factores relacionados con el autoconcepto con la variable clase social.....	240
Tabla 46. Prueba U de Mann-Whitney. Factores relacionados con la dificultad para el manejo del tiempo libre con la variable clase social.....	241
Tabla 47. Prueba U de Mann-Whitney. Factores relacionados con el estilo educativo con la variable clase social.....	242
Tabla 48. Prueba U de Mann-Whitney. Factores relacionados con la búsqueda de sensaciones con la variable clase social	243
Tabla 49. Prueba U de Mann-Whitney. Factores en función de la asistencia al aula	244
Tabla 50. Prueba U de Mann-Whitney. Factores en función del sexo.....	245

ÍNDICE DE FIGURAS

<i>Figura 1. Estrategias de prevención según diversas instituciones</i>	114
<i>Figura 2. Contenido principal de los programas de prevención de drogodependencias en adolescentes.....</i>	116
<i>Figura 3. Servicios de intervención en España</i>	130
<i>Figura 4. Mapa de zona de influencia de centros públicos</i>	161
<i>Figura 5. Mapa de zona de influencia de centros privados concertados</i>	162
<i>Figura 6. Distribución por sexos de la muestra de alumnado participante.....</i>	164
<i>Figura 7. Distribución por edades de la muestra de alumnado participante.....</i>	165
<i>Figura 8. Distribución por curso de la muestra de alumnado participante.....</i>	166
<i>Figura 9. Distribución por consideración de la clase social a la que pertenece la muestra de alumnado participante.....</i>	167
<i>Figura 10. Distribución por consideración del rendimiento escolar de la muestra de alumnado participante</i>	168
<i>Figura 11. Distribución por asistencia/ausencia a clase de la muestra de alumnado participante</i>	169
<i>Figura 12. Distribución por consumo de alcohol en la familia de la muestra de alumnado participante</i>	170
<i>Figura 13. Distribución por consumo de otras drogas en la familia de la muestra de alumnado participante</i>	171
<i>Figura 14. Estadísticos de cada uno de los factores del cuestionario</i>	209
<i>Figura 15. Categorías</i>	247
<i>Figura 16. Categoría Búsqueda de sensaciones</i>	248
<i>Figura 17. Categoría Autocontrol, depresión, ansiedad</i>	251
<i>Figura 18. Categoría Tiempo libre</i>	253
<i>Figura 19. Categoría Factores sociales.....</i>	256
<i>Figura 20. Categoría Estilo educativo</i>	264
<i>Figura 21. Categoría Tolerancia social al consumo.....</i>	269
<i>Figura 22. Categoría Autoconcepto</i>	271
<i>Figura 23. Categoría Tolerancia personal a la frustración</i>	273
<i>Figura 24. Modelo de co-ocurrencia de códigos</i>	276

Siglas

Asociación Estadounidense de Psiquiatría /American Psychiatric Association	APA
Ácido Gammahidroxibutírico	GHB
Centro de Educación Infantil y Primaria	CEIP
Cuestionario de determinación de factores de riesgo y protección asociados al consumo de alcohol y otras drogas en adolescentes de Educación Secundaria Obligatoria	CUFARIPRO_AlcDro
<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i>	DSM
Encuesta sobre Alcohol y otras Drogas en España	EDADES
Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España	ESTUDES
Enseñanza Secundaria Obligatoria	ESO
European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction	EMCDDA
Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia	UNICEF
Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas de Estados Unidos	NIDA
Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales	MDE
Ministerio de Educación y Ciencia	MEC
National Institute on Drug Abuse	NIDA
Observatorio Español de las Drogas	OED
Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones	OEDA
Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías	OEDT
Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito	UNODC
Organización Mundial de la Salud	OMS
Plan Nacional sobre Drogas	PNSD
Sustancias Psicoactivas	SPA
Tecnologías de la Información y de la Comunicación	TICS

1. ESTADO DEL ARTE

1.1. LA POBLACIÓN ADOLESCENTE: CONSUMO DE ALCOHOL Y/O DROGAS

Cuando se habla de adolescentes no es un término que esté del todo delimitado y, dependiendo en el contexto que se utilice, puede entenderse de una forma u otra. Podemos decir que viene a ser una etapa comprendida entre el fin de la niñez y el principio de la edad adulta, en la cual se producen una serie de cambios y profundas transformaciones, tanto físicas como psicológicas, produciendo en muchas ocasiones conflictos en la propia persona unidos a crisis de identidad, que conllevan, en ocasiones, a cambios corporales y hacia una independencia tanto social, como psicológica.

Al hablar del concepto de adolescencia no se puede dejar de mencionar a uno de los más importantes autores que contribuyó al desarrollo de éste, Erikson, como ya mencionaron Alexander et al. (1984) y Muuss (1988), en Lozano Vicente (2014), que es quizás el más influyente teórico dentro de la corriente psicoanalista en relación con la adolescencia. Como es sabido, fue el inventor del concepto «crisis de identidad». Para Erikson, el desarrollo del yo se caracteriza por la adquisición de una identidad según la cultura de referencia, incorporando así la dimensión social o histórica. La adolescencia se constituye como un tiempo de moratoria para que el joven integre su niñez pasada con las expectativas de futuro. El individuo debe establecer un sentido de identidad personal y evitar el peligro de la difusión de rol y las crisis de identidad personal.

Nos encontramos con diferentes teorías a la hora de explicar el concepto de la adolescencia, cada cual hace énfasis o hincapié en diferentes cuestiones para poder explicar el paso de una etapa a otra y los puntos clave que determinan la aparición de esta etapa tan ampliamente estudiada y compleja de delimitar. A continuación, se van a mencionar unos puntos claves desde cada perspectiva: la psicoanalítica, la cognitivo-conductual y la sociológica.

Podemos hablar, desde el punto de vista de la psicología evolutiva, del concepto de adolescencia como campo de estudio desde finales del siglo XIX y con fuerza mayor hacia principios de siglo XX, a raíz de la publicación de un tratado sobre la adolescencia del psicólogo norteamericano Stanley Hall (1844-1924) el cual procedió a aplicar el punto de vista evolucionista de la teoría de Darwin para conceptualizar el término “adolescencia”, pasando a ser un hito en este ámbito.

Así, el factor principal del desarrollo para él residía en “factores fisiológicos genéticamente determinados, siendo el ambiente un factor secundario” como recogen Adrián Serrano y Rangel Gascó (2013, p. 9). Por lo que venía a reconocer que en la adolescencia los factores ambientales juegan un papel más importante que en cualquier otro período de la vida, siendo necesario observar la interacción entre las influencias ambientales y la herencia, para determinar el desarrollo de la juventud en este período.

Como nos ha reflejado Dávila León (2004) y siguiendo a Stanley Hall (1904), la adolescencia

es una edad especialmente dramática y tormentosa en la que se producen innumerables tensiones, con inestabilidad, entusiasmo y pasión, en la que el joven se encuentra dividido entre tendencias opuestas. Además, la adolescencia supone un corte profundo con la infancia, es como un nuevo nacimiento (tomando esta idea de Rousseau) en la que el joven adquiere los caracteres humanos más elevados (p. 5).

Desde el punto de vista de la perspectiva psicoanalítica, y como refleja Dávila León (2004), se parte de considerar la adolescencia el resultado del brote pulsional que se produce por la pubertad (etapa genital), que altera el equilibrio psíquico alcanzado durante la infancia (etapa de latencia). Este desequilibrio incrementa el grado de vulnerabilidad del individuo y puede dar lugar a procesos de desajuste y crisis, en los cuales están implicados mecanismos de defensa psicológicos (fundamentalmente la represión de impulsos amenazantes) en ocasiones inadaptativos.

Durante este proceso, la persona puede sufrir diferentes crisis de identidad que tienen relación con el hecho de definirse como personas y muchas veces con resultados no del todo firmes e inciertos. Por lo que, el psicoanálisis acentúa la importancia de los factores internos en el curso adolescente, que desencadenan en mayor o menor medida conflictos de integración social (Adrián Serrano, & Rangel Gascó, 2013).

Por otro lado, la concepción de la adolescencia desde la perspectiva cognitivo-conductual manifiesta su base en las capacidades cognitivas del propio sujeto, lo que implica y conlleva a cambios en el pensamiento de los/jóvenes. Aquí tenemos a Jean Piaget como el autor de referencia en esta corriente. Como reflejan Adrián Serrano y Rangel Gascó (2013) durante esta etapa los jóvenes acceden en un grado u otro a formas de razonamiento propias de lo que se denomina pensamiento formal.

El desarrollo de estas nuevas capacidades de cognición en los/jóvenes, les ayuda a desarrollar un pensamiento crítico junto con una mayor autonomía y es durante esta etapa, como indica Delval (1998), citado en Dávila León (2004) donde el sujeto tiende a la elaboración de planes de vida y las transformaciones afectivas y sociales van unidas a cambios en el pensamiento, donde la adolescencia es el resultado de la interacción entre factores sociales e individuales.

Por último, desde la perspectiva sociológica y siguiendo a Dávila León (2004) la adolescencia viene a ser el fruto de tensiones y presiones que vienen del contexto social, fundamentalmente en lo relacionado con el proceso de socialización que lleva a cabo el sujeto y la adquisición de roles sociales, donde la adolescencia puede comprenderse primordialmente a causas sociales externas al mismo sujeto.

En la preadolescencia es la etapa en la que entran en funcionamiento los procesos cognitivos en referencia al consumo de sustancias psicoactivas, y en función de dichos procesos, se van poniendo en marcha la toma de decisiones, que inducen hacia un comportamiento u otro, proceso en el cual interfieren múltiples factores, personales, sociales, ambientales, ...

Como afirma Pedreira Crespo (2008) y a grandes rasgos,

el adolescente está volcado en la consecución de la autonomía personal y en afianzarse para sí un estilo original e irrepetible. Su pensamiento, creencias, convicciones van a estar al servicio de esa causa, lo que le llevará a tomar decisiones encaminadas a poner en marcha actitudes y conductas que contribuyan de una u otra manera a forjar esa imagen que desea para sí.

El hecho de que la mayoría de la población adulta consumidora de sustancias, tanto legales como ilegales, las probó a lo largo de los años de la adolescencia, convierte esta etapa de la vida en el centro de atención si deseamos que los problemas derivados del abuso de drogas tengan una incidencia mínima en el futuro. Las instituciones de mayor relevancia, tanto de ámbito internacional como nacional vienen insistiendo en la necesidad de poner en marcha programas de prevención dirigidos a los grupos de población en mayor situación de riesgo, como son los adolescentes y los jóvenes (NIDA, 1997, como se citó en Pedreira Crespo, 2008; OEDT, 2000 (p. 14).

Es también durante esta etapa de la adolescencia cuando los/las adolescentes afianzan y reafirman su proceso de socialización, incorporando las creencias y los valores de la sociedad en la que están inmersos, adoptando y asumiendo ciertos roles o determinados papeles sociales. Como nos han reflejado Adrián Serrano y Rangel Gascó (2013) los/las jóvenes están sujetos, en muchas ocasiones, a las expectativas y exigencias de las personas adultas, siendo la adolescencia el resultado individual de las tensiones que se generan dentro del ámbito social y así, desde esta perspectiva se enfatizan los procesos de integración en el mundo laboral, como soporte necesario de ese tránsito desde una situación general de dependencia a otra de independencia. La situación de segregación social de la que provienen y el alargamiento de los procesos de tránsito a la sociedad adulta los coloca en una situación de vulnerabilidad. Por tanto, aquí la adolescencia se atribuye principalmente a causas y factores sociales, externos al individuo.

Por otro lado, y siguiendo a Lozano Vicente (2014) que hace referencia al concepto de la adolescencia como un término no bien delimitado respecto de otros conceptos como pubertad o juventud. Para ello, cabe hacer referencia a otros múltiples conceptos que nos ayuden a encuadrar este término.

Schlegel y Barry (1991), como se citaron en Lozano Vicente (2014) hacen referencia a la distinción *impúber/púber* no se superpone en todas las épocas o culturas con la distinción *infancia/adolescencia*, aunque la distinción entre impúber e infancia sí se superpone, aproximadamente, en extensión. En algunas sociedades, la pubertad no clausura la etapa adolescente, mientras que, en otras, determinadas ceremonias ligadas a la adolescencia, sobre todo tratándose de chicas, tienen comienzo antes incluso del inicio de la pubertad.

Como indican Pineda Pérez y Aliño Santiago (2002, p. 16)

es difícil establecer límites cronológicos para este período; de acuerdo con los conceptos convencionalmente aceptados por la Organización Mundial de la Salud (OMS), la adolescencia es la etapa que transcurre entre los 10 y 19 años, considerándose dos fases: la adolescencia temprana (de 10 a 14 años) y la adolescencia tardía (de 15 a 19 años).

Por lo que podemos hablar de dos tipos de adolescencia, según la OMS: la adolescencia temprana y la adolescencia tardía. Dentro de la adolescencia temprana que engloba desde los 10 hasta los 14, como se indica desde Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, 2011) entre las características principales de esta etapa podemos decir que, “por lo general, comienzan a manifestarse los cambios físicos, que usualmente empiezan con una repentina aceleración del crecimiento, seguido por el desarrollo de los órganos sexuales y las características sexuales” (p. 6). Estos cambios externos son con frecuencia muy obvios y pueden ser motivo de ansiedad, así como de entusiasmo para los individuos cuyos cuerpos están sufriendo la transformación.

El desarrollo físico y sexual, más precoz en las niñas –que entran en la pubertad unos 12 a 18 meses antes que los varones– se refleja en tendencias semejantes en el desarrollo del cerebro. El lóbulo frontal, la parte del cerebro que gobierna el razonamiento y la toma de decisiones, empieza a desarrollarse durante la adolescencia temprana. Debido a que este desarrollo comienza más tarde y toma más tiempo en los varones, se presencia la tendencia de éstos a actuar impulsivamente y a pensar de una manera acrítica dura mucho más tiempo que en las niñas. Este fenómeno contribuye a la percepción generalizada de que las niñas maduran mucho antes que los varones.

Por otro lado, contamos con la adolescencia tardía, que comprende desde los 15 hasta los 19 años y, como ha recogido UNICEF (2011) en esta etapa ya han tenido lugar, en la gran mayoría de los/las adolescentes, los cambios físicos más importantes, pero su cuerpo continúa desarrollándose. Igualmente continúa desarrollándose su cerebro y es en esta etapa en la que las opiniones e influencias del grupo de iguales cobran una mayor importancia. Esta comienza a disminuir cuando los/las adolescentes van adquiriendo una mayor confianza en sí mismos/as y van clarificándose y afianzándose dentro de su propia identidad y sus propias opiniones.

Así bien, en UNICEF 2011 (p. 6) reflejan entre las principales características y rasgos dentro de esta adolescencia tardía, como

la temeridad –un rasgo común de la temprana y mediana adolescencia, cuando los individuos experimentan con el “comportamiento adulto”– declina durante la adolescencia tardía, en la medida en que se desarrolla la capacidad de evaluar riesgos y tomar decisiones conscientes. Sin embargo, el fumar cigarrillos y la experimentación con drogas y alcohol frecuentemente se adquieren en esta temprana fase temeraria para prolongarse durante la adolescencia tardía e incluso en la edad adulta. El otro aspecto del explosivo desarrollo del cerebro que tiene lugar durante la adolescencia es que puede resultar seria y permanentemente afectado por el uso excesivo de drogas y alcohol.

En la adolescencia tardía, las niñas suelen correr un mayor riesgo que los varones de sufrir consecuencias negativas para la salud, incluida la depresión; y a menudo la discriminación y el abuso basados en el género magnifican estos riesgos. Las niñas tienen una particular propensión a padecer trastornos alimentarios, tales como la anorexia y la bulimia; esta vulnerabilidad se deriva en parte de profundas ansiedades sobre la imagen corporal alentadas por los estereotipos culturales y mediáticos de la belleza femenina.

La adolescencia tardía es una etapa de oportunidades, idealismo y promesas. Es durante estos años que los/las adolescentes ingresan en el mundo del trabajo o de la educación superior, establecen su propia identidad y cosmovisión y comienzan a participar activamente en la configuración del mundo que les rodea.

Por lo visto hasta ahora, y como indican Ações Educativa et al. (2002), citados en Dávila León (2004), el concepto de adolescencia es una construcción social. A la par de las intensas transformaciones biológicas que caracterizan esa fase de la vida, y que son universales, participan de ese concepto “elementos culturales que varían a lo largo del tiempo, de una sociedad a otra y, dentro de una misma sociedad, de un grupo a otro” (p. 88). Es a partir de las representaciones que cada sociedad construye al respecto de la adolescencia, por tanto, que se definen las responsabilidades y los derechos que deben ser atribuidos a las personas en esa franja etaria y el modo como tales derechos deben ser protegidos.

Como podemos observar, la población adolescente es uno de los grupos más vulnerables al consumo de sustancias psicoactivas; no obstante, esta conducta va a relacionarse con una serie de factores favorecedores de dicho consumo, aun cuando los/las adolescentes presenten características o situaciones contextuales similares, ya que, de acuerdo con lo manifestado por López Larrosa & Rodríguez-Arias Palomo (2012), la adolescencia es, de por sí, una etapa en la cual existe una mayor independencia con respecto a la supervisión por parte de personas adultas y el desarrollo físico y psicológico que se debe alcanzar durante la adolescencia puede verse afectado por el abuso de estas drogas y además, comprometer el bienestar del adolescente consumidor, el de sus familiares y el de otras personas con las que interactúa (González-López & Naranjo-Fundora, 2013).

De acuerdo con lo manifestado anteriormente, no es posible establecer rígidamente los límites de edad entre un período y otro (González-López & Naranjo-Fundora, 2013) y así, aunque en la Encuesta ESTUDES se ha establecido el margen de edad de 14 a 18 años dentro de la etapa de secundaria, autores/as como González-López & Naranjo-Fundora (2013) adelantan este período a los 12 años y acortan la edad final en torno a los 14/15 años, mientras que otros la amplían a las enseñanzas universitarias (Muñoz Preciado et al., 2017; Salazar Torres et al., 2006). Por ello, además de la edad cronológica, para entender esta etapa, se tienen en cuenta otras características biológicas, psicológicas y sociales.

Díaz Aguado (2005) hace hincapié en dos aspectos: por un lado, las características evolutivas de dicho margen de edad, entre las que se detecta un incremento de la vulnerabilidad en relación con el consumo y, por otro lado, la respuesta otorgada a diferentes funciones psicológicas y sociales, entre las que señala

conviene tener en cuenta que la violencia puede ser utilizada para dar respuesta a una serie de funciones de una gran relevancia en dicha edad, como la reducción de la incertidumbre sobre la propia identidad, la integración en el grupo de referencia, o la desviación de la hostilidad producida por situaciones de frustración y tensión, así como al desajuste entre dichas necesidades evolutivas y las condiciones escolares y familiares que rodean al adolescente (p. 553).

La necesidad de plantear acciones sociales, educativas y sanitarias para reducir la demanda de las drogas, la prevención del abuso y el uso problemático de las sustancias psicoactivas no se empieza a plantear en las sociedades industrializadas hasta mediados del siglo XX, durante los años cincuenta y sesenta en Norteamérica y los años sesenta y setenta en Europa (Alfonso et al., 2009). Los primeros intentos de intervención y prevención respondieron más bien a una exigencia social y fueron planteados sin tener en cuenta si existía o no una base científica que avalara su efectividad (Steinberg, 2011). Se ha tratado de medidas esencialmente centradas en dar explicaciones y respuestas inmediatas por lo que se fundamentaron más en planteamientos ideológicos que en la evidencia disponible.

Atendiendo a lo anteriormente comentado, existen diferentes situaciones tanto personales como sociales que predisponen al/a la adolescente al consumo, de tal forma que, para detectar con qué se relaciona dicho consumo, en las Tesis Doctorales se suele hablar de factores de riesgo y factores de protección (Fernández Bustos, 2010; García Fernández, 2006; Gudiño Rivera et al. 2014; Martínez González, 2006).

A continuación, se establecen una serie de matices que es necesario tener en cuenta sobre los conceptos que se emplearán como objeto de análisis en la presente Tesis Doctoral, ya que pueden diferir de los habitualmente empleados por la población adulta.

1.1.1. TÉRMINOS ESPECÍFICOS, EN RELACIÓN CON EL CONSUMO DE SUSTANCIAS, APLICADOS A LA POBLACIÓN ADOLESCENTE

28

1.1.1.1. Diferencia entre uso y abuso

Como se ha apreciado anteriormente, la adolescencia es la etapa en la que se producen la mayor parte de los contactos con las drogas, a forma de experimentación o iniciación, de tal forma que no se habla, de forma genérica, de una dependencia sino de otros términos como "consumo problemático" o "consumo abusivo". El consumo de drogas en la población adolescente se define siguiendo a Flynn (1994), como se citó en Alfonso Pérez (2008)

como un consumo compulsivo y recurrente de cualquier sustancia química que conlleve consecuencias negativas en cualquier área de la vida o del desarrollo de la persona joven como, por ejemplo: la salud, la familia y las relaciones sociales, el rendimiento escolar y/o laboral, los problemas económicos o legales y el desarrollo personal (p. 8).

Al utilizar el término de consumo abusivo, siguiendo a Alfonso Pérez (2008), nos referiremos "a aquel consumo muy frecuente que puede interrumpir o tener consecuencias realmente negativas en la vida adolescente" (p. 8). No se trata de "experiencias esporádicas con las drogas sino tanto de un consumo cotidiano, como aquél que implique altas dosis, o del aumento periódico de las mismas con el paso del tiempo" (p. 9).

En primer lugar, estudios epidemiológicos realizados en un ámbito comunitario no han sido capaces de identificar un nivel de implicación en el que los agentes consumidores de una droga son claramente distintos de los que abusan de esa misma sustancia; es decir,

generalmente, todos los indicadores del abuso de drogas (ej. tipos de consecuencias adversas, dependencia, disfunción, daño, etc.) reflejan dimensiones continuas en que todos los puntos de corte utilizados para distinguir entre uso y abuso son arbitrarios. Este aspecto fue puesto de manifiesto en el caso del alcohol por Pons Díez y Berjano (1999), la marihuana por Kandel (1993), como se citó en la Organización Panamericana de la Salud (2018) o la cocaína por Jessor y Jessor (1977), como se citó en Becoña Iglesias (2007).

Un segundo aspecto, más farmacológico, también resalta que todo aquel individuo que usa una droga tiene la oportunidad de abusar de ella, por lo tanto, el riesgo de abuso de una droga refleja la vulnerabilidad biogenética del consumidor y el potencial adictivo y de dependencia de la sustancia. Tanto los individuos como las drogas varían en las repercusiones en el riesgo de abuso. Para ciertos individuos y ciertas sustancias, incluso el uso inicial limitado de la droga establece el fenómeno de la escalada, debido a los efectos psicofarmacológicos de la droga y la vulnerabilidad del individuo, y a medida que el uso o consumo aumenta lo hace también la extensión de las consecuencias adversas del uso, dándose evidencia de abuso.

Ahora bien, algunas personas creen que experimentar con drogas es estadísticamente normativo en nuestra sociedad y la cuestión habría que estudiarla centrándose en el uso excesivo (definido en términos de frecuencia, cantidad y pérdida de control). La mayoría de los investigadores prefieren definir uso y abuso como un continuo que va desde la primera ingesta al uso regular y excesivo. La dependencia se suele creer que ocurre después de un periodo sostenido y de episodios relacionados con el abuso de drogas; es decir, técnicamente la dependencia no debería ocurrir hasta que no se haya desarrollado la tolerancia y aparezcan los síntomas de abstinencia. Sin embargo, pueden ocurrir fuertes síntomas de abstinencia psicológica incluso cuando la tolerancia y la dependencia física no están presentes.

1.1.1.2. Causas del inicio, consumo y abuso del alcohol y/o drogas

En el Informe Nº 516 de un grupo de estudio de la OMS (1973), ya se afirmaba que en la relación juventud y drogas, en el inicio y mantenimiento del consumo de las mismas, con frecuencia, aparecen uno o varios de los motivos siguientes:

Los motivos personales más importantes son la curiosidad, la necesidad de aceptación y la búsqueda del placer, todos ellos motivos perfectamente normales. Los sujetos con caracteres psicopatológicos notables pueden estar también motivados por la hostilidad, por un deseo de «comprensión» o por la necesidad de escapar de estímulos desagradables internos o externos. Pueden ir entrando en juego otros factores que refuercen el consumo a medida que éste se mantiene y aumenta su frecuencia o su regularidad; por ejemplo, los efectos de las propias drogas, incluida la dependencia psíquica y física, los cambios en la forma de vida, y la repulsa de la sociedad. Además, el deseo de relajación y la necesidad de evasión parecen ser motivos cada vez más importantes para que los adultos consuman drogas (pp. 42-43)

Se han seguido tres líneas principales de investigación acerca de las causas que llevan al consumo y que darían respuesta a las motivaciones expresadas anteriormente.

En primer lugar, siguiendo a Mirolli (2009), como se citó en García Márquez (2012) se hace referencia a un nivel personal de causas (falta de madurez psicológica o motivacional), buscando aspectos intrapersonales del individuo sin tener en cuenta otro tipo de variables. A su vez Navarro Botella (2000) realiza una investigación sobre las motivaciones verbalizadas. Las respuestas a la pregunta por la razón por la que se empezó y continuó tomando la droga, reflejan tres grupos de motivaciones diferentes. El primer grupo estaría compuesto por las motivaciones de respuesta social (desacuerdo con la situación psicosocial: de huida, libertad, pasividad; mejorar la adaptación a normas sociales; exclusión/inclusión al grupo de pertenencia). El segundo grupo estaría integrado por las llamadas motivaciones experimentales (búsqueda de placer y hedonismo, búsqueda de sensaciones nuevas y curiosidad). Por último, se presentan las motivaciones sintomatológicas (para calmar los nervios, dormir mejor, por enfermedad, dolor, etc.). Los resultados de esta investigación confirman que se da una cierta gradación en la relación motivación verbalizada y droga utilizada. Así, los inhalables se asocian con búsqueda de libertad, pasividad, negación de la acción social, experimentación y búsqueda de lo "nuevo". El cánnabis, alucinógenos y/o cocaína van unidos a las motivaciones anteriores más las de huida de los problemas y las de inclusión-exclusión. Por último, las anfetaminas incluyen además la adaptación-éxito social.

La segunda aproximación teórica a la etiología del consumo siguiendo a Freixa Sanfeliu (1991) comprende los aspectos sociales, de tal forma que las causas del consumo salen del individuo al entorno relacional y social sin tener en cuenta los aspectos internos predisponentes al consumo.

No obstante, en tercer lugar, la drogodependencia podría ser el resultado de cualquiera de estos factores e incluso todos ellos pueden formar parte en un sujeto particular de los mecanismos etiológicos. Salvo en muy pocos casos el consumo no obedece a una sola causa ni a una relación lineal entre ésta y el efecto (consumo) sino que más bien se produce una interacción entre una serie de factores diversos que de forma sistémica provocan y retroalimentan la conducta toxicómana.

1.1.1.3. Proceso en el uso/abuso del alcohol y/o drogas

Un modelo etiológico sobre la progresión en el uso/abuso de drogas debe empezar centrándose en los siguientes tipos de transiciones, que reflejan diferentes dimensiones del uso y abuso de drogas: inicio, continuación, mantenimiento y progresión dentro de una clase de drogas, progreso a través de clases de drogas y por último los ciclos de recaída y cese en el consumo.

A pesar de que el origen del consumo de drogas pueda situarse en etapas anteriores, según Millman y Botvin (1992), como se citaron en Becoña Iglesias (2002) "la iniciación real en el consumo comienza normalmente para la mayoría de los individuos, en la adolescencia

temprana, y avanza a partir de aquí, según una secuencia bastante bien definida, a lo largo de la adolescencia media” (p.189).

En el consumo de sustancias podemos diferenciar varias fases o estadios siguiendo a Muñoz (1998), como se citó en Becoña Iglesias (2002):

- Fase I: Experimentación. En las “primeras etapas, el consumo de drogas es infrecuente, se limita a una única sustancia y a situaciones sociales determinadas. A medida que aumenta la implicación, el consumo se incrementa tanto en frecuencia como en cantidad y progresa hacia múltiples sustancias” como se citó en Becoña Iglesias (2002, p. 189). Por lo tanto, muchos de los intentos realizados por identificar factores de riesgo y/o protección para estudiar la implicación con las drogas se centra en el inicio, en el primer uso. Suele darse en los últimos cursos de la enseñanza obligatoria o en los primeros años del Bachillerato.
- Fase II: Consumo abusivo temprano. La segunda transición en el abuso de drogas conlleva una decisión de continuar. La continuación o no en el consumo parece ser que un aspecto importante que guarda relación con el tiempo transcurrido entre el primer uso y el siguiente. Cuanto menor sea el periodo, mayor es la probabilidad de abuso de esa sustancia.
- Fase III: Abuso. La tercera transición en el abuso de drogas se refiere al mantenimiento y progresión dentro de una clase de drogas, reflejado en el PNSD (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 1997). El mantenimiento tiene un número importante de dimensiones. Una se refiere a la conformidad con las normas de consumo relacionadas con la edad. El mantenimiento puede incluir normas comúnmente comprendidas sobre qué beber, la frecuencia y la gravedad de episodios excesivos de uso y conducta apropiada o inapropiada mientras se está bajo su influencia. Durante esta etapa particular de implicación con una droga, suele ser frecuente que una persona se identifique como consumidor habitual, aunque esto se da dentro del contexto de personas relevantes en el grupo de compañeros/as. La justificación que dan los individuos a esta etapa es que su conducta no es distinta de la de sus amigos/as. Los criterios relevantes que se deben considerar para medir el consumo de bebidas alcohólicas son: frecuencia, cantidad y volumen. El consumir cantidades mayores de la droga o drogas puede ser indicativo de un aumento de la tolerancia a dichas sustancias. Un criterio de medida relevante para drogas como la cocaína puede ser la transición de inhalación o fumar a inyectar.
- Fase IV: Adicción. Se da a continuación un progreso a través de distintas clases de drogas. Suele ser frecuente para los individuos que se encuentran en esta etapa de consumo empezar a experimentar con el uso simultáneo de múltiples drogas. Por ejemplo, consumir alcohol y marihuana para eliminar el efecto de la cocaína. Sin embargo, la explicación para el abuso simultáneo de muchas drogas puede variar según las culturas. Lo que sí es claro es que la progresión en el consumo de distintas clases de drogas constituye una transición en el uso de drogas que se aproxima al abuso.

Por último, se darían los ciclos de recaída y de cese en el consumo. El objetivo del tratamiento consiste en facilitar el paso del abuso activo de drogas a la reducción y a abstinencia. Esta es una transición importante y puede ocurrir varias veces durante la carrera adictiva de una persona. En la actualidad, en la literatura se empiezan a estudiar los factores de riesgo asociados con la recaída y la abstinencia.

1.1.1.4. Etiología del uso/abuso del alcohol y/o drogas entre la población escolar

Tomando como sujeto de estudio a los/las escolares españoles/as, Pollard, Catalano, Hawkins y Arthur (1997) y Muñoz (1998) como se citaron en Becoña Iglesias (2002), distribuyen los factores etiológicos del uso y abuso de drogas entre la población escolar en cuatro grupos o dominios.

El primer grupo estaría formado por los factores que se manifiestan en el propio alumnado. Estarían incluidos en este grupo, las motivaciones individuales diversas: curiosidad, destacar, aceptación...; la falta de información verídica; la falta de metas; culpabilidad ante fracasos escolares; uso de sustancias con motivo de pruebas de evaluación; contacto con compañeros/as que consumen y la predisposición psicológica a la fármaco-dependencia por trastornos previos de personalidad.

El segundo grupo de factores sería el compuesto por los de tipo ambiental. Ejemplos de estos factores ambientales son los relacionados con las familias (abuso de drogas institucionalizadas, tópicos sobre el alcohol, falta de comunicación, actitudes que no favorecen la independencia y autonomía personal de los/las adolescentes, falta de entrenamiento para aumentar la capacidad para resolver problemas...).

El tercer grupo estaría integrado por los factores escolares antes situaciones/creencias (la escuela prepara para el trabajo, no para la vida; falta de contacto humano, clase magistral; nula preparación para la educación sanitaria del profesorado, expulsión de los centros del alumnado consumidor, ...).

El cuarto y último grupo de factores recoge aquellos que integran el barrio, la ciudad y el grueso de los factores sociales (insuficientes centros recreativos o de tratamiento, publicidad de drogas legales, aumento del número de bares, descenso del precio de las bebidas, paro juvenil, desencanto político, ineficacia del actual sistema sanitario con promoción del uso de psicofármacos, ...).

1.2. ESTADÍSTICAS GENERALES EN LA POBLACIÓN ESPAÑOLA Y GALLEGA

1.2.1. PREVALENCIA DE LOS CONSUMOS

La Encuesta sobre Alcohol y otras Drogas en España (EDADES) recogidas en el Informe 2002 realizada en la población española “residente en hogares (15-64 años), y se realiza en el domicilio. En 2022 la muestra fue de 26.344 personas” (OEDA, 2022, p. 3) en donde se nos da una idea aproximada de la prevalencia y las consecuencias que de los consumos se derivan.

Entre las principales conclusiones a las que llega dicho estudio se aprecia que existe una amplia penetración social de los consumos de ciertas sustancias, básicamente tabaco y alcohol, en la sociedad española, favorecida por la incorporación al consumo de nuevos grupos sociales (adolescentes y mujeres). Así mismo, la evaluación global de los consumos de drogas en España en los últimos años gira en torno a dos grandes procesos compatibles entre sí: el incremento en el número de ciudadanos/as que en algún momento de su vida han tenido contacto con las drogas y la reducción del número de personas que hacen un uso frecuente de estas sustancias. Entre sus conclusiones, podemos destacar:

- En la población de 15-64 años, las drogas con mayor prevalencia de consumo, en los últimos 12 meses, son el alcohol (76,4%), el tabaco (39,0%) y los hipnosedantes con o sin receta médica (13,1%), seguidos del cannabis (10,6%) y la cocaína polvo y/o base (2,4%). Comparado con 2020, aumenta el consumo de hipnosedantes y disminuyen ligeramente los consumos de tabaco y alcohol.
- La edad de inicio en el consumo se mantiene estable. El inicio más precoz es para el alcohol (16,5 años) y el tabaco (16,6 años). El más tardío sigue siendo el de los analgésicos opioides con o sin receta (35,3 años) y los hipnosedantes con o sin receta (35,0 años).
- Las prevalencias de consumo en los últimos 12 meses son mayores en el grupo de 15 a 34 años, salvo en el caso de los fármacos con potencial adictivo (hipnosedantes y analgésicos opioides), cuyo uso se incrementa a partir de los 35 años.
- En cuanto a las diferencias por sexo, los datos (consumo últimos 12 meses), confirman un mayor consumo entre los hombres (excepto para los hipnosedantes y los analgésicos opioides). Las mayores diferencias las encontramos en el caso del alcohol, el tabaco, la cocaína y el cannabis (p. 4).

Las sustancias con mayores niveles de prevalencia, alcohol, tabaco y en menor medida los psicofármacos, y aquéllas que en la actualidad registran tendencias expansivas claras, las derivadas del cánnabis son las percibidas por los ciudadanos como menos peligrosas. Además, se está reduciendo la sensación de alarma social asociada al fenómeno de las drogas. Es destacable también la tendencia actual a la politoxicomanía.

Otro dato importante que se debe tener en cuenta es que, a pesar de la alarma social producida por el nivel abusivo de consumo de la juventud española, no es ésta la consumidora más problemática. Las personas adultas consumen alcohol de forma regular a lo largo de la semana (principalmente vino y cerveza), mientras que los/las jóvenes restringen el consumo

casi exclusivamente a la pauta de fin de semana (preferentemente cerveza y combinados). Hay que añadir a esto el dato de que los mayores porcentajes de bebedores/as de gran riesgo se concentran entre los grupos de edad de 29 a 48 años (6.2%) y de 49 a 65 años (un 5.9%).

1.2.2. ENCUESTA SOBRE ALCOHOL Y/O DROGAS EN LA POBLACIÓN ESCOLAR

Por otro lado, tenemos la Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES) del año 2021, en la que se centra en los adolescentes. Se realiza a los adolescentes entre 14-18 años. Su periodicidad es de cada dos años y se vienen realizando desde 1994. “Se obtienen resultados de 531 centros educativos y 1.324 aulas, con una muestra válida final de 22.321 alumnos.” (OEDA 2022, p.7).

El objetivo general de esta encuesta es conocer de forma periódica la situación y las tendencias de los consumos de drogas entre los/las estudiantes de 14 a 18 años, de cara a impulsar una política de prevención más eficaz. Por lo que,

ESTUDES tiene por objetivo recabar información de valor para diseñar y evaluar políticas dirigidas a prevenir el consumo de drogas y otras adicciones y los problemas derivados, que se orientan principalmente al medio familiar y/o escolar.

Esta información complementa a la que se consigue a través de otras encuestas e indicadores epidemiológicos.

A partir de este objetivo general, se establecen los siguientes objetivos específicos:

- Conocer la prevalencia de consumo de las distintas drogas psicoactivas y de otras adicciones.
- Conocer las características sociodemográficas más importantes de los consumidores.
- Conocer algunos patrones de consumo relevantes.
- Estimar las opiniones, conocimientos, percepciones y actitudes ante determinados aspectos relacionados con el abuso de drogas (disponibilidad percibida, riesgo percibido ante diversas conductas de consumo) y algunos factores relacionados con el consumo y otras adicciones.
- Estimar el grado de exposición y receptividad de los estudiantes a determinadas intervenciones (OEDA, 2002, p. 5)

En términos generales los/las adolescentes no consumen más drogas (ni en mayor cantidad) que las personas adultas, aunque puede que en ocasiones lo hagan de modo distinto. De hecho, tanto el consumo de drogas legales cuanto el de ilegales no es mayoritario entre la población adolescente, sino que se incrementa con la edad. Los principales resultados de este estudio muestran que:

- Los datos demuestran una reducción del consumo intensivo de alcohol (borracheras y consumo en atracón), aunque las prevalencias siguen siendo muy elevadas: casi ocho de cada diez escolares han bebido alcohol alguna vez.
- El patrón de consumo de drogas dominante entre los/las estudiantes de 14 a 18 años continúa siendo experimental u ocasional, vinculado al ocio y al fin de semana.
- Las sustancias más consumidas siguen siendo el alcohol y el tabaco, seguidas del cánnabis. Le siguen, por este orden, hipnosedantes (con y sin receta), cocaína, éxtasis, alucinógenos, anfetaminas, inhalables volátiles y heroína, que se sitúa en último lugar. El consumo de cocaína en este grupo de población se ha reducido en más de un 65% en la última década y el de cannabis en más de un 33%
- Las mujeres consumen tabaco, alcohol e hipnosedantes en mayor proporción que los hombres.
- El consumo de drogas ilegales se da con más frecuencia entre los hombres.
- Los/las escolares perciben el alcohol como la sustancia menos nociva y consideran el tabaco más peligroso que el cannabis.
- Una parte importante de los/las estudiantes consumidores de drogas reconocen haber sufrido problemas derivados de su consumo, desmintiendo la supuesta inocuidad del uso recreativo de sustancias como alcohol, cánnabis, éxtasis o cocaína.
- Por primera vez la percepción de riesgo del cánnabis es similar a la del tabaco. Esta percepción del riesgo disminuye a medida que aumenta la edad, de forma que a los 18 años es menor que la del tabaco.
- No existen diferencias significativas por sexos en las edades de inicio al consumo de las distintas drogas.
- Un porcentaje elevado de estudiantes son consumidores/as de drogas, observándose una asociación bastante estrecha entre los consumos de alcohol, tabaco y cánnabis.
- Más de la mitad en el caso del alcohol y una cuarta parte en el caso del cánnabis considera que el consumo habitual de estas sustancias no produce ninguno o pocos problemas.
- Las drogas más consumidas por los estudiantes son el alcohol, el cánnabis y el tabaco: un 55,1% consumen habitualmente bebidas alcohólicas, un 28,8% tabaco y un 22% cánnabis. El consumo del resto de sustancias es mucho más minoritario, situándose por debajo del 3,1% el consumo más habitual.
- El contacto de los/las estudiantes con las diferentes drogas, se produce en edades tempranas. A continuación, en la tabla 1, se representa la evolución de las edades medias de inicio al consumo de drogas de los/las estudiantes de 14 a 18 años.

Tabla 1. Evolución de las edades medias de inicio en el consumo de drogas (14-18años)

Drogas	Años													
	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2012	2014	2016	2019	2021
Alcohol	13.5	13.7	13.8	13.6	13.6	13.7	13.8	13.7	13.7	13.9	13.8	14.0	14.0	14.0
	13.3	13.8	13.4	13.9	14.3	14.0	13.6	13.8	13.2	13.4	13.9	13.8	14.0	14.9
Inhalables volátiles	13.9	13.3	13.2	13.1	13.1	13.2	13.1	13.3	13.5	13.6	13.9	14.1	14.1	14.1
Tabaco	-	-	-	-	-	-	15.0	15.0	14.6	15.1	14.8	14.2	14.4	15.0
Esteroides anabolizantes	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	14.3	14.5	14.4
	14.3	14.7	14.4	15.4	14.9	14.4	14.7	14.3	14.4	14.4	14.0	14.0	14.5	14.7
Heróina	-	14.6	14.5	14.4	14.4	14.5	14.2	15.1	14.3	14.5	14.6	14.6	14.7	14.7
Tabaco (consumo diario)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	14.7	14.8	14.7
Borracheras	15.1	15.1	15.0	14.9	14.7	14.7	14.6	14.6	14.7	14.9	14.8	14.8	14.9	14.9
Cánnabis	-	-	-	-	-	-	15.0	15.0	14.6	15.2	14.8	14.6	15.1	14.9
Cocaína base	-	-	-	-	-	-	15.0	15.0	14.6	15.2	14.8	14.6	15.1	14.9

Drogas	Años														
Alucinógenos	15.4	15.6	15.4	15.5	15.5	15.8	15.5	15.4	15.4	15.4	14.0	15.2	15.2	15.6	
Alcohol (consumo semanal)	-	15.0	15.0	14.9	15.0	15.1	15.0	15.6	14.8	15.1	15.0	15.1	15.2	15.2	
y/o	15.6	15.9	15.8	15.8	15.7	15.8	15.3	15.3	14.9	15.5	15.0	15.1	15.2	15.2	
Cocaína polvo base	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	15.1	15.2	15.4	
Metanfetamina	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	15.0	15.2	15.5	
Setas mágicas	-	-	-	-	-	-	15.4	15.4	15.4	15.6	15.1	15.2	15.3	15.4	
Cocaína polvo	15.6	15.7	15.5	15.7	15.4	15.6	15.5	15.2	15.3	15.8	15.2	15.2	15.4	15.4	
Éxtasis	15.5	15.7	15.6	15.6	15.6	15.7	15.6	15.4	15.5	15.5	15.2	15.1	15.4	15.3	
Anfetaminas	-	-	-	-	-	-	13.8	14.0	13.9	14.3	13.9	13.7	14.0	14.1	
Hipnosedantes*	14.1	14.5	14.8	14.5	14.6	14.8	14.2	14.3	14.2	14.6	14.2	14.0	14.3	14.4	
Hipnosedantes**															

Nota. * Incluye tranquilizantes y/o somníferos con o sin receta. ** Incluye tranquilizantes y/o somníferos sin receta.

Como se puede apreciar, el alcohol es la sustancia que primero se empieza a consumir, situándose la edad media de inicio al consumo en los 14.0 años, seguida del tabaco (14.1) y los hipnosedantes (14.1), los esteroides anabolizantes (14.4) y la edad media de inicio en el

consumo de la heroína es de 14.7 años, igual que las borracheras o el consumo diario de tabaco.

En cuanto a la afectación del consumo en el rendimiento escolar, podemos concluir que:

- El porcentaje de estudiantes que obtiene frecuentemente notables o sobresalientes está, aproximadamente, 10 puntos porcentuales por debajo del total cuando existe un consumo de bebidas alcohólicas en cualquiera de sus formas (alcohol, binge drinking, borracheras o botellón) con respecto a los que no han realizado estas acciones.
- De igual manera, en el consumo reciente de cannabis, el porcentaje de estudiantes que obtiene normalmente notable/sobresaliente (35,2%) resulta muy inferior al registrado entre los que no han consumido esta sustancia (52,9%).
- Apenas 1 de cada 5 alumnos con consumo problemático de cannabis (22,5%) consiguen obtener calificaciones de sobresaliente o notable. Por otro lado, cuando no se produce este tipo de consumo, el porcentaje de alumnos con resultados altamente satisfactorios en sus notas sube al 50,9%.
- Finalmente, cabe destacar el porcentaje que suspende entre los fumadores diarios de tabaco, siendo este dato el más alto de todos los grupos de consumidores de sustancias psicoactivas evaluados (OEDA 2022, p.129).

38

Por último, señalar otras de las consecuencias negativas derivadas del consumo, entre las más destacadas nos encontramos con,

El uso de vehículos de motor bajo los efectos de alguna droga, bien sea como conductor o como pasajero en un vehículo conducido por alguien que ha consumido sustancias psicoactivas. Así, un 2,6% de los alumnos de 14 a 18 años reconoce que, en los últimos 12 meses, ha conducido un vehículo de motor (coche, moto...) tras haber consumido alcohol, siendo más elevado en el grupo masculino (3,5%) y en estudiantes de 18 años (6,0%).

Sin embargo, si la situación del alumno es la de un pasajero en un vehículo conducido por alguien que había consumido alcohol, el porcentaje sube hasta el 15,0%. Esta circunstancia está más presente entre las chicas (16,3%). En relación con el consumo de cannabis y la conducción de vehículos de motor, el 1,5% de los alumnos reconoce haber conducido bajo los efectos de esta droga en los últimos 12 meses, el 1,3% si se considera a los alumnos de 14 a 17 años y el 4,1% si se contempla el grupo de 18 años.

Por otro lado, el porcentaje de alumnos que manifiesta haber viajado como pasajero de un vehículo conducido por alguien bajo los efectos del cannabis se sitúa en el 6,9%, dato que asciende hasta el 15,1% entre los estudiantes de 18 años. Por último, la relación entre cocaína y conducir/ir de pasajero en vehículos de motor es residual (0,3% y 1,6% respectivamente). (OEDA, 2022, p. 3)

1.2.2.1. Alcohol

El alcohol es la droga más consumida entre los/las adolescentes de 14 a 18 años. Más de un tercio de los/las escolares beben habitualmente, siendo el mayor incremento en el número de bebedores/as habituales entre los 14 y 15 años. Las pautas de conducta que regirán los consumos posteriores se establecen en la juventud. Por ello, deben de tratar de favorecerse la abstinencia o pautas de consumo moderado, así como retrasar la edad de inicio en el consumo de alcohol.

Entre los 17 y los 18 años se produce un aumento de los/las bebedores/as habituales y un descenso de los/las esporádicos/as, lo que indica que es en estas edades en las que tiene lugar un fenómeno detectado en los sondeos: cada vez desciende más el número de consumidores/as moderados/as y aumenta el número de jóvenes que o bien beben excesivamente o bien no beben en absoluto. De la encuesta se desprende también que el fin de semana es el momento preferido entre los/las adolescentes para consumir, dándose una importante asociación entre ocio y consumo de drogas.

Los datos de esta encuesta revelan que el 73.9% de los/las estudiantes de entre 14 y 18 años ha probado alguna vez en la vida el alcohol. El 70.5% han consumido en el último año. Y el 23.2% lo ha hecho en el último mes y el 27.9% ha realizado el binge drinking, esto quiere decir que ha tomado 5 o más vasos de bebidas alcohólicas en un intervalo aproximado de dos horas.

El porcentaje de estudiantes que bebe aumenta los fines de semana. Beben sobre todo cerveza entre semana y, los fines de semana, combinados seguidos de cerveza y vino. El alcohol lo consiguen ellos/as mismos/as directamente o bien a través de mayores de 18 años que se lo proporcionan.

En cuanto al consumo intensivo, destaca que el 1.7% de los/las jóvenes de 14 a 18 años han consumido alcohol diariamente en los últimos 30 días (0.9% a los 14 años y 2.4% a los 17 años).

Es importante reseñar que más de la mitad de los alumnos de 14 años han tomado el alcohol alguna vez en su vida (53.5%); aumentando notablemente y de forma progresiva este consumo hasta alcanzar el 87.9% en los estudiantes de 18 años.

La encuesta también pregunta por el botellón, cuya prevalencia desciende ligeramente. Seis de cada diez (41.1%) han participado en un botellón alguna vez en los últimos 12 meses. La frecuencia de esta práctica también aumenta con la edad, hasta alcanzar el 71.2% a los 18 años.

También descienden las borracheras: dos de cada diez estudiantes se han emborrachado alguna vez en el último mes. Y tres de cada diez escolares (31.9%) tiene un consumo de riesgo durante los fines de semana.

Las mujeres consumen alcohol en mayor proporción que los hombres, e incluso el porcentaje de chicas que se emborrachan es mayor que el de los chicos.

El patrón del consumo de bebidas alcohólicas en forma de atracón (cinco o más copas en un corto espacio de tiempo) es similar al de las borracheras. El 43% de los/las estudiantes de 16 años y la mitad de los de 17 se han atracado de alcohol alguna vez en el último mes.

1.2.2.2. Tabaco

La edad media del inicio al consumo es de 14.1 años.

En 2021, el 38.4% de los/las escolares han fumado tabaco alguna vez en la vida, el 40,5% en el último año y el 40.5 % en los últimos 30 días, lo que supone un descenso de cuatro puntos respecto a la encuesta anterior.

En relación con los chicos, a pesar de ser menos fumadores, poseen un hábito más intenso (6.8 cigarrillos) respecto a las chicas (5.4 cigarrillos). En el caso de los chicos se aprecia un ligero aumento con respecto a las cantidades registradas en 2019.p

Por otro lado, el 39.1% de los/las escolares manifiestan que vive en hogares donde se fuma diariamente. Este dato es el más bajo de toda la historia.

Cabe mencionar el uso/consumo de los cigarrillos electrónicos, donde un 44.3% de los estudiantes lo ha probado alguna vez en su vida. Este dato supone una reducción de unos 4.1 puntos porcentuales respecto a 2019.

1.2.2.3. Hipnosedantes

Los resultados indican un descenso en el uso de estas sustancias con y sin receta y una clara ruptura en la tendencia creciente que se viene observando desde 1994. Así, el 19.6% los ha consumido alguna vez en la vida; el 13.6% en los últimos 12 meses y el 7.5% en los últimos 30 días.

La edad media del inicio del consumo de estas sustancias psicoactivas es de 14.1 años.

El consumo de hipnosedantes sigue siendo fundamentalmente femenino. El porcentaje de mujeres que las ha consumido en el último año duplica el porcentaje de hombres consumidores (24.1 % frente a 15.3 %). Las diferencias aumentan con la edad.

En el uso de hipnosedantes sin receta el consumo entre las mujeres (12.1% en el último año) también duplica al de los hombres (4.7%).

1.2.2.4. Cannabis

El cannabis es la droga ilegal consumida por un mayor porcentaje de jóvenes. Un 28.6% han probado cannabis alguna vez en su vida y uno de cada cuatro lo ha consumido en el último año. En cambio, aumenta en dos puntos la proporción de los/las estudiantes que lo han consumido en los últimos 30 días (14.9%). En este grupo de población, el 49.8% ha consumido

principalmente marihuana; un 16.7% es consumidor de hachís, un 33.5% consume los dos tipos; y un 87,7% mezclan cannabis con tabaco. El consumo de porros consumidos al día es de 3.23

La edad media de inicio en el consumo es de 14.9 años.

En el último año empezaron a consumir cannabis 146.200 estudiantes de 14-18 años. Los hombres consumen en mayor proporción que las mujeres en todos los grupos de edad.

El 5.1% de todos/as los/las escolares de entre 14 y 18 años son consumidores/as problemáticos/as y se estima que un 8% de las esquizofrenias entre jóvenes, están relacionadas con el consumo de cannabis. Este porcentaje asciende al 22,2% en el caso de los/las estudiantes que han consumido cannabis en el último año. Hablamos de alrededor de 53.000 escolares.

El consumo problemático de cannabis está más extendido entre los varones y aumenta con la edad (21% hombres frente a 14.8% de mujeres. En este grupo hay mayor proporción de consumidores/as de hachís, lo mezclan más con tabaco y fuman más porros al día (una media de 5.2).

1.2.2.5. Cocaína

La prevalencia de consumo de esta droga muestra una tendencia estable, con muy ligeras variaciones respecto a los consumos registrados en la encuesta anterior. El 2.7% de los/las encuestados/as ha consumido cocaína alguna vez en la vida; el 2.1% en los últimos 12 meses y el 0.6% en los últimos 30 días.

En cuanto al género, los hombres consumen en mayor proporción que las mujeres en todos los grupos de edad.

El primer contacto está entorno a los 15.3 años.

1.2.2.6. Éxtasis, anfetaminas, alucinógenos y setas mágicas, heroína y estimulantes para mejorar en el estudio

El consumo de anfetaminas se sitúa en un mínimo histórico, 1.4% dice haberlo probado alguna vez en la vida. Su edad de comienzo se sitúa alrededor de los 15.3 años.

La edad de comienzo del consumo del éxtasis está entre los 15.3 y los 15.8 años. Los/as que lo han probado una vez en la vida son el 3.1% de la población adolescente.

Durante el año 2021, n 1,7% de los estudiantes reconoce haber tomado este tipo de sustancias en alguna ocasión, produciéndose un descenso en su consumo: un 1,0% en los últimos 12 meses y el 0,3% en los últimos 30 días. La edad media de consumo es de 15.6 años.

El consumo de heroína para esta misma frecuencia apenas se da en el 0,5% de los/las encuestados/as y la edad media de inicio gira entorno a los 14.7 años.

En torno a un 6,5% de los alumnos con edades entre 14 y 18 años reconoce que, en algún momento de su vida, haber consumido sustancias estimulantes para mejorar el rendimiento en el estudio, pero sin que se lo haya recetado un médico. Este hábito tiene un peso ligeramente mayor entre las chicas (6,9% frente a 6,2% en chicos).

El consumo de este tipo de sustancias continúa su tendencia descendente y se sitúa en niveles más bajos de toda la serie histórica.

1.2.2.7. Nuevas sustancias psicoactivas

En esta encuesta se ha introducido por tercera vez un módulo específico sobre el consumo de las llamadas sustancias emergentes o nuevas sustancias psicoactivas. Son drogas que se venden por internet y por tanto de gran accesibilidad. Según este estudio, el 4% de los/las escolares han probado este tipo de sustancias alguna vez en la vida. Pero el 53,7% nunca ha oído hablar de ellas. Las prevalencias de consumo para la frecuencia de alguna vez en la vida son las siguientes: ketamina (0,7%), Spice (0.6%), ayahuasca (0.4%), salvia (0.3%), y mefedrona (0.3%).

En nuestro país, el consumo de estas sustancias es experimental y sus usuarios/as suelen ser consumidores/as de drogas legales e ilegales, con baja percepción del riesgo y una alta percepción de disponibilidad. Los varones las consumen con más frecuencia que las mujeres y su uso aumenta con la edad.

Sin embargo, además de las sustancias ya mencionadas, hay que hacer notar que un 5,9% de escolares ha consumido alguna vez tranquilizantes sin prescripción médica. El 53.7% de los encuestados dice no tener conocimientos acerca de estas nuevas sustancias psicoactivas.

En marcha en 2012 un sistema de alerta temprana para detectar la presencia de nuevas sustancias y los riesgos asociados a ellas y ha sido un país pionero en estudiar su prevalencia. Con respecto a este sistema,

- La educación en las escuelas, el tratamiento voluntario a los/las consumidores/as, el control policial y aduanero y las campañas de publicidad son las medidas que los/las escolares consideran como más eficaces para luchar contra las drogas.
- Los/las profesionales sanitarios/as, el profesorado y la familia son por este orden los grupos preferidos por los/las escolares para recibir información sobre drogas. Uno de cada tres se siente perfectamente informado sobre estas sustancias, sus efectos y riesgos. Uno de cada cinco se siente informado a medias y sólo el 5,95% considera que está mal informado.

Zárraga (1995), citado en Rodríguez Suárez et al. (2003) en una de las primeras encuestas para la dirección general de la juventud sobre el porcentaje de jóvenes a los/las que

se les ha ofrecido drogas, ya informaba de que al 59% de los/las jóvenes se les había ofrecido en algún momento cannabis, a un 1,5% tranquilizantes y estimulantes, al 11,2% cocaína, alucinógenos al 9,7% y heroína al 7,9%. No refleja el estudio, dada su antigüedad las llamadas drogas de diseño, de más reciente implantación entre la juventud, y no recoge tampoco el alcohol y el tabaco, que, por ser drogas legales, tienen un acceso mucho más fácil para los/las jóvenes.

El problema se produce cuando se da la falta en su repertorio conductual de respuestas adecuadas que le permitan ante una primera oferta prevenir la experimentación, o bien de estrategias que le permitan el reconocimiento con antelación de la situación y poder utilizar los recursos previamente aprendidos, permitiendo tomar decisiones libres.

Insúa y Grijalbo (2000), como se citaron en Gómez (2017), ya afirmaban que “con este enfoque el objetivo, deja de ser únicamente la abstinencia en el uso de sustancias (que ya no se plantea como condición sino como opción) y pasa a ser también, disminuir los riesgos y los daños asociados al consumo” (p. 142); siendo fundamental el reconocer la importancia que para la prevención tiene que el/la joven conozca en qué situaciones en el futuro se le ofrecerá la posibilidad de probar la droga, siendo ese momento, debidamente reconocido, utilizado para poner en práctica los recursos de que dispone.

1.2.3. OPINIONES Y ACTITUDES ANTE EL ALCOHOL Y/O DROGAS

El 18.5% de la población está a favor de la legalización de todas las drogas ilegales. Este porcentaje se eleva hasta el 25.9% cuando se pide la legalización exclusiva de la marihuana. Las actitudes más proclives a la legalización se registran entre quienes la consumen, retroalimentándose la actitud y los componentes del consumo.

En cuanto a la percepción de riesgo asociado al consumo, los consumos de al menos una vez a la semana de sustancias como la heroína, los alucinógenos, la cocaína y el éxtasis son las conductas percibidas como más peligrosas, de hecho, el 89,4%, el 86,6% y el 80,7% respectivamente las asocia con la aparición de muchos problemas para los/las consumidores/as. Sin embargo, son consideradas como conductas de baja problematicidad (ningún o pocos problemas) la ingesta de cinco o seis copas/cañas en el fin de semana el 52,6%, tomar tranquilizantes una vez al mes o menos el 36,8%, fumar un paquete de tabaco diario el 29,1%, fumar hachís/marihuana una vez al mes o menos el 28,2%.

Son el alcohol, y también en menor medida los tranquilizantes, las únicas sustancias con las cuales la población discrimina en mayor medida el peligro de su consumo en función de la cantidad tomada.

En la EDADES 2022 (Ministerio de Sanidad, 2022, p. 4) con relación al consumo de bebidas alcohólicas, cabe destacar que:

- El alcohol sigue siendo la sustancia psicoactiva más consumida. Entre los 15-64 años, el 76,4% ha consumido alcohol en los últimos 12 meses (77,2% en 2020), el 64,5% en los

últimos 30 días (63,0% en 2020) y el 9,0% diariamente en los últimos 30 días (8,8% en 2020).

- En relación a los consumos intensivos, dice haberse emborrachado en el último año, el 16,7% de los españoles de 15 a 64 años; disminuye el porcentaje respecto a 2020 (19,4%). Las borracheras se dan, sobre todo, entre los jóvenes adultos de 15 a 34 años. En esta franja de edad el 35,4% de los hombres y el 24,1% de las mujeres dicen haberse emborrachado alguna vez en los últimos 12 meses, y el 6,4% en el último mes (6,8% en 2020).
- El consumo en atracón de alcohol (binge drinking) es un patrón de consumo de riesgo que es hoy más frecuente que años atrás en España. El 15,4% dice haber consumido alcohol en forma de atracón en los últimos 30 días, dato similar al obtenido en 2020 (15,4%), esta forma de consumo de riesgo se concentra en las edades de 20 a 24 años.
- El consumo en botellón parece haber disminuido respecto al pasado. El 7,4% dice haberlo hecho en el último año (9,9% en 2020, y 12,6% en 2013).

1.3. FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN

En este apartado, se revisará conceptualmente lo que se entiende por factores de riesgo y protección y se identificarán aquellos asociados al consumo de sustancias psicoactivas ya que, según Fernández Bustos (2010),

el estudio de los factores de riesgo y de protección para el consumo de drogas resulta de especial interés de cara a planificar y desarrollar programas de prevención eficaces basados en la modificación o potenciación respectivamente de tales factores. Su análisis e identificación es fundamental, no sólo para determinar los objetivos operativos que deben perseguir estos programas, sino también, las poblaciones, los grupos o los individuos que se encuentran en situaciones de alto riesgo en relación con el consumo de drogas y que precisan intervenciones específicas (p. 23).

El estudio de los factores de riesgo y de protección ha proporcionado la generación de un gran número de investigaciones. Por una parte, se han formulado teorías que explican no sólo cuáles son dichos factores, sino que proponen el tipo de interrelaciones que pueden darse entre ellos; por otra, se han desarrollado estudios de investigación y de evaluación, con el fin de validar aquello que la teoría propone. Actualmente estamos en una situación intermedia, ya que ha sido posible identificar ciertos factores que aparecen asociados con mayor o menor intensidad a las distintas formas de consumo de drogas, pero aún no se cuenta con un modelo explicativo completo y validado, sino que más bien de lo que se dispone en la actualidad es, como dice Petraitis en el PNSD (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 1997) de un montón de piezas de un puzzle que aún no ha sido posible armar.

Clayton (1992), entiende como factor de riesgo “un atributo y/o característica individual, condición, condición situacional y/o contexto ambiental que incrementa la posibilidad del uso y/o abuso de drogas (inicio) o una transición en el nivel de implicación con las mismas (mantenimiento)” (p.15) y considera como factor de protección “un atributo o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que inhibe, reduce o atenúa la probabilidad del uso y/o abuso de drogas o la transición en el nivel de implicación con las mismas” (p.16). Teniendo en cuenta el estudio de la Consejería de Sanidad y Consumo (2007), estamos refiriéndonos “a los mismos constructos, pero en dimensiones o polos opuestos” (p. 9). Así, un extremo de la escala refleja un alto riesgo para el uso/abuso de una droga y el otro una alta protección contra el uso/abuso. La mayoría de los individuos se sitúan en medio de la escala, y ni están en una condición de alto riesgo ni de protección para el uso/abuso de drogas.

1.3.1. FACTORES DE PROTECCIÓN

Cabe señalar lo que se entiende por factor de protección, así bien lo han definido González Enríquez et al. (2002, p. 82) “como un atributo o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que inhibe, reduce o atenúa la probabilidad del uso y/o abuso de drogas o la transición en el nivel de implicación con las mismas”.

Al igual que ocurre con los factores de riesgo, los factores de protección no suelen presentarse de forma aislada, sino que se complementan e interactúan o llegan a incluirse unos dentro de otros, no existiendo una causalidad directa entre ambos tipos de factores, ni entre sí, ni por separado, junto con el consumo de drogas.

Como nos indicaban González Enríquez et al. (2002) la aportación principal de estos factores es la de ofrecer un amplio mapa de variables operativamente delimitadas y susceptibles de intervención. El categorizar los factores, tanto de riesgo como de protección, ayuda a instrumentalizar la intervención a realizar.

Una vez expuesto lo que se entiende por ambos tipos de factores, muchos/as profesionales admiten que se parecen a las dos caras de la misma moneda o incluso se ha llegado a hablar de que son una única cuestión. Como reflejan González Enríquez et al. (2002), si se detectan los factores de riesgo que en un individuo o grupo aparecen, al intervenir sobre ellos se está fortaleciendo a ese individuo o grupo y, por lo tanto, se están promoviendo factores de protección. Una de las conclusiones fundamentales a la que se puede llegar es que, dada la imposibilidad de la conexión directa y explícita entre causa y efecto del origen de los problemas de drogas, la realidad de un mercado de consumo de drogas donde la oferta variará en el tiempo según las corrientes de la demanda, y la necesidad real de formar al individuo en aspectos psicorrelaciones, desemboca en un planteamiento único que debe realizarse a través de procesos de desarrollo educativo que busquen propiciar la madurez de los individuos y los grupos.

Las primeras encuestas nacionales realizadas por el Ministerio de Sanidad, donde se empieza a hablar de factores de riesgo y protección, datan de la fecha 1996, momento en el cual se comienzan a redactar los informes en los que se muestra el consumo de sustancias en la población española, que, con posterioridad, se editarán anualmente hasta la actualidad.

De acuerdo con lo manifestado en el Informe Nº 1 (OED, 1998), es en este momento cuando se empieza a hablar de los factores de protección entre los/las escolares (14-18 años) no consumidores de drogas:

- En primer lugar, menciona las características demográficas y dentro de éstas, la edad que está directamente relacionada con ser o no ser consumidor, al igual que el absentismo escolar y el rendimiento escolar. En relación con los factores relativos al absentismo y al rendimiento escolar, cabe señalar que la escuela también puede actuar como factor de protección, de acuerdo con lo indicado por Jessor, como se citó en Becoña Iglesias (2002, p. 232) “el factor de protección esencial en la escuela es una escuela de calidad”. Con esta idea coinciden igualmente Muñoz-Rivas et al. y Pertusa et al., como se citó en De Lucas Moreno (2014, p. 101), cuando se centra en el control y desarrollo integral del alumnado por parte del profesorado, asegurando que “con ello se facilita que los alumnos puedan funcionar más autónomamente, se encuentren mejor consigo mismos y tengan menos conductas problema, tanto relacionadas con el consumo de drogas como con otras conductas”. Por ello, es importante que desde la escuela se fomenten factores de protección para evitar el consumo de drogas, ya que como indican García de Jesús y Carvalho Ferriani (2008, p. 2), “la escuela es ambiente propicio para que el estudiante forje una manera de vivir saludable”. Además, afirman

Piko y Kovács, como se citó en Becoña Iglesias et al. (2011, p. 54) que también influye el tamaño de la escuela, ya que, en centros pequeños, “el percibir y tener disponibilidad por parte del profesorado para hablar de los problemas personales, tiene ciertos efectos protectores”.

- En segundo lugar, hace referencia a los estilos de vida, y dentro de este grupo, “una de las mejores variables para predecir con éxito el consumo/no consumo son las salidas con amigos”; otra, “la práctica de actividades culturales -asistencia al teatro, al cine y museos- y deportivas” y coherentemente con la anterior, “pasar el tiempo libre en bares/pubs” (OED, 1998, p. 37).
- En tercer lugar, se centra en factores familiares, identificando “la comunicación familiar que existe en la propia estructura familiar” y “la imitación del comportamiento de los padres”.
- Y, en cuarto lugar, se centra en el grupo de amigos/as y otros factores como la cantidad de dinero disponible, las opiniones y creencias que poseen los/las adolescentes, a la hora de consumir drogas.

Pinazo y Pons, como se citó en Fernández Bustos (2010, p. 72), indican que los “padres, como principales responsables de la educación de sus hijos, tienen una importancia fundamental en todo planteamiento preventivo, por lo que deben asumir un papel activo en la prevención del consumo de sustancias”. Así, dentro de los factores de protección familiares, Fernández Bustos (2010, pp. 73-76) identifica seis que resultan imprescindibles para elaborar programas de prevención, a tenor de la consideración de diferentes investigaciones en esta línea:

- En primer lugar, el apego familiar (Al-Halabi Díaz et al., 2009; Graña, & Muñoz-Rivas, 2000, Martínez González, 2006; Martínez, & Robles, 2001; Moral 2005), señalando que resulta imprescindible un clima afectivo positivo para se cree un buen apego familiar, ya que los/las adolescentes, con este apego familiar es en donde encuentran un sentimiento de pertenencia, el espacio en el cual, no solo pueden compartir y verbalizar sus experiencias, sino que también, se pueden refugiar y adquirir las habilidades y seguridad necesaria, para ir afrontando las situaciones complicadas, que les puedan ir surgiendo en su vida diaria.
- En segundo lugar, la comunicación fluida, ya que según García y Segura (2005), citados por Fernández Bustos (2010, p.74), reafirman que “una comunicación eficaz entre padres e hijos permite a los padres ofrecer información específica sobre drogas y reforzar la autoestima y la autonomía de los jóvenes en la toma de decisiones, lo que va a fomentar la confianza entre padres e hijos”.
- En tercer lugar, el estilo educativo por parte de las familias resulta de gran importancia. Este estilo se pone de manifiesto a través de múltiples factores, como pueden ser: el lenguaje corporal, la práctica de socialización, los tonos de voz, entre otros. Estos factores dan a entender la actitud emocional que tienen las familias y, en general, sientan las bases en las que se van a desarrollar la relación paterno-filial con

respecto al establecimiento de límites para con los hijos e hijas, el hacer respetar las normas de convivencia, mantener un vínculo afectivo cálido y cierto grado de autoridad dentro de un clima democrático. Estos factores afirman García-Campos y Segura-Díez (2005), como se citó en Fernández- Bustos (2010, p. 75) que “actúan como factores protectores del consumo de sustancias por los adolescentes”.

- En cuarto lugar, la educación orientada hacia la autonomía. En todo núcleo familiar existe una serie de normas, tanto explícitas como implícitas, orientadas hacia una buena convivencia, reparto de responsabilidades y funciones de cada uno de sus miembros y de acorde con el estadio o etapa evolutiva en la que se encuentren.
- En quinto lugar, la presencia de las familias; en algunas investigaciones se ha querido estudiar la influencia en relación con el consumo, en cuanto a si los/las progenitores/as no están tan presentes, por motivos de trabajo.
- En sexto lugar, hace referencia al modelo familiar, teniendo en cuenta que, las familias que menor probabilidad tienen de que sus hijos/as consuman son aquellas que establecen buenas relaciones afectivas con los/las hijos/as, no consumen ningún tipo de sustancia psicoactiva, ... En la misma línea, otras investigaciones citadas por Fernández Bustos (2010, p. 76) muestran que,

la calidad de las relaciones, la cohesión familiar y la comunicación positiva, garantizan la salud psicológica de los individuos al mediatizar los efectos nocivos de los estresores crónicos. La consistencia, responsabilidad y seguridad en las relaciones familiares facilitan el desarrollo de individuos sanos dentro del grupo, brindándoles estabilidad, previsibilidad en las reacciones y consecuencias de diferentes comportamientos y situaciones, sensación de entendimiento y control del medio en que se vive y claridad en las responsabilidades que cada uno de los miembros desempeña en la familia.

Por otro lado, también se puede hablar de la familia como factor de protección y de apoyo importante para el bienestar y buen desarrollo de sus hijos y en este sentido, siguiendo a Musitu et al. (2007, p. 372), se ha observado que

las relaciones familiares caracterizadas por la vinculación emocional entre los miembros (Nuez et al., 2002), el predominio del calor afectivo y de la aceptación entre padres e hijos e hijas, junto a una adecuada supervisión, representan importantes factores protectores al promover un tipo de autonomía en los adolescentes construida sobre relaciones afectivas profundas (Fletcher et al., 1999; Musitu, & García, 2004).

Estos resultados son coincidentes con los publicados por Arbinaga (2002), citado por Gil Flores (2008) quien analiza el peso de posibles factores de protección frente al inicio del consumo de alcohol en jóvenes resultando significativos, entre otros, los factores apego familiar, claridad de normas en la familia, miedo a las drogas, cumplimiento de normas como ciudadano, y búsqueda de consejo en la familia de cara a la realización de nuevas actividades.

1.3.2. FACTORES DE RIESGO

La aproximación a los factores de riesgo en el campo del abuso de drogas ha sido más relevante en cuanto a número de investigaciones en relación con la determinación de factores de protección, como podremos ver en este apartado. Su estudio es similar a los modelos desarrollados para investigar estos factores en otros problemas y se ha llegado a la conclusión general de que ninguno de dichos factores es suficiente para explicar dicho abuso, sino que cuantos más estén presentes, mayor será la probabilidad.

De esta forma, siguiendo a Clayton (1992), no siempre están presentes determinados factores de riesgo; ni la presencia ni la ausencia de un único factor determina el consumo, pero sí la confluencia de multitud de factores; las intervenciones estarían indicadas en el caso de que la eliminación de un factor disminuyese la probabilidad de consumo.

Podemos considerar, por tanto, como han indicado González Enríquez et al. (2002) que son factores de riesgo aquellas circunstancias o características personales y ambientales que, relacionadas con la droga, aumentan la probabilidad de que una persona la consuma. No existe una causalidad directa entre los factores de riesgo y consumo, pero se sabe que la conjunción de los factores de riesgo puede despertar la vulnerabilidad en los sujetos respecto al uso de drogas y pueden generar una predisposición favorable al consumo. Las drogas son más necesarias cuanto más vulnerables son las personas.

Con lo visto hasta ahora, se puede decir que los factores de riesgo son muy diversos y no se pueden tener en cuenta de una forma aislada debido a que el consumo de sustancias psicoactivas, como cualquier otro comportamiento del ser humano, conllevan a una interacción dinámica ente estos tres factores: la sustancia, el contexto y el propio individuo.

Es decir, como han resumido González Enríquez et al. (2002) el resultado es fruto de una pluricausalidad de factores de riesgo “puesto que son factores dependientes de procesos dinámicos y cambiantes, no se puede pretender que sean válidos para cualquier época o contexto” (p. 82).

La influencia de los factores de riesgo puede variar dependiendo de la etapa evolutiva en la que se encuentre el sujeto y del ambiente en el que se encuentra inmerso, no teniendo unos sobre otros un carácter preponderante, ni son unos con mayor peso que otros a la hora de desarrollar una enfermedad de dependencia. Al hablar de factores de riesgo, no debemos hablar en términos de causalidad o de determinación, sino en términos de probabilidad.

Es importante, por ello, tener en cuenta que cuando un factor está presente, lo único que está indicando es que será más probable que la persona consuma, que cuando no lo está. De acuerdo con lo indicado por Martínez González (2006), “hay estudios que indican que determinados factores se podrían asociar más al inicio en el consumo, mientras que otros provocan el aumento del consumo una vez iniciado este” (p. 11). En resumen, podemos decir que, el uso de las drogas, su abuso o atenuación es el resultado de varios factores unido a su carácter probabilístico.

A continuación, se recogen los factores de riesgo propuestos por Muñoz-Rivas (2000) (como se citó en Martínez González, 2006, pp. 12-15) debido a la relevante cantidad de

factores de riesgo considerados, teniendo en cuenta que los mayores riesgos están en correlación con el número de factores. En este sentido, se identifican, a nivel general, factores de tipo genético-biológico, factores de tipo psicológico, factores de tipo social, factores escolares y factores ambientales-contextuales.

1.3.2.1. Factores de riesgo genético-biológicos

Investigadores como Cloninger, como se citó en Becoña Iglesias (2002), consideran que la alta probabilidad en la transmisión que existe a nivel generacional para el abuso de drogas se debe a factores bioquímicos o genéticos. Parece existir un componente genético para el abuso de sustancias, al menos en algunos casos. Así como bien hace referencia Ibáñez Cuadrado (2008), la investigación de la herencia en adicciones se ha llevado a cabo a través de distintos estudios de epidemiología genética, que tratan de estudiar la coincidencia en la presentación de los distintos trastornos en miembros de la misma familia (estudios familiares) con especial interés en los/las gemelos/as, así como en individuos adoptados en sus distintas modalidades, los que permiten aclarar la contribución relativa de los factores ambientales y los genéticos.

En este sentido, en los últimos años se ha pretendido analizar la interacción entre variables genéticas para explicar el riesgo de dependencia en el caso del alcoholismo (Álvarez Alonso, 2015) y se hace referencia a programas de fortalecimiento familiar (Kumpfer, & Johnson, 2007, p. 18) “para hijos/as de consumidores de sustancias en tratamiento ambulatorio con metadona o en centros de tratamiento antidrogas y de salud mental”.

Dentro de los factores biológicos, el sexo y la edad son dos variables especialmente relevantes.

Como comenta Sánchez Pardo (2012) en relación al género, a medida que la sociedad se ha ido modernizando, las desigualdades de género en relación al consumo se han ido reduciendo, comenzando las mujeres a adquirir algunas conductas de riesgo que tradicionalmente habían venido siendo consideradas como típicamente masculinas, produciéndose así, un incremento considerable del consumo de drogas en el ámbito femenino; de tal manera que, en sujetos adolescentes, educados en un modelo de roles más igualitarios, se viene observando “una tendencia a la equiparación de los hábitos de consumo de drogas, que ya es una realidad en el caso de sustancias como el tabaco y el alcohol” (Sánchez Pardo, 2012, p. 9). Como consecuencia, Romo Avilés (2018) señala que, en la actualidad, las mujeres españolas como un colectivo, se caracterizan por el uso de drogas legales y siendo socialmente aceptadas; datos que también se pueden extraer de la encuesta ESTUDES (OEDA, 2022).

La edad, por su parte, es otro de los factores relacionado con el consumo y las actitudes hacia éste. Estudios como el de Moral Jiménez y Ovejero Bernal (2005) hacen referencia a que una vez se va avanzando en edad, suele ponerse de manifiesto una tendencia más permisiva hacia el consumo, se percibe un riesgo menor hacia las drogas (tanto legales como ilegales) y ante las incitaciones de los/las demás, se aceptan con mayor facilidad, al querer ser “como los/las demás”. En su estudio corroboran “la tendencia relativa a que los adolescentes de mayor edad reporten autopercepciones más favorables al consumo y se

asocien a indicadores de una mayor valoración de las drogas y sus usos” (p. 330), por lo que, en este caso, puede considerarse la edad como factor de riesgo.

Así, reafirmando lo anterior, Moral Jiménez y Ovejero Bernal (2005) indican que la edad, no sólo cronológica, sino también la medida bajo condicionantes de marcado cariz social, es un factor denominado de riesgo para la iniciación y posterior escalada en el consumo de sustancias psicoactivas., ya que

los/las adolescentes y preadolescentes (siendo los doce-trece años las edades críticas) representan el colectivo con mayor riesgo a la experimentación de drogas, sobre todo institucionalizadas (véase Bailey, & Hubbard, 1991; Botvin & Botvin, 1992; Funes, 1996; García-Señorán, 1994; González-Calleja et al., 1996; Moral, 2002; Ovejero, 2000), siendo algo posterior la iniciación a los derivados canábicos en un contexto de consumidores iniciados (Bobes et al., 2000; Calafat et al., 2000b). (Moral Jiménez, & Ovejero Bernal, 2005, p.326).

García Moreno (2003) también hace referencia a “una gran variedad de estudios en los que se constata con gran consistencia el efecto positivo de la edad sobre el incremento de la frecuencia e intensidad del consumo de drogas (Ariza, & Nebot, 1995; CAM, 1999; Leandro et al., 1997; Martínez et al., 1996; Muñoz-Rivas et al., 1999; PNSD, 1994)” (p. 55). Así, una vez realizadas las revisiones de varios estudios, viene a corroborar que el inicio temprano en el consumo de sustancias es predictor de un mal uso de éstas en un futuro.

Atendiendo a lo anteriormente indicado, como afirma García Moreno (2003, p. 56) puede concluirse que cuanto antes se inicien los/las adolescentes en el consumo de las drogas, tanto legales como ilegales,

mayor es la frecuencia de uso de ésta (Basabe y Páez, 1992), mayor es la probabilidad de que se desarrollen conductas antisociales (Mirón y cols., 1997) y mayor es la probabilidad de que se dé una implicación extensiva y persistente en otro tipo de sustancias más peligrosas (Kandel y Jamaguchi, 1993; Amengual, Calafat y Palmer, 1993; Anthony y Petronis, 1995; Sánchez y Berjano, 1995; Fergusson y Horwood, 1997).

1.3.2.2. Factores de riesgo psicológicos

La revisión que se presenta a continuación se centra en aquellas variables que han sido recogidas recientemente en la literatura, y que se consideran de riesgo en cuanto al inicio, mantenimiento y consumo de drogas. Dentro de estos factores psicológicos, se hace referencia a la presencia de determinados problemas de conducta o psicopatológicos y a la influencia de diferentes actitudes personales hacia el consumo y uso de las drogas.

Cabe señalar, que el consumo y abuso de sustancias psicoactivas está claramente ligado a los factores psicológicos que, aumentan o disminuyen, dependiendo de la persona, la probabilidad del mantenimiento del consumo o el paso a un abuso de éstas. Entre estos factores, siguiendo a Graña y Muñoz (2005), como se citó en Mendoza Carmona y Vargas Peña (2017), encontramos “la autoestima, las alteraciones psicológicas, los comportamientos

perturbadores, el autocontrol, las habilidades sociales, emocionales, de afrontamiento y enfrentamiento, los preconceptos y la valoración de las sustancias, las creencias religiosas, el maltrato, entre otros (p. 153).

1.3.2.2.1. Autoestima y autoconcepto

De acuerdo con lo que señalan Taberero et al. (2017), para definir los términos de autoestima y autoconcepto, es necesario hacer referencia al *self*, entendiendo por ello “la reflexión consciente sobre la propia identidad” (p. 9), ya que el autoconcepto implica los aspectos cognitivos o de pensamiento relacionados con la autoimagen, mientras que la autoestima es el aspecto afectivo o emocional del *self*. De esta forma, como señalan Cardenal y Fierro (2003), Gutiérrez y Romero (2014) y Villasmil Ferrer (2010), el autoconcepto se refiere a la idea general que tenemos de nosotros/as como personas, mientras que la autoestima sería la valoración personal que un individuo hace de sí mismo.

Podemos decir que la autoestima no es un concepto único, sino que más bien, se puede hablar de formas diferentes de entender lo que significa la autoestima. De modo general, la autoestima la podemos entender como el valor que nos damos a nosotros/as mismos/as y a las cualidades personales que poseemos, siendo esta valoración de manera, más o menos consciente. Cuando hablamos de autoestima, debemos hablar también de un concepto que está muy ligado, el autoconcepto, que hace referencia a la imagen que tenemos de nosotros/as mismos/as, siendo el resultado final la percepción del sujeto sobre sí mismo como la de los/las demás sobre él. Por lo cual, ambos conceptos, autoestima y autoconcepto están íntimamente relacionados entre sí.

Torregrosa Ruiz et al. (2017), indican que muchos trabajos señalan la importancia de estos conceptos como “elementos protectores frente a situaciones estresantes” (p. 226), relacionando la autovaloración personal negativa con el aumento de la vulnerabilidad a trastornos, enfermedades o repercusiones en la salud física y psicológica. De esta forma, el concepto de sí mismo/a, “incide en las conductas, sentimientos y motivaciones de la persona y por esta razón evoluciona como una dimensión importante de la personalidad durante toda la vida” (Zegers, como se citó en Taberero et al. (2017), p. 10). Dicho de otra forma, Esnaola Etxaniz (2006) indica que el autoconcepto es una variable crucial para entender el ajuste conductual y emocional de los individuos, y a la cual se le atribuye un papel importante como factor motivador de la conducta y garantizador de la salud mental de la persona.

En concreto, Pedrero-Pérez (2016) señala que “la baja autoestima se vincula a la adicción tanto como rasgo favorecedor del establecimiento de patrones desadaptativos de consumo, como un factor de mantenimiento de la conducta y como una consecuencia de la incapacidad percibida para mantener el control” (p. 92).

No obstante, en relación con lo anterior, Baquero Escribano et al. (2015, p. 26) indican que

la interferencia en el adecuado desarrollo y funcionalidad de una baja autoestima puede conllevar una correlación positiva con la mayoría de trastornos mentales:

desórdenes alimentarios, del estado de ánimo y de consumo de sustancias centrándose aquí la mayoría de investigaciones (Leary, Schreindorfer y Haupt, 1995; McKay, Summall, Cole, y Percy, 2012). Si bien, en la versión opuesta, podemos encontrar que en la elevada percepción de la autoestima aparecen también desórdenes psicológicos y sobre todo una notable vinculación con el uso/abuso de sustancias (Birndorf, Ryan, Auinger, Aten, 2005).

Así, Cava et al. (2008), indican que el papel que desempeña la autoestima en el consumo de sustancias no está suficientemente claro, ni tampoco su influencia en las diferentes etapas de la adolescencia. En este sentido, Dolcini y Adler (1994), como se citó en Calero et al. (2016)

plantean que a la relación entre las conductas de riesgo y la autoestima podría faltarle claridad por el nivel de generalidad que la autoestima tiene. Desde esta perspectiva, creen que sería recomendable estudiar la relación del consumo de alcohol con los dominios específicos del autoconcepto (p. 50).

No podemos obviar, al hablar de autoestima, la complejidad por la que estamos formadas las personas, lo que hace difícil el poder definir qué somos las personas en pocas palabras. Debido a la gran cantidad de matices que debemos tener en cuenta en este ámbito, es importante no generalizar partiendo únicamente de uno o de dos aspectos. Así, por ejemplo: una persona puede ser simpática cuando se encuentra con su grupo de amigos y, sin embargo, ser desagradable con su familia.

Ambos conceptos entran dentro de los factores de riesgo psicológicos que pueden llevar al uso y/o abuso del consumo de sustancias psicoactivas y se utilizan como indicadores del funcionamiento psicológico de los individuos; por lo que una pobre o baja autoestima puede llevar a una persona hacia el consumo de drogas como medio para aumentarla. Teniendo en cuenta lo anterior, el manejo y cambio de la autoestima en los/las adolescentes es uno de los focos fundamentales a trabajar en muchos programas de prevención en el campo del uso y/o abuso de drogas, delincuencia, etc.

En los últimos años se han encontrado pruebas empíricas acerca de la autoestima y su relación con las conductas problema, entre las que se incluyen el consumo de sustancias psicoactivas, en las cuales se relaciona negativamente el consumo de drogas con algunas dimensiones del autoconcepto y positivamente con otras (De Lucas Moreno, 2014; Fuentes et al., 2015).

1.3.2.2.2. *Búsqueda de sensaciones*

Ya en los años 60, se hablaba de la búsqueda de sensaciones como uno de los factores de riesgo que explicaría la conducta de consumo de los/las jóvenes. Uno de los primeros en hablar de este constructo ha sido Zuckerman (1978) que lo utilizó para hacer referencia y describir la necesidad que despertaba en algunos/as jóvenes experimentar nuevas y emocionantes sensaciones. Siguiendo a Laespada Martínez et al. (2004) encontramos como Zuckerman define este concepto “como una necesidad de experimentar sensaciones nuevas,

variadas y complejas, así como de asumir riesgos físicos y sociales en razón de esta experiencia” (p. 21).

Dentro de esta búsqueda de sensaciones podemos afirmar que, la experiencia directa con las sustancias psicoactivas es una variable de gran influencia en su consumo, ya que hace que se creen en el sujeto unas expectativas y unas experiencias que le van a retroalimentar una información empírica que le condicionará de cara a acciones futuras. Como comenta Peñafiel Pedrosa (2009, pp. 151-152), ya Bandura hacía referencia a este constructo concluyendo que

si el sujeto percibe que el consumo de alcohol resulta una estrategia de afrontamiento adecuada, su tendencia al consumo será mayor. La búsqueda de sensaciones es un rasgo de personalidad que se caracteriza por la necesidad de sensaciones y experiencias complejas, variadas y nuevas, y el gusto por el riesgo físico y social a fin de obtenerlas. Las investigaciones han encontrado relaciones significativas entre la búsqueda de sensaciones y la conducta de riesgo en general y el consumo de drogas en particular (Nadal, 2007).

Son innumerables los estudios que se han puesto en marcha en relación con la búsqueda sensaciones como un constructo que pueda predecir las conductas de riesgo y del consumo de drogas. En España también se han realizado investigaciones sobre ello, siendo los resultados similares a los realizados en otros países (Lloret Irlles, 2015). En este sentido, se señala el estudio realizado por Muñoz-Rivas et al (2002), como se citaron en Peñafiel Pedrosa (2009) que demuestran que, de entre los mejores predictores del uso de drogas legales, se encuentran la presencia de comportamientos antisociales, la búsqueda de excitación, la presencia de comportamientos antisociales y la desinhibición. De esta forma, Laespada et al. (2004, p. 21) concluyen que “los jóvenes que consumen drogas repetidamente se caracterizan por su deseo de probar, vivir sensaciones nuevas cargadas de emoción, su susceptibilidad al aburrimiento y por su inclinación a buscar aventuras y desinhibirse (Elzo y Vielva, 1998; Vielva, 2000)”. Como refiere Lloret Irlles (2015, p. 140) “algunos autores lo han considerado como el mejor predictor del consumo (Jaffe y Archer, 1987)”.

A raíz de estos estudios, se ponen en marcha diferentes escalas para evaluar este constructo. Becoña Iglesias (2002) hace referencia a la escala de Zuckerman como la que más se ha utilizado. La relación empírica entre las dimensiones de esta escala no está todavía clara y se ha sugerido que la fuerza relativa de las asociaciones entre sí puede variar según la edad del sujeto (etapa evolutiva) y del estrés y tensiones particulares que tiene que afrontar (transición de roles). Además, es posible que determinadas drogas que facilitan la desinhibición puedan tener un efecto causal en varios elementos de la búsqueda de sensaciones. Esto dio lugar a la escala *Sensation Seeking Scale* (SSS), más tarde SSS-V (Zuckerman et al.), como se citó en Lloret Irlles (2015).

Surgió así, la investigación hacia nuevos instrumentos, aunque, casi transcurridos cuarenta años desde que Zuckerman elaboró su escala SSS, las investigaciones posteriores han avalado, en general, la estructura factorial original.

1.3.2.2.3. Depresión

En la actualidad, siguiendo a Posada et al. (2010) se puede considerar “la depresión como un problema de salud pública” (como se citó en Hoyos et al., 2012, p. 110) tipificado como una enfermedad, de acuerdo con el DSM-5 (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales/Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) (Asociación Estadounidense de Psiquiatría /American Psychiatric Association - APA, 2014).

Haciendo una revisión de la literatura existente, puede encontrarse una fuerte unión entre el consumo de sustancias psicoactivas y el malestar emocional, siendo esto objeto de muchos estudios. Como indica Fernández Bustos (2010, p. 63)

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

Investigaciones llevadas a cabo en otros países, también vienen a confirmar que el uso y consumo de sustancias psicoactivas en los/las adolescentes tienen como fin aliviar los sentimientos de estrés psicológico. En este sentido, Camacho Acero (2005, p. 112), indica que la adolescencia,

se reconoce que es un período de alta vulnerabilidad a problemas de salud mental, particularmente en términos de niveles clínicamente relevantes de depresión y ansiedad (Kazdin, 1993, citado por Griffin y cols., 2001). Los jóvenes que presentan ansiedad u otras emociones negativas pueden intentar superarlas usando drogas legales e ilegales. Estudios de salud mental y abuso de SPA (Sustancias Psicoactivas) entre adolescentes han mostrado que los adolescentes con problemas emocionales son más dependientes del alcohol y otras drogas.

En sintonía con las investigaciones precedentes, pueden encontrarse estudios más recientes en los que la relación entre el consumo de sustancias y la depresión van íntimamente ligados, como así lo recogen Gómez Rodríguez et al. (2013, p. 46) cuando afirman que,

la depresión es una de las principales causas del consumo de sustancias psicoactivas en los adolescentes, sin embargo, la depresión puede ser también consecuencia del consumo (Ministerio de Protección Social, 2003) estableciéndose así una relación en ambos sentidos, convirtiéndola en uno de los mayores problemas de salud pública en las sociedades actuales (Cassano & Fava, 2002).

1.3.2.2.4. Factores de personalidad

Como bien es sabido, la adolescencia es un período crítico en el cual los/las jóvenes están formando y desarrollando su personalidad, que puede verse truncada cuando se inician y experimentan con sustancias psicoactivas.

Siguiendo a López-Caneda et al. (2014) como se citó en González et al. (2016, p. 109) “el consumo ocasional excesivo o masivo de alcohol, constituye el consumo de drogas problemático más común durante la adolescencia”. Este uso/abuso de sustancias se ha convertido en un foco de amenazas para la población adolescente, debido a las consecuencias que tanto a corto como a largo plazo pueden ocasionar en la salud, sobre todo en los que se refieren a trastornos de personalidad.

Dentro de las diferentes investigaciones en adicciones, puede apreciarse una constante continua que es intentar descubrir una posible relación entre el consumo de sustancias psicoactivas y los rasgos de personalidad que llevan a dicho consumo, si existen unas características concretas entre los/las consumidores/as, rasgos de personalidad que lleven hacia el consumo, ... El fin de este objetivo es poder llegar a predecir un posterior abuso y dependencia, así como también poder mejorar la prevención y el tratamiento, una vez que se pudiesen tener en cuenta, estas hipotéticas características de personalidad entre los individuos consumidores.

De los primeros estudios encontrados, cabe señalar los basados en el modelo biosocial de Millon. En este modelo, se considera que las principales características que determinan el estilo de la personalidad de los individuos son las experiencias pasadas y la constitución biofísica. Por lo que, cuando un/a niño/a está desarrollando su estilo de personalidad se encuentra apegado/a en un primer momento con la constitución biofísica, lo que viene a constituir el conjunto de capacidades y de respuestas con las que el/la niño/a percibe los eventos que le rodean y determinan la capacidad de respuesta ante éstos. Como señala Fantín (2006, p. 287)

bajo condiciones ambientales *normales* un niño encontrará formas de relacionar los eventos que sean adecuadas a su disposición constitucional. Sin embargo, si la presión y demandas son demasiado severas, éstas pueden forzar al niño a desarrollar estrategias potencialmente problemáticas o contrarias a sus inclinaciones naturales (Davis, 1999).

De entre los estudios revisados, algunas investigaciones se han dirigido a obtener un perfil de personalidad que conlleve al consumo, y en cambio, otras se han ido centrando en variables más concretas. Así, como recoge Becoña Iglesias (2011, p. 58)

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

Así, de entre las diferentes investigaciones revisadas se deduce que sí existen ciertos rasgos de personalidad vinculados con el consumo de sustancias, por lo que, un mayor conocimiento de estos factores podría llegar a ser de una gran utilidad para comprender la progresión del consumo, su etiología, ... siendo uno de los últimos fines, el desarrollo de diferentes estrategias de intervención y sobre todo de prevención más específicas hacia la adolescencia.

Cabe señalar, como coinciden varios autores, entre ellos, Claver Turiégano (2016), que, aunque los estudios son numerosos, en ninguno de ellos se ha encontrado evidencia alguna que relacione los factores individuales de personalidad con factores interpersonales concretos que estén presentes en el consumo de cualquier sustancia en adolescentes escolarizados. Reafirmando esta idea, González et al. (2016), señala que, aunque existen estudios sobre la personalidad y el consumo entre adolescentes españoles, algunos resultados son contradictorios y se requieren más estudios con muestras más grandes y con medidas validadas, por lo que es un ámbito que debe seguir siendo objeto de investigación, con el objetivo de poder realizar una buena prevención.

No obstante, una de las características de personalidad asociada a diferentes investigaciones en adicciones es la impulsividad. Así, los estudios efectuados por Becoña Iglesias (2011),

muestran una clara relación entre el uso y el abuso de sustancias y una alta impulsividad, así como con una mayor presencia de conductas de riesgo y, consecuentemente, con un número más elevado de eventos vitales estresantes. Además, parece que el consumo de un mayor número de sustancias está asociado con un aumento de la impulsividad y con una menor percepción de riesgo (p.58).

De esta forma, podemos deducir, que existen ciertos indicadores de la personalidad que pueden influir en cierta disposición hacia el consumo de sustancias. La personalidad como es sabido, ya se va conformando desde la infancia, siendo la adolescencia un momento decisivo en su afianzamiento y formación. Esta idea la reafirman Llorens et al., como se citó en González et al. (2016, p. 109), cuando indican que “las conductas adictivas responden a una amplia gama de variables y los indicadores de la personalidad pueden influir en la predisposición a consumir sustancias en los jóvenes”.

Cabe señalar al respecto, como refiere De Lucas Moreno (2014) que el concepto de personalidad en relación con el uso/abuso de consumo de sustancias psicoactivas ha sido una controversia continua en su objeto de estudio, lo cual ha influido tanto sus métodos de evaluación como su etiología.

Desde sus inicios, el concepto de personalidad, dentro de su clasificación en el DSM, ha ido variando. Inicialmente el abuso de sustancias era incluido dentro de los trastornos de personalidad. De Lucas Moreno (2014, p. 132) cita que “se presumía la base de una personalidad alterada para que se desarrollara el uso o abuso de sustancias. En el DSM-III ya se diferencian los trastornos de la personalidad y las drogodependencias.”

En el propio DSM-5 (APA, 2014, p. 359) en relación con el trastorno de personalidad refieren que “el patrón es estable y de larga duración, y su inicio se puede remontar al menos a la adolescencia o a las primeras etapas de la edad adulta”; de ahí la importancia de realizar en la etapa de la adolescencia una buena prevención hacia el consumo de sustancias psicoactivas, con el fin de evitar el desarrollo de una conducta adictiva, lo antes posible. Por lo tanto, podemos decir que existen ciertos factores de vulnerabilidad y características individuales que predisponen hacia el consumo, sin embargo, encontramos alguna dificultad para afirmar esta relación, debido a que no existe el suficiente conocimiento acerca de si el uso de drogas conlleva unos rasgos previos de personalidad o si la personalidad es la que determina el consumo, o simplemente, si son factores independientes.

1.3.2.2.5. Actitudes, creencias y valores

Como afirman Miguel y Novel (2004), como se citó en Fernández Bustos (2010, p. 52), “las actitudes, creencias y valores, forman parte del yo de cada uno, e influyen y determinan gran parte de la conducta que la persona tiene para consigo misma y con los demás”.

Lo que los/las adolescentes piensan acerca de las drogas, sus efectos, el acto de consumir, las expectativas y creencias que poseen acerca del consumo y la experimentación que obtienen con éste, traen consigo un balance que determinará la nueva experimentación del consumo o no, en función de si han sido experiencias positivas o negativas. Así bien, como hacen referencia Laespada Martínez et al. (2004, p. 18) “estos elementos se han mostrado como predictores fiables de la conducta de consumo (Fishbein y Ajzen, 1980)”.

Como han afirmado hace años, Ferrer Pérez, et al., y Gómez Reino, et al. (1995), como se citó en Fernández Bustos (2010, p. 53) los

valores, creencias y actitudes vienen determinados, en primera instancia, por la familia como contexto portador y transmisor de las mismas y por la presión del grupo de iguales, que se constituye también como una poderosa fuerza que influye en la configuración del carácter y los valores del adolescente.

Al estar hablando de valores, entendemos que son juicios que se van creando en nuestra sociedad, a través de los cuales, se va estableciendo lo que viene siendo adecuado o lo menos adecuado, representado la base de las normas por las que la sociedad se rige y las ideas o conceptos en los que nos basamos a partir de los cuales se rechacen o se acepten todos aquellos elementos que no entren dentro de la cultura de un determinado grupo.

Como afirma Megías (2000), como se citó en Fernández Bustos (2010, p. 53) “es evidente que los valores tienden a la preservación, a asegurar la estabilidad de la cultura de una sociedad, aunque ciertamente, en determinados momentos, un conflicto entre valores discordantes puede llevar a la revisión e, incluso, al cambio de las categorías culturales”.

Una vez que ya hemos ubicado lo que entendemos por valores, a la interiorización de los valores, le denominamos creencias. Todos los seres humanos vivimos inmersos en un mundo de creencias continuas, aunque muchas veces no somos del todo conscientes de ello,

formando parte de nuestro mundo de pensamientos e ideas. Novel, et al., como se citó en Fernández Bustos (2010, p. 53), al hablar de creencias dicen que “son esencialmente intangibles, no tienen por qué ser empíricamente comprobables; sin embargo, la constelación o sistema de creencias de un determinado grupo, sociedad o cultura se manifiesta y exterioriza en el comportamiento de los individuos”.

Y, por último, entendemos por actitud, la predisposición de una persona a comportarse de una determinada manera, por la tanto, forman parte de su personalidad. Las actitudes nos permiten predecir el comportamiento ante una determinada situación, como puede ser, ante el consumo de sustancias. Siguiendo a Gordon Allport, como se citó en Moral Jiménez et al. (2009, p. 128), la actitud es “un estado mental y neural de disponibilidad, organizado por la experiencia, que ejerce una influencia directiva o dinámica sobre las respuestas del individuo a todo objeto o situación con el que se relaciona”.

En este sentido, el conjunto de valores y creencias, el estilo de vida que tenga la sociedad acerca del consumo de sustancias psicoactivas, influirá en la elección y el patrón de consumo de sustancias entre los/las adolescentes, constituyéndose, así como factores de riesgo y de protección para el uso/abuso, consumo y posterior dependencia, por parte de las personas. En la adolescencia nos encontramos con unas problemáticas y unas creencias particulares hacia todas esas variables que tienen que ver con las actitudes y las percepciones de los/las jóvenes hacia la salud, por lo que se convierte la juventud en un segmento de la población que debe de ser abordado de una manera específica. Así, Rial et al. (2008, p. 175) señala que las

variables como el autocontrol, la asertividad, el estilo atribucional o la edad (López, Martín, de la Fuente y Godoy, 2000), así como la percepción de riesgo, las creencias, la relación con el grupo de iguales, el contexto educativo, las conductas antisociales y la búsqueda de atención (Moral et al., 2006; Comas, Jiménez, Acero y Carpallo, 2007) han demostrado ser factores a la hora de predecir el consumo de drogas. Todo este conjunto de evidencias invita a concebir el problema del consumo de drogas entre los jóvenes desde una perspectiva amplia.

García del Castillo, como se citó en Fernández Bustos (2010), también advierte de que:

la educación en valores del individuo adquiere cierto protagonismo en el desarrollo o no de determinadas conductas de riesgo, ya que la adopción de valores considerados de riesgo, tales como la competitividad, el afán de experimentación, el inmediateismo, la insolidaridad, la enfatización de la autonomía, el liberalismo sexual, etc., pueden llevar al individuo a desarrollar conductas de consumo de sustancias (p. 55).

En resumen, antes incluso del consumo de sustancias empieza a fraguarse en el/la joven todo un proceso de cambio de actitudes que luego se concretará en el cambio de conducta. Aunque en muestras de jóvenes no aparezcan consumos de alguna sustancia o de todas en su conjunto, es posible que ya se estén fraguando los cambios de actitudes previos a un posible consumo futuro. De ahí la importancia de comenzar ya estudios en edades más tempranas, con el fin de hacer una prevención lo antes posible.

1.3.2.3. Factores de riesgo sociales

Como indica Becoña, como se citó en De Lucas Moreno (2014, p. 77):

los valores predominantes, los estilos de vida y las creencias que el conjunto de la comunidad tenga acerca de las drogas influirán, por tanto, en la elección de las sustancias y en los patrones de consumo de las mismas, constituyéndose como factores de riesgo y protección para el uso, abuso y dependencia por parte de sus individuos.

En este sentido, la sociedad que vamos construyendo es fruto de las creencias, valores, actitudes, normas, ... que entre todos/as vamos aceptando, manifestando, ... y los/las adolescentes crecen dentro de esta sociedad que las personas adultas les vamos dejando en camino; como refiere Catalán Rivas (2012), la identidad personal será el resultado de ordenar cada uno de los hechos de su vida como elementos de una totalidad significativa y, consiguientemente, de presentarse ante los otros nosotros, como un protagonista de una historia singular. Es decir, puede afirmarse que existe una fuerte relación entre las personas y el mundo que las rodea; en la sociedad está la base de esa creación de identidad personal de los/las adolescentes, por lo que es de gran influencia a la hora de tomar decisiones en relación a los primeros contactos, por parte de la juventud, con diferentes sustancias psicoactivas.

Una de las teorías más importantes y utilizadas dentro del campo de las drogodependencias es la Bandura, actualmente denominada teoría cognitiva social. Como refiere Becoña Iglesias (2007, p. 125) "es una teoría psicológica basada en los principios del aprendizaje, la persona y su cognición junto a los aspectos del ambiente en que lleva a cabo la conducta" y, además, dentro de los programas preventivos, es una de la teoría más utilizadas, sustentada, fundamentada y complementada con otras teorías.

Cabe hablar, en relación con la teoría cognitiva social, de lo que se denominan representaciones sociales, de gran influencia en la adolescencia, que se suelen tomar en estas edades como referencia de patrones a seguir, o no seguir, dependiendo del contexto. Sin llegar a entrar en un análisis teórico profundo de estas representaciones sociales, se deben mencionar algunos aspectos que pueden resumir su importancia dentro del campo específico del mundo de la drogadicción. Así, como definieron Megías et al. (2001, p. 182), como se citaron en Gámez-Medina et al. (2017),

la representación social, entendida como el conjunto sistemático de valores, nociones y creencias que permiten a los sujetos comunicarse, actuar y orientarse en el contexto social en que viven, racionalizar sus acciones y defender su identidad, si bien no puede correlacionarse directamente con determinados comportamientos de consumo ni tampoco constituye una explicación unívoca de los mismos, no hay duda de que significa una contextualización operativa fundamental para la comprensión de esos consumos.

Por lo expuesto hasta ahora, el proceso de socialización es esencialmente un proceso de inmersión cultural que va a determinar, en gran medida, las futuras formas de actuar, pensar y tomar decisiones de niños/as, adolescentes y jóvenes. A partir de este proceso aprendemos nuestras limitaciones y las posibilidades que nos ofrece la comunidad en la que

vivimos, a controlar nuestros impulsos, a aprender a expresarse utilizando los roles adecuados y teniendo en cuenta la existencia de los/las demás. Este proceso de socialización siguiendo a Ramírez Serrano (2007) implica que los sujetos deben participar de las fuentes que hacen posibles las relaciones sociales. Dependiendo del éxito o fracaso de este proceso va a depender, en gran medida, no solo la adaptación o supervivencia en la sociedad, sino también la aportación a la sociedad y al futuro de la comunidad de la que formemos parte.

Cabe destacar la importancia que tiene el ambiente social, ya que la conducta humana, en este caso el consumo o no de sustancias psicoactivas, se lleva a cabo dentro de un determinado ambiente, que puede o no llegar a facilitar o frenar el consumo. Así, en ocasiones el consumo o no consumo, viene a ser un elemento de identificación social o de apoyo dentro de un grupo. Como concluye Espada et al. (2003, p. 13), “las influencias sociales tienen mayor impacto en los adolescentes psicológicamente vulnerables, cuyos repertorios básicos de conducta son pobres, por ejemplo, déficits en habilidades sociales o académicas, y con deficiencias o problemas psicológicos como baja autoestima, ansiedad o estrés”.

Existen múltiples elementos que motivan a los/las adolescentes al consumo dentro de los denominados factores de riesgo sociales; de acuerdo con lo indicado por González González (2005), entre ellos tenemos el grupo de amigos, el amigo íntimo drogadicto, la disponibilidad más cercana a las drogas, la crisis de valores, déficit de áreas y alternativas recreativas. Todos estos elementos de riesgo deben ser analizados de forma individual, para poder entender así, cuál de ellos puede ejercer más o menos presión, teniendo siempre en cuenta que cada individuo es único y no reaccionará de la misma forma ante determinados estímulos, que el de al lado.

Observamos, por tanto, que los grupos de referencia más significativos para el/la adolescente, vienen siendo, por un lado, la familia y, por otro el grupo de iguales, que como indican Alfonso Pérez (2008) y García Moreno (2003), influyen en su conducta mediante el modelado, donde el/la adolescente observa y/o replica la conducta de los/las demás, y el reforzamiento social, donde el/la adolescente pone en marcha las conductas y valores considerados como apropiados.

En este sentido, Alfonso et al. (2009) indica que las variables grupo de amigos/as, vulnerabilidad familiar y consumo de drogas han tenido un peso específico en los modelos que mejor modelan el consumo, por tanto, deben ser estudiadas en profundidad para evitar el fracaso de los programas de talla única para al menos si no eliminar totalmente el consumo sí reducirlo considerablemente.

A continuación, se pasarán a analizar de una forma más detallada, aquellas variables más específicas y relevantes que se entienden como factores de riesgo hacia el consumo de sustancias psicoactivas.

1.3.2.3.1. Factores de riesgo familiares: estructura y proceso familiar

Asegura Becoña Iglesias (2007, p. 13), que “el proceso de socialización es fundamental para la vida de cualquier individuo, para que pueda hacerse humano en el grupo cultural en el que ha

nacido”; en este sentido, se entiende que la familia es el núcleo inicial en el que mantenemos nuestros primeros contactos de socialización, es el seno donde hemos nacido; la familia entendida en todas sus dimensiones y diferentes variedades que, como concepto, ha ido cambiando, ampliando sus variedades y adaptándose a la sociedad en la que vivimos.

Siguiendo a Gervilla (2003), como se citó en Gudiño Rivera et al. (2014, p. 21), la familia es “un grupo de personas directamente ligadas por nexos de parentescos, cuyos miembros adultos asumen la responsabilidad del cuidado de los hijos”. De esta forma, Pons (1998), como se citó en Lloret Irles (2015, p. 101), indica que

los padres, intencionadamente o no, son la influencia más poderosa en la vida de sus hijos. La influencia de otros agentes sociales -medios de comunicación, grupo de iguales, escuela, ...- pasan normalmente por el matiz de la familia, que puede tanto amplificar como disminuir sus efectos e influencias, sean estos positivos o negativos.

Cada individuo hereda de sus padres y generaciones de miembros de su familia un mapa genético único y complejo que afecta a su crecimiento y desarrollo en múltiples formas, muchas de las cuales todavía no se comprenden. Parte del impacto de la historia familiar es biológico y puede implicar una transmisión genética del abuso de sustancias. También puede producirse otro tipo de influencia familiar en base al aprendizaje social, ya que lo que el/la niño/a observa dentro de la familia lo incorpora dentro de su repertorio de respuestas.

La familia como grupo y primer agente socializador es uno de los ámbitos más estudiados en el mundo de las adicciones. Como bien es sabido es el ámbito en el que los individuos crecemos, en donde inicialmente se va formando la personalidad, se van adquiriendo valores y normas a través de las experiencias vividas. Como afirma De Lucas Moreno (2014, p. 69) “dentro de la familia se producen una serie de interacciones sociales que influyen en el curso del desarrollo psicológico de la persona (Arranz, 2004; Justicia y Cantón, 2011)”.
62

Desde que nacemos hasta que llegamos al período de la adolescencia, estamos inmersos principalmente en el seno familiar, por lo que es aquí, como se ha señalado con anterioridad, en donde se aprende a comportarse socialmente. A través de la práctica de la recompensa y/o culpas, cuando las conductas que se manifiestan en los/las adolescentes no se ajustan a las priorizadas por la propia familia y la sociedad; por lo que se les debe enseñar desde la familia la base de la estructura personal que va a ayudarles a desarrollar su personalidad futura. Así en esta línea, afirman Laespada Martínez et al. (2004), como se citó en Fernández Bustos (2010, p. 69), que “en este sentido, la familia es un ámbito privilegiado de formación de actitudes, habilidades y valores que permitan, posteriormente, que el sujeto afronte una etapa vital tan decisiva como es la adolescencia”.

La familia se compone de una estructura y funciones que están relacionadas con los roles que existen dentro de ella y que son realizados por los miembros de ésta. En este sentido, la familiar enseña a sus hijos/as las habilidades y los valores para tomar decisiones referentes a varios aspectos importantes, entre los que se incluye el uso y abuso de drogas. Como indica Lloret Irles (2015, p. 101), cuando hablamos de la influencia que puede tener la familia en el inicio del consumo de sustancias psicoactivas, así como en el mantenimiento de

éstas “es entendida como un complejo de dinámicas y procesos que son identificados y analizados para conocer cuales resultan más decisivos en la explicación del consumo de drogas”.

Teniendo en cuenta a la familia como base de la socialización, encontramos una gran diversidad de autores/as que la consideran también el principal agente de riesgo y de protección frente a las conductas desadaptativas. Así bien, esta relación ha sido confirmada por diversos estudios, como los citados en Fernández Bustos (2010, p. 69)

donde se han identificado una serie de aspectos familiares, que van a actuar como factores de riesgo en el consumo de sustancias en adolescentes, que tienen que ver con la estructura y composición familiar; situaciones de riesgo familiares; las actitudes y conductas familiares hacia el consumo de drogas; las relaciones afectivas y comunicación entre padres e hijos; y las prácticas educativas ejercidas por las figuras parentales y la disciplina familiar.

Como afirma Becoña, como se citó en Al-Halabi Díaz et al. (2009, p. 40):

el consumo de drogas tiene como base un proceso de socialización en el que influye de forma destacada la familia, ya que es el ambiente en el que se adquieren determinados tipos de creencias, valores y hábitos que condicionarán más adelante la probabilidad de consumo.

Como afirma Aguirre-Guiza et al. (2017, p. 4):

una familia se configura como un factor de riesgo cuando en la misma se promueven actitudes de consumo de drogas legales o ilegales y más aún cuando el consumo se encuentra presente por parte de padres o adultos, cuando hay baja supervisión sobre los adolescentes, cuando la historia familiar promueve conductas antisociales, alta conflictividad intrafamiliar, abuso físico o psíquico, y de bajas expectativas para los niños en lo que se refiere a su desarrollo personal.

En las diversas investigaciones realizadas sobre este aspecto, se puede observar que existe un cierto consenso en identificar factores de riesgo familiares. Así, siguiendo a Secades y Fernández, como se citó en Fernández Bustos (2010, p.70), mencionan los siguientes: “el tipo de estilo educativo parental, la existencia de destacados conflictos familiares, las actitudes parentales hacia el consumo de drogas, la calidad de los lazos afectivos entre los padres y los hijos, y los estilos de comunicación familiar”.

En el mismo sentido, Moral Jiménez (2006), ha analizado algunos de los principales factores de riesgo y de protección en el ámbito de la familia, entre ellos los relacionados con la comunicación familiar, el estilo educativo, la disciplina, el apoyo, los enfrentamientos, el modelado paterno, la manifestación del afecto, ...). En esta línea también coinciden autores como Musitu et al. (2007, p. 372), en los que refiere que, “las pautas negativas de interacción familiar, como la comunicación deficiente, los frecuentes conflictos, la pobre cohesión, el excesivo castigo, la rigidez en las normas familiares o el consumo de los propios padres, influyen directamente en el consumo de los hijos/as”.

Para Villarreal-González et al. (2010, p. 259), en relación con el contexto familiar se afirma que se constata que,

la existencia de conflictos en la familia y una pobre interacción entre padres e hijos, una disciplina inconsistente o carencia de disciplina, unas expectativas poco claras del comportamiento de los hijos, un control o supervisión pobres, una aplicación excesiva del castigo, escasas aspiraciones acerca de la educación de los hijos, un clima familiar conflictivo, baja cohesión o vinculación emocional entre la familia, escaso apoyo de los padres predice el consumo de drogas.

Hay autores que han realizado una clasificación de los factores de riesgos relacionados con el ámbito familiar, entre ellos cabe citar la clasificación realizada por Forselledo (2012), como se citó en Aguirre-Guiza et al. (2017, p. 3), que categoriza

los factores de riesgo en específicos como son: ausencia de modelos definidos de autoridad y afecto, padres autocráticos, excesivamente rígidos y punitivos, ausencia de la figura paterna, presencia de un padre adicto al alcohol o a las drogas, carencias en los modelos de comportamiento adecuados al contexto social, conflictos en la pareja parental, relaciones familiares que estimulan la dependencia, consumo familiar de sustancias; y menos específicos como: padres permisivos o desinteresados, carencias económicas, carencias en los modelos sexuales de identificación, limitada participación de los padres en la formación de los hijos, expectativas muy altas o muy bajas en relación al éxito esperado de los hijos, y desintegración familiar.

64

En relación con la cuestión base de este trabajo de investigación, que son los factores de riesgo y de protección en relación con el consumo de sustancias psicoactivas, desde el Comisionado del Plan de Galicia sobre Drogas, nos confirman la presencia de estos factores dentro del ámbito familiar, asociados al consumo, entre los que caben destacar, como se recogen en Pedreira Crespo (2008, pp. 7-8):

Factores de riesgo, según su orden de importancia:

1º) Las malas relaciones padres-hijos o la ausencia de conexión entre ambos.

2º) Las malas relaciones entre cónyuges o pareja. Las relaciones afectivas deterioradas o inconsistentes entre la pareja, así como la existencia de pautas de manejo familiar con expectativas poco claras para la conducta deseada y la ausencia de reforzamiento de la misma o un estilo familiar autoritario o permisivo son factores de riesgo que inciden en el consumo de drogas de los hijos. y la comunicación familiar pobre o inexistente aparecen como determinantes con peso para explicar el consumo de drogas en los hijos.

3º) El abuso de alcohol o drogas por parte de los padres. Una actitud más favorable hacia el consumo de drogas por parte de los padres y/o el consumo de drogas parental se va a corresponder con un mayor consumo en los hijos, tanto por el proceso de socialización como por los procesos de modelado que se dan en el aprendizaje.

4º) La presencia de enfermedades mentales o nerviosas en la familia.

5º) El agobio o angustia por la situación económica de la familia.

Por su parte, entre los factores de protección relacionados con el ámbito familiar con una mayor capacidad protectora se incluyen, en orden jerarquizado:

1º) La existencia de unas relaciones familiares estables y satisfactorias. La ausencia de disputas y conflictos en casa de forma habitual es un factor de protección y también lo es que las crisis familiares se puedan resolver de forma adecuada.

2º) El diálogo padres-hijos. La comunicación familiar es de la máxima importancia en el periodo adolescente. Cuando es deficiente, los problemas surgen tanto en lo que se refiere al consumo de drogas como a otros problemas de conducta.

3º) La comunicación. Promover un clima que propicie que los hijos cuenten sus problemas a los padres en casa y que éstos sean capaces de comprenderlos e intenten asesorarlos cuando están en situaciones críticas, sirve para que los hijos se sientan más seguros y resuelvan los problemas de su edad de forma más eficiente.

4º) El apego familiar, la existencia de vínculos y afectivos positivos. Sentirse apegado a la familia es otro de los factores protectores para el desarrollo de estilos de vida libres del consumo de drogas por parte de los hijos. Cuando las relaciones familiares son positivas, con implicación y apego, resultan un factor de protección alto para el consumo de drogas. Una buena cordialidad familiar puede contrarrestar otros factores de riesgo, especialmente si a través de la familia han interiorizado ciertos valores y normas que llevan al rechazo del consumo de determinadas sustancias o, simplemente, a no buscar dicho consumo.

5º) La información veraz y no moralizante. Que los padres hablen a los hijos de los riesgos del consumo de drogas, con naturalidad y sin moralina, ayuda a los hijos a tener una información más acertada de este mundo.

La NIDA (Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas de Estados Unidos), como se citó en Pedreira Crepo (2008), afirma que “la investigación desarrollada a lo largo de las tres últimas décadas indica que muchos de los factores de riesgo con mayor impacto en el desarrollo de problemas relacionados con las drogas se localizan en el ámbito familia” (p. 18).

Para Kumpfer y Turner, como se citaron en Pedreira Crespo (2008, p. 22),

entre los factores familiares que contribuyen a desarrollar una mayor vulnerabilidad frente a las drogas destacan la existencia de un ambiente familiar desestructurado, el consumo de drogas por parte del padre, de la madre o de los otros miembros de la pareja, la incidencia de enfermedades mentales en los padres y la carencia de pautas de gestión familiar adecuadas.

1.3.2.3.2. Influencia del grupo de iguales

Cabe mencionar que es la adolescencia la etapa vital en la que se producen cambios importantes, como son el desarrollo emocional, físico y mental, así como, cuando comienzan a llevarse a cabo las relaciones interpersonales. Como indican Siverio y García (2009), como se citó en Gudiño Rivera et al. (2014), el individuo tiene una serie de ambivalencias y contradicciones ya que se encuentra en un proceso de búsqueda del equilibrio consigo mismo y con la sociedad. Además, es en esta etapa, cuando los/las jóvenes pasan más tiempo fuera de casa, se va produciendo una disminución de las interacciones con las familias y van apareciendo conflictos relacionados con aspectos de la vida diaria, como, por ejemplo: a la hora de fijar tareas para realizar en casa, la forma que tienen de vestirse, el grupo de amistades que les rodea, ... De esta forma, como indican Lynch y Cicchetti (2008), como se citó en Gudiño Rivera et al. (2014, p. 19), “las relaciones con los compañeros van ganando importancia, intensidad y estabilidad, y el grupo de iguales se convierte en el contexto de socialización más influyente”.

Con ello no queremos decir que conforme los/las adolescentes reafirman su individualidad y su autonomía, implique un distanciamiento con sus familias, sino que requieren de éstas de otra forma diferente, como guía o apoyo. Como señalan Martínez González et al. (2009), ello explica que es más probable que los/las adolescentes presten mayor atención a sus familias, cuando sea la hora de tratar temas morales, educativos y, por el contrario, buscarán consejo en las amistades cuando se traten temas como, por ejemplo, elección de amigos/as, cómo pasar el tiempo de ocio, ...

66

Podemos afirmar que el grupo de iguales es uno de los elementos básicos y prioritarios a la hora de comprender el comportamiento y la actitud de los/las adolescentes, “ya que el grupo de compañeros va sustituyendo progresivamente a la familia como referencia y las relaciones más importantes del adolescente se desplazan hacia los compañeros de similar edad e intereses” como afirma Laespada (2004), como se citó en Fernández Busto (2010, p. 83).

En este sentido, podemos definir el grupo de iguales, siguiendo a Grimaldi Rey y Cardenal de la Nuez (2006), como “un grupo social compuesto por personas de edad y posición social similar y con intereses comunes” (p.86).

El grupo de amigos/as, le sirve al adolescente como apoyo y como base en su búsqueda de identidad. Mediante el aprendizaje del grupo de iguales, se abre en los/las adolescentes un campo ilimitado de adaptación social y madurez personal. Según Elzo (2008), como se citó en Ovalles Rincón (2017, p. 161), en los grupos de iguales

las relaciones son cercanas y horizontales, se comparten sentimientos, pensamientos, expectativas de futuro e información sobre la sexualidad, formas de ocio, consumo de alcohol y drogas; en definitiva “las amistades en la adolescencia ganan en intensidad, importancia y estabilidad” (Corchado, 2012, p. 46).

Como señala Herrero Yuste (2003, p. 88) “el grupo puede suponer un riesgo en la medida en que una tendencia grupal excesiva o un deseo violento de ruptura con la etapa infantil o los modelos de autoridad empujen a ello”. En esta línea, observamos que, si en el

grupo existe una tendencia favorable hacia el consumo de sustancias psicoactivas u otras conductas de riesgo, el adolescente se adaptará a las normas de conducta del grupo, asumiendo con ello, los riesgos que esto conlleva. Así, como cita Fernández Bustos (2010, p. 84)

el grupo puede inhibir la responsabilidad individual, favorecer la excesiva dependencia y conformismo, inhibir la toma de decisiones libre y personal o facilitar conductas inadecuadas, entre las que se incluye el consumo de alcohol u otras drogas y otras conductas problema.

Por lo que no podemos olvidar que, la mayoría de las veces, los inicios de los consumos de sustancias psicoactivas se realizan dentro de un contexto grupal y juegan, la mayoría de las ocasiones, un papel socializador.

Durante la historia, nos encontramos con múltiples estudios que se han ido realizando acerca de la capacidad de influencia que tiene el grupo de iguales sobre las conductas problema, principalmente en la etapa de la adolescencia, con el fin último, de tratar de averiguar cuál es el origen, cómo se llevan a cabo, qué variables intervienen, qué se puede mejorar para evitar el consumo que pueda abocar en una futura adicción, ... Como afirman Costa-Pau y Vendrell (2003, p. 142), “es esencial tomar en consideración las dificultades existentes cuando se pretende implementar medidas preventivas sobre drogodependencias que impliquen la modificación de los comportamientos, de los hábitos personales y de la interacción personal”.

Finalmente, como nos indica García Moreno (2003, pp. 76-77), “la influencia del grupo de iguales en el consumo de las sustancias psicoactivas, se encuentra mediada por dos factores: las relaciones de apego e intimidad del joven con respecto al resto de los miembros del grupo y el tipo de droga consumida por los mismos”.

1.3.2.4. Factores de riesgo escolares

Cabe destacar que además del ambiente familiar y del grupo de iguales, como factores importantes en el desarrollo de consumo de sustancias psicoactivas, es de gran relevancia la influencia y la importancia que también tiene el centro escolar, al cual le dedicaremos el presente apartado.

El centro escolar no sólo influye en lo referente a la formación académica, sino también en los diferentes aspectos del desarrollo durante el período vital del niño y de la niña, que va desde la infancia hasta la adolescencia, por lo cual es también uno de los principales agentes socializadores. Como indican Al-Halabi Díaz et al. (2009, p. 40):

esta influencia se ejerce tanto de forma directa a través de los compañeros, los profesores, etc., como de manera indirecta, a través de las actitudes y la implicación que los padres tienen hacia el lugar donde sus hijos cursan sus estudios académicos.

En muchas investigaciones relacionadas con el consumo de sustancia psicoactivas, se toma como punto de partida el entorno escolar como parte importante para el desarrollo de

los/las niños/as y adolescentes. Como bien es sabido, es en la escuela donde se suelen desarrollar gran parte de sus conductas; por lo tanto, no es sólo ese espacio físico en el cual se lleva a cabo la educación formal de los individuos, sino que, es un marco de referencia en el que se empiezan a desarrollar las primeras relaciones entre iguales, las primeras oportunidades de alcanzar logros de forma personal y con un cierto grado de autonomía e independencia, así como, los primeros encuentros con personas de autoridad.

Unos de los pioneros en clasificar estas variables escolares han sido Barca Lozano et al. (1986) destacando entre las más significativas en cuanto a la relación con la aparición del consumo de drogas, las siguientes: la insatisfacción escolar, el fracaso escolar y las características propias de la escuela en cuanto a normas escolares. Por su parte, Becoña Iglesias (2002), indica que “los factores de riesgo escolar que consideramos más importantes son el bajo rendimiento académico y el fracaso escolar, el bajo apego a la escuela, el tipo y el tamaño de la escuela y la conducta antisocial en la escuela” (p. 229).

En cuanto a la ubicación de la escuela, también hay estudios que demuestran la diferencia entre zona rural y zona urbana, en cuanto al consumo de sustancias psicoactivas. La investigación realizada por Bisseto et al. (2012), como se citó en De Lucas Moreno (2014, pp. 99-100) establece que

los alumnos/as de centros ubicados en zonas rurales consumen drogas en mayor proporción que los que no se ubican en dichas áreas, si bien, como en otros factores de riesgo y protección, esto va a depender mucho de otros factores sociales y puede ser modelado por ellos.

68

Otro factor relacionado con la calidad de la escuela, señalado por Ljubotina et al. (2004), como se citó en Fernández Gómez (2006, p. 94), sería el relativo a que “la exposición a situaciones victimización por violencia en el entorno escolar han mostrado también una asociación con el uso de drogas, comorbilidad y otras conductas de riesgo para la salud”.

Peñafiel Pedrosa (2009), hace referencia a los principales elementos que tienen relación con la escuela identificados como factores de riesgo, como son las experiencias escolares negativas, el fracaso escolar y el autoconcepto escolar, el tipo y tamaño de la escuela, pero añade alguno más, como son el estilo educativo, el contacto con las familias y la existencia de normas para el no consumo.

1.3.2.5. Factores de riesgo ambientales-contextuales

El contexto ambiental y contextual son conceptos muy amplios que pueden contener distintos factores de riesgo para el uso/abuso de sustancias.

Cuando hablamos de los estudios que se hacen de la conducta a modo individual, no podemos olvidar ni obviar que también tenemos que tener en cuenta el contexto social en el que se desarrolla, como factor importante en su evolución. Toda actitud y/o valor individual están sujetos en un marco de referencia, en un contexto, adaptándose al entorno en el que le ha tocado vivir, promoviendo ciertas conductas e inhibiendo otras.

Como afirma Lloret Irles (2015, p. 78) “la investigación de los factores macrosociales ha prestado mayor interés a la influencia del bajo nivel socioeconómico, a saber: desocupación, marginación, pobreza y menor acceso a los recursos”. Aunque no podemos olvidar, otras características culturales, como las que han estudiado autores como Saiz y Comas, citados en Lloret Irles (2015, p. 77) “el hedonismo, el materialismo o el individualismo han sido abordados como valores asociados al consumo de drogas”. Uno de los pioneros en tratar estos factores macrosociales ha sido Orte, afirmando que “aportan datos muy generales que posibilitan a grandes rasgos, la conceptualización del problema del consumo de drogas y permiten conocer tendencias” (p. 78).

Siguiendo a Mendoza Carmona y Vargas Peña (2017, p. 149), definiremos factores psicosociales como

circunstancias de carácter psicológico y social que tienen una relación directa o indirecta con otros fenómenos o comportamientos y que pueden ser de orden casual, precipitante, predisponente o simplemente concurrente de los mismos. Por lo tanto, pueden influir como factores de protección o riesgo en el desarrollo y mantenimiento de las problemáticas (Organización Mundial de la Salud, 2002).

Así, una fuente de información importante que no debemos pasar por alto es el medio, ya que juega un papel muy importante en cuanto al uso y/o abuso de sustancias psicoactivas. Como indican Mendoza Carmona y Vargas Peña (2017), la experiencia con sustancias psicoactivas es un fenómeno complejo en la medida que implica la interacción de factores farmacológicos, tales como la dosis, vía de administración y respuesta del usuario; aunadas las expectativas personales y socioculturales. Bien es cierto, que dentro del medio que nos rodea, vivimos en comunidad, encontrándonos también con factores comunitarios que afectan al consumo de sustancias psicoactivas, de tal manera que, en los últimos años, se ha estado investigando en la relación existente entre estos factores comunitarios y el uso de drogas.

A la vista de un gran desarrollo demasiado apresurado, unido a un papel de gran importancia y determinante que tiene el ambiente y los espacios lúdicos y recreativos nocturnos frente al consumo de sustancias psicoactivas, se necesita un mayor entendimiento y claridad de la cultura dominante en materia de salud y, en particular, en lo relacionado con el consumo de drogas. Así, como afirma De Lucas Moreno (2014, p. 84)

las culturas y subculturas recreativas integradas en los países occidentales modernos son un factor de riesgo social potente e infravalorado que está detrás del desarrollo del uso y abuso de drogas, con su énfasis en lo material y en el individuo y la promoción de imágenes e ideales de vida que no se ajustan demasiado bien a las necesidades humanas ni reflejan las realidades sociales.

Por lo que podemos hablar de diferentes factores dentro de la comunidad que afectan al ambiente y al contexto, como pueden ser, entre otros: la desorganización de la comunidad, la privación económica e incluso social, las normas existentes dentro de la comunidad que son favorecedoras del consumo de sustancias psicoactivas, la percepción social de la sustancia, así como la disponibilidad y el acceso a ésta.

Cuando se han empezado a realizar estudios dentro de estos factores, hace ya varios años, se mantenía el pensamiento de que la privación social y económica eran uno de los factores clave para explicar el consumo de sustancias psicoactivas. Pero con el paso de los años, esta hipótesis inicial ha ido cambiando. Como indican Mulia y Karriker (2012), citados en Mendoza Carmona y Vargas Peña (2017, p. 156) “incluso, en ocasiones se afirmaba lo contrario, que era más bien la posibilidad de disponer de una buena cantidad de dinero lo que constituía la causa del consumo de drogas”.

Como bien es sabido, el uso y/abuso de sustancias psicoactivas está relacionado con el ambiente en el cual viven las personas que las consumen. Becoña (2002), como se citó en Fernández Gómez (2006, p. 78) considera que, junto a la desorganización social, otros factores ambientales relacionados con ella (enfermedad crónica, amenaza de violencia, éxito económico) como factores de riesgo ambientales y comunitarios para el uso de drogas, y que sus efectos sobre ese uso de drogas pueden ser relativamente independientes entre sí.

Cuando hablamos de que no se cumplen las normas adecuadas de convivencia y respeto por el medio, no se cuida el material urbano, así como el mantenimiento de aceras, calles, jardines, lugares lúdicos y de ocio, ... hablamos de la denominada desorganización comunitaria.

Es decir, podemos concluir que, tanto el entorno social como sus alrededores, condicionan el inicio del consumo de sustancias psicoactivas, por lo que resulta importante el estudio de la vulnerabilidad social. Autores/as como Saravia et al. (2015) establecen una relación con el nivel de pobreza percibido, donde los adolescentes que se identifican con una situación económica de pobreza no extrema tienen una mayor probabilidad de consumir. Así, tener una situación con mayor apogeo económico podría mitigar las situaciones contextuales previamente mencionadas.

Atendiendo a lo anteriormente comentado, en ambientes pobres, cabe una mayor probabilidad de que las personas desarrollen conductas más problemáticas, comiencen a edades más tempranas a consumir drogas, etc. Cabe destacar que nos encontramos con estudios que demuestran que ciertos factores contextuales mantienen relación directa con el inicio temprano del consumo de sustancias psicoactivas (García Cabrera, 2015).

Dentro de los factores ambientales, hay que mencionar también la importancia que tiene el estrés en el inicio del consumo de sustancias, al igual que en su mantenimiento (Torre et al., 2013). Como se viene observando, si se inicia el consumo de forma temprana, se tendrán más probabilidades de desarrollar un problema con las drogas en la edad adulta, ahora bien, en esta relación también intervienen otros factores de riesgo, contextuales, ambientales, individuales, ...

Cabe hablar también en este apartado, de la publicidad; como afirma Anderson, citado en Mendoza Carmona y Vargas Peña (2017, p. 157) “la publicidad aumenta la probabilidad de que los adolescentes se acerquen al consumo de alcohol, comiencen a beber antes y aumenten las cantidades de alcohol ingeridas”. Salvador y Villalbí, citados en Fernández Bustos (2010, p. 95) afirman que “aunque las compañías niegan este hecho, la realidad muestra que las campañas van dirigidas a incrementar el mercado”. Por lo que puede afirmarse que la

publicidad de las drogas legales va encaminada a aumentar el consumo de las sustancias, y en el caso de que no se sea consumidor/a, intentar captar nuevos/as clientes. Así, Espada et al. (2003, p. 11) afirman en relación con la publicidad que

los anuncios asocian la bebida con valores y estímulos atractivos para los adolescentes, como la amistad, el carácter y la personalidad, la transición a la adultez, el sexo, el riesgo y la aventura, etc. Estos mensajes persuasivos son difíciles de contrarrestar por los adolescentes que en muchos casos carecen de una actitud crítica frente a la explícitamente a población adolescente.

El mero hecho de que un/a menor vea a su alrededor como un acto normal el hecho de fumar, beber sin condiciones, que lo vea anunciado y se transmita como algo bueno, que vea a sus ídolos cometiendo estas acciones, ... hace que la idea que extraiga de estas situaciones sea que es un hecho normal, que no trae o conlleva riesgo alguno.

Cabe mencionar otra variable que viene a ser la percepción social del riesgo, en la cual, autores como Llorens et al. (2004), citados en Mendoza Carmona y Vargas Peña (2017, p. 159) han demostrado “que existe una relación inversa entre el riesgo percibido de una droga en particular y el consumo de la misma, a mayor riesgo percibido, menor consumo y, viceversa”.

Como resumen de lo tratado hasta ahora y conforme a la opinión de diversos autores, entre otros, Gervilla et al. (2011) o Gillespie et al. (2009), citados en De Lucas Moreno (2014, p. 86) podemos afirmar que “la accesibilidad de la sustancia, la forma, el tamaño, la presentación, el modo de obtenerla y el precio, son determinantes importantes para el inicio en el consumo de drogas”. Finalmente, en relación con su disponibilidad, no puede obviarse que la masiva utilización de internet, “también ha favorecido el acceso a estas y la captación de nuevos clientes” (De Lucas Moreno, 2014, p. 84).

1.3.2.5.1. Factores de riesgo externos al individuo

A finales de los años 70, Brunswick (1988), como se citó en Alfonso Pérez (2008), inició un estudio sobre conductas y hábitos de salud en un barrio conflictivo de Nueva York, obteniendo datos de historia de consumo muy elevados en relación con los datos de consumo de la población americana. De esta forma, se establece que el lugar en el que una persona crece y vive influye en la probabilidad de tener mayores o menores oportunidades de consumir drogas. Concluyendo que,

los resultados confirmaron el efecto determinante del contexto en el uso y abuso de drogas, al concluir que, de toda la muestra estudiada, el 18% de los jóvenes negros habían usado en algún momento la heroína y el 42% era aficionado al consumo habitual de cocaína, datos excesivamente altos en relación con los del resto del país para una población de características similares (p. 103)

1.3.2.5.2. Pobreza a nivel individual

Por pobreza nos referimos a nivel individual, a las condiciones de vida que se dan en un contexto con exceso de población, situación de hambre o desnutrición y alojamiento en viviendas que están por debajo de los estándares normales. Esta pobreza acepta de manera directa o indirecta en el consumo de sustancias, teniendo en cuenta, como se cita en el Informe mundial sobre las drogas (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, UNODC, 2018) que, como lo que va a determinar, en general,

la susceptibilidad al consumo de drogas de una persona joven es la conjugación decisiva de los factores de riesgo que están presentes y los factores de protección que están ausentes en una determinada etapa de la vida de esa persona. Los problemas mentales y conductuales que se manifiestan a una edad temprana, la pobreza, la falta de oportunidades, la falta de implicación de los padres y de apoyo social, la influencia negativa de los compañeros y la falta de medios en las escuelas son más comunes entre los jóvenes que tienen problemas de consumo de sustancias que entre los que no (pp. 10-11).

Todavía no existe una comprensión detallada de la relación entre recursos económicos y contexto económico para el abuso de drogas. Aun así, un aspecto importante es la relación entre el flujo de dinero del tráfico de drogas en los barrios pobres y la confianza cada vez mayor de los residentes del barrio en ese dinero.

Cabe mencionar uno de los primeros estudios a nivel nacional realizados en este ámbito por Elgar et al. (2005), como se citaron en un estudio por la Dirección de Salud Pública y Adicciones del Departamento de Salud del Gobierno Vasco y el SIIS Centro de Documentación y Estudios de la Fundación Eguía Careaga (2014), donde utiliza la encuesta *Health Behaviour in School aged Children* (HBSC) en la que se

analizan los referidos al consumo del alcohol entre adolescentes de 11, 13 y 15 años, y ponen de manifiesto que en los países con alta desigualdad (según el índice de Gini) los y las adolescentes tienen más probabilidades de consumir alcohol que en los de baja desigualdad, aunque la correlación es muy pequeña, porque también lo son las diferencias de riesgo entre los distintos grupos de países examinados. En cuanto al número de borracheras, los/as adolescentes de 11 años de países con alta desigualdad registran una probabilidad de consumo más alta –aunque, de nuevo, la correlación es poco significativa–, mientras que los/as de 15 años que viven en países de desigualdad intermedia tienen menor riesgo de haberse emborrachado en numerosas ocasiones que sus homólogos de países con baja desigualdad. Este estudio destaca dos conclusiones: a) que, en contra de lo previsto, la desigualdad de ingresos sólo influye en el consumo y las borracheras de los/as adolescentes más jóvenes; b) que se observa un gradiente social en el consumo de alcohol, pero no en el número de borracheras (p. 46).

1.3.2.5.3. Delincuencia a nivel individual

La relación entre delincuencia y abuso de drogas es fuerte y compleja. Desde una perspectiva temporal, la implicación inicial en conductas delictivas ocurre antes de que se dé el primer inicio en el uso de drogas ilícitas. Algunos investigadores como White et al. (2000), como se citaron en Fernández Gómez (2006), consideran que el abuso de drogas y la delincuencia forman parte de una pauta general de rebeldía e inconformidad. Este supuesto se ha denominado como "síndrome de desviación", o como evidencia de una "personalidad antisocial". Entre los jóvenes procesados por crímenes violentos, la mitad informó que habían consumido alcohol u otras drogas antes de realizar actos delictivos; el 40% utilizó drogas inmediatamente antes de cometer la ofensa por la que fueron juzgados.

Una de las principales razones de preocupación sobre la relación entre el abuso de drogas en la adolescencia y la delincuencia, es la posibilidad de que ambas conductas persistan; es más, juntas pueden conducir a una carrera delictiva. La evidencia empírica sugiere que este es el caso en una minoría de jóvenes que son muy activos tanto en conductas delictivas como en el abuso de drogas. Es importante señalar que en estos casos suele darse una privación económica, una desorganización familiar y un funcionamiento inadecuado en las relaciones familiares. Quizás lo más importante es que estas condiciones pueden observarse y contarse. Son factores de riesgo que podrían utilizarse para diseñar programas específicos de intervención y que podrían ir más allá de las intervenciones que se realizan a nivel escolar y comunitario.

En resumen, el estatus socioeconómico no tiene un impacto directo en la etiología del abuso de drogas. Sin embargo, otros factores como crecer en un vecindario con una alta tasa de crimen, disponibilidad de drogas, actitudes permisivas hacia su uso y la asociación con compañeros delincuentes son factores que contribuyen a la etiología sobre el abuso de drogas.

1.3.3. CARACTERÍSTICAS DE LOS FACTORES DE RIESGO: LEYES GENERALES

Se han de tener en cuenta varios principios que se deben tener en cuenta al referirse a factores de riesgo. Los factores de riesgo (características individuales o condiciones ambientales) pueden estar o no presentes cuando se da una conducta de uso/abuso de drogas; así, cuando un factor está presente, indica que la probabilidad de que una persona use o abuse de drogas será mayor que cuando no lo está. Por esta misma razón, la presencia de un solo factor de riesgo no asegura que se vaya a producir un abuso, y de modo complementario la ausencia de ese factor no garantiza que el abuso no vaya a producirse. Las mismas acciones se producen en el caso de los factores de protección.

En resumen, el abuso de las drogas es el resultado de muchos factores de manera y es probabilístico. Este carácter de probabilidad se relaciona directamente con el número de factores de riesgo que se presenten, aunque este efecto aditivo puede atenuarse atendiendo a la naturaleza, el contenido y el número de factores de riesgo que se presenten.

La mayoría de los factores poseen una multiplicidad de dimensiones que pueden llegar a medirse; por ello es importante reconocer que cada uno puede influir tanto de forma independiente como de forma global en el abuso de las drogas.

En el campo de la intervención y de la prevención, las intervenciones directas son posibles con algunos factores de riesgo y pueden llevar a eliminarlos o reducirlos, así como a disminuir la probabilidad del abuso. En otros factores no se da la posibilidad de intervenir de manera directa, por ello el objetivo ha de centrarse en atenuar la influencia que produce dicho factor, reduciendo así la probabilidad de que se desemboque en el consumo de drogas.

Los distintos factores de riesgo no se asocian de manera homogénea con los/las consumidores/as de droga en general, sino que lo hacen de forma discriminante según los tipos de droga de que se trate. Los/las consumidores/as de droga-medicamento, por ejemplo, se hallan en una situación de integración social bastante estable y que, tanto por las motivaciones explicitadas, como por la nula o escasa presencia de factores de riesgo, no es predecible en ellos/as un comportamiento divergente. Hay a su vez un grupo de consumidores/as donde varios de los factores de riesgo analizados están muy presentes y probablemente actuando de forma sistemática en la generación y mantenimiento del hábito tóxico.

En consumo de riesgo mayor según Pinazo et al. (2002) el factor de riesgo más usual es el de las actitudes existenciales básicas en el polo negativo: escepticismo, hedonismo, egocentrismo e increencia. Las motivaciones explícitas pasan a ser huida y pasotismo. Se convierte en la confirmación de una personalidad muy negativa y marginal de difícil integración social.

El segundo factor de riesgo es el rechazo de los valores sociales, exceptuando la libertad que se convierte en su paradigma esencial, y la amistad (sentido instrumental). Se da poca inhibición en la valoración de la normativa social. El factor psicológico de malestar y frustración también se asocia fuertemente con el consumo de heroína, analgésicos morfínicos, cocaína y tranquilizantes e hipnóticos. Este factor retroalimenta el hábito de consumo, es decir, la ansiedad (incluida la abstinencia) que favorece el consumo para disminuirla.

Encontramos también siguiendo a Navarro Botella (2000) factores de riesgo ambientales dentro de los cuales el principal es el de relaciones familiares negativas, especialmente si se unen a una situación de paro. Otros factores de riesgo menos intensos serían aquellos que recogen situaciones económicas difíciles y falta de expectativas. Sin embargo, por otro lado, que Navarro (2000) como se citó en Peñafiel Pedrosa (2009) “también se han detectado como factores de protección, el que los padres mantengan contacto con los profesores y el hecho de que el adolescente mantenga buena relación con los profesores” (p. 84).

El consumo de determinadas drogas, especialmente las de efectos más destructivos y marginadores, es un fenómeno de profunda raíz social. La existencia de determinadas situaciones personales y familiares negativas, y muy especialmente, la configuración de unas actitudes ante la vida y la sociedad egocéntricas e instrumentales, son los principales factores de riesgo en el desarrollo y mantenimiento de la conducta tóxica. El rechazo del contexto

cultural y la débil integración social de estas personas, junto al apremio de conseguir la droga, explica el comportamiento anómico. En el área de las posibles intervenciones que se abre tras este análisis aparecen la desintoxicación, persecución del tráfico y reinserción social (reconstruir la personalidad e identidad social). Pasando a un campo más preventivo, se necesita, además de la recuperación personal, un cambio social que acabe con la ambigüedad de valores y la falta de sentido.

1.3.4. CLASIFICACIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO

Muchos han sido los intentos por determinar la lista de factores de riesgo potenciales. Entre los principales estudios se encuentran los de tres equipos que presentaron casi simultáneamente listas similares por un lado Bry et al. (1996), como se citó en Becoña Iglesias (2002) por otro Labouvie, & Macgee (1996) y por último Newcomb (1997).

Newcomb et al. (1988) tan sólo aceptaron seis de los factores de riesgo identificados por Bry et al. (1996), como se citó en Becoña Iglesias (2002), que son: la nota media en el colegio, ausencia de religión, psicopatología, pobre relación con los padres, uso temprano del alcohol y baja autoestima, y añadieron otros cuatro, no conformidad, búsqueda de sensaciones, percepción de disponibilidad y percepción de normas referentes al uso de drogas.

Labouvie, & Macgee (1996), organizaron los doce factores de riesgo bajo cuatro: riesgo psicológico, familiar, escolar y riesgo de los amigos.

Hay dos factores de riesgo identificados por Bry et al. (1996), como se citó en Becoña Iglesias (2002) que no fueron cubiertos por Labouvie, & Macgee (1996): ausencia de religión e inicio temprano del alcohol. Además, hay dos factores de riesgo identificados por Newcomb et al. (1988) que no fueron descubiertos por Labouvie & Macgee (1996): falta de conformidad y percepción de disponibilidad. Esto se produjo debido a que estos últimos intentaron obtener indicadores múltiples de la mayoría de sus dominios básicos. En vez de especificar la autoestima, descompusieron el constructo autoestima en autoanulación y autoconfianza. En el caso de las relaciones pobres con los padres, dividieron este constructo en dos dimensiones: calor paterno y control paterno hostil.

Howkins et al. (1992) hicieron el intento más ambicioso para organizar los factores de riesgo específicos de los/las adolescentes en el uso y/o abuso de drogas. La mayoría de estos factores coincide o se solapa con los identificados inicialmente por Bry et al. (1996), como se citó en Becoña Iglesias (2002). Sin embargo, hay tres dominios adicionales introducidos: factores ambientales y contextuales (leyes y normas, disponibilidad de las drogas, privación económica extrema, desorganización de la vecindad, factores relacionados con la organización de la escuela); factores neurofisiológicos (trastorno por déficit de atención con hiperactividad, deterioro cognitivo causado por un daño, inteligencia, alteración hormonal); y, en último lugar, transmisión intergeneracional (vivir con padres y hermanos que abusan del alcohol y/o drogas). A su vez, Maciá (1995) resalta que, como se citó en Becoña Iglesias (2002, p. 300),

la adolescencia es una edad crítica para la formación de la persona. En la misma tiene que desarrollarse a nivel físico, emocional, social, académico, etc. La búsqueda de la

autonomía e identidad son elementos definidores de la misma. Esto se va a ver favorecido o no por su historia previa, por el apoyo/no apoyo y comprensión de su familia, existencia o no de problemas en la misma, grupo de amigos, etc.

Y por todo ello, propone tres únicos dominios que incluirían los factores sociológicos, fisiológicos y psicológicos.

Por otra parte, existen los estudios proporcionados por Pollard et al. (2003) y Muñoz-Rivas (2000), como se citaron en Muñoz Preciado et al. (2017), quienes se han centrado en revisar los factores de riesgo y protección, teniendo en cuenta los que, en su opinión, son más relevantes, dividiéndolos en cuatro dominios: comunidad, escuela, familia e individual-iguales.

En el dominio de la comunidad, los factores de riesgo considerados son: el bajo apego en la crianza, la desorganización comunitaria, las transiciones y movilidad, las leyes y normas favorables al uso de drogas y la disponibilidad percibida de drogas y armas de fuego; mientras que los factores de protección son: los refuerzos por su implicación en la comunidad y las oportunidades por la implicación en la comunidad.

En el dominio de la escuela, los factores de riesgo considerados son: el bajo rendimiento académico y el bajo grado de compromiso con la escuela; mientras que los factores de protección son: los refuerzos por su implicación en la escuela y las oportunidades de implicación.

Dentro del dominio de la familia, los factores de riesgo considerados son: la baja supervisión familiar, la baja disciplina familiar, el conflicto familiar, la historia familiar de conducta antisocial y las actitudes parentales favorables a la conducta antisocial y al uso de drogas; mientras que los factores de protección son: el apego a la familia, las oportunidades para la implicación familiar y los refuerzos por dicha implicación.

En el dominio individual-iguales, los factores de riesgo considerados son: la rebeldía, la temprana iniciación en la conducta antisocial, las actitudes favorables al uso de drogas, la conducta antisocial de los/las iguales, el uso de drogas por los/las iguales, el refuerzo por parte de los/las iguales de la conducta antisocial, la búsqueda de sensaciones y el rechazo de los/las iguales; mientras que factores de protección son: la religiosidad, la creencia en el orden moral, las habilidades sociales y el apego a los/las iguales.

Muñoz (1998), como se citó en Becoña Iglesias (2002), también efectúa una revisión extensa de los factores de riesgo y protección,

que agrupa en ambientales/contextuales, individuales (genéticos, biológico-evolutivos y psicológicos) y factores de socialización. Por ejemplo, dentro de los psicológicos considera la depresión y la ansiedad, las características de personalidad (búsqueda de sensaciones, personalidad antisocial), actitudes favorables hacia las drogas y ausencia de valores ético-morales (pp. 25-26).

En relación con los factores ambientales-contextuales, señala que el uso precoz de drogas y el posterior abuso depende de la existencia de leyes o normas sociales tolerantes hacia el uso de alcohol u otras drogas o hacia comportamientos desviados; estar en situación

de privación económica importante como el chabolismo; residir en barrios con carencias de recursos o servicios públicos, con una alta densidad de población y con porcentajes altos de delincuencia y marginalidad; pertenecer a familias con un historial previo de consumo; iniciarse a una edad temprana en el consumo; un bajo nivel de satisfacción personal al inicio del consumo, la presencia de estados afectivos y una alta frecuencia de trastornos del estado de ánimo.

Dentro de los individuales, se refiere a factores que están relacionados con la genética de los individuos, características biológicas o psicológicas. Así, entre los psicológicos, recoge, por ejemplo, la depresión y la ansiedad, las características de personalidad (búsqueda de sensaciones, personalidad antisocial), actitudes favorables hacia las drogas y ausencia de valores ético-morales.

La presencia en la infancia o en la adolescencia de rasgos de personalidad tales como agresividad, el aislamiento social, una baja resistencia a la frustración y búsqueda constante de emociones, satisfacciones y aventuras; la presencia en la infancia de problemas de conducta de carácter antisocial y trastornos como la hiperactividad o trastornos por déficit de atención.

En cuanto a los factores de socialización, señala el mantener actitudes permisivas o favorables hacia el consumo de sustancias o hacia el peligro que éste puede llegar a suponer; la ausencia de valores ético-morales, el predominio de valores personales en ausencia de valores pro-sociales y tradicionales (religión), una alta tolerancia a la desviación, una fuerte necesidad de independencia y ausencia de normas y la escasa interiorización de las demandas sociales de autorrestricción de impulsos; el pertenecer a familias mono-parentales; el ser hijos de trabajadores no cualificados o parados; la existencia de pautas de manejo familiar inconsistentes con expectativas poco claras para la conducta deseada y la ausencia de reforzamiento contingente a la misma, un estilo familiar autoritario o permisivo; la ausencia de conexión padre-hijo, relaciones afectivas deterioradas o inconsistentes; la comunicación familiar pobre o inexistente; la pertenencia a hogares con un alto nivel de conflictos; el uso de drogas por parte de los padres, actitudes permisivas con respecto al uso de sustancias; la asociación con compañeros consumidores de drogas, fuerte implicación emocional con respecto al grupo de iguales, la identificación con grupos no convencionales; y, el fracaso escolar, un bajo rendimiento escolar o el abandono temprano de la escuela, son factores a tener en cuenta.

Como conclusión a todas las clasificaciones de los factores de riesgo se ve que todas ellas mantienen la idea de fondo de que dichos factores tienen repercusión tanto a nivel intrapersonal del individuo, como a nivel conductual e interaccional.

Las clasificaciones intentan incluir factores psicológicos, de personalidad, de estilos de afrontamiento, etc., añadiéndose últimamente una serie de factores fisiológicos que también se van perfilando como importantes a la hora de delimitar posibles influencias y predisposiciones hacia el consumo de drogas. A su vez trazan puentes hacia el mundo social, ambiental, de relaciones familiares y con los iguales, descubrir posibles influencias del ambiente como caldo de cultivo de un problema con las drogas. El mundo de la cultura, la publicidad, la economía estaría recogido en este dominio.

Por último, se haría referencia de uno u otro modo al ámbito de los valores personales y las creencias del individuo. Las diferencias entre los distintos grupos de trabajo se derivan de la operacionalización de estos dominios básicos y de sus posibles divisiones y subdivisiones.

1.3.5. FACTORES DE RIESGO CON PRESENCIA EN LA ADOLESCENCIA

De los primeros estudios que podemos encontrar en España acerca de los factores de riesgo en adolescentes, cabe mencionar el de Freixa Sanfeliu (1993), en el cual podemos comprobar que analizó como factores de riesgo características individuales más que las condiciones ambientales o contextuales.

En dicho estudio se constata que, de la muestra total, el 14% había consumido cigarrillos de forma considerable, el 2% alcohol, el 8% marihuana y el 3% otras drogas ilícitas. El porcentaje de consumidores/as altos/as estaba directamente relacionado con el número de factores de riesgo presentes. Por ejemplo, sólo el 1% de los/las estudiantes que informaron no tener ningún factor de riesgo consumían marihuana directamente, en comparación con el 56% de los que tenían siete o más factores de riesgo. Efectos lineales parecidos se encontraron en las demás drogas.

Por otra parte, aunque el 51% de la muestra participante había usado marihuana en algún momento de su vida, sólo el 22% la había consumido sin presentar ninguno de los factores de riesgo medidos en comparación con el 94% de los/las que presentaban siete o más factores de riesgo medidos. También se encontraron diferencias similares en relación con las otras drogas estudiadas.

En otros estudios realizados con posterioridad (Becoña Iglesias, 2002; Fernández Hermida, & Secades, 2008; Laespada Martínez et al., 2004; Navarro, 2003; Peñafiel Pedrosa, 2009), se han definido y clasificado otra serie de factores teniendo en cuenta diferentes variables como las familiares, las escolares, las grupales, las laborales, las comunitarias, las personales, los valores, etc. El análisis de los resultados proporcionados por diferentes estudios (Becoña Iglesias, 2011) ha permitido el desarrollo de un modelo centrado en los denominados factores de riesgo y protección que intervienen en los procesos de adquisición y mantenimiento del uso de sustancias (Burkhart, 2011; Dewit., 1995; Hawkins et al., 1992; Mrazek y Haggerty, 1994; Morin y Collins, 2000; National Institute on Drug Abuse, 2003; Petraitis et al. 1998; Tobler, 1997).

Con el fin de tener un punto de partida y conocer las investigaciones que se están llevando a cabo o se han llevado en este ámbito, se ha realizado una búsqueda de trabajos de investigación, que sirven de guía, mencionando a continuación algunos de ellos:

En la investigación de Cava et al. (2008), los resultados obtenidos indican que una adecuada comunicación familiar es un factor de protección, mientras que una elevada autoestima social se plantea como factor de riesgo en la adolescencia media. La autoestima familiar y las actitudes hacia la autoridad de la persona adolescente son también factores relevantes en ambas muestras.

En el estudio teórico de Díaz y Sierra (2008), se han estudiado los factores que facilitan el consumo, y el no consumo, para descubrir estrategias preventivas adecuadas que faciliten la disminución de la ingesta y evitar que ésta se produzca.

En la realización del estudio de Gil Flores (2008), se han tomado en consideración una serie de variables personales, familiares, escolares y sociales, a partir de las cuales se han identificado una serie de factores de riesgo, que incrementan el riesgo de participación en las prácticas de consumo de alcohol, y aspectos que atenúan ese riesgo actuando como factores de protección. Los resultados apuntan, como principales factores de riesgo, la opinión favorable de los/las estudiantes hacia el consumo de alcohol, así como la participación del grupo de amigos/as en el botellón, las actitudes paternas positivas hacia la participación de sus hijos/as en este tipo de prácticas y la insatisfacción personal de los/las estudiantes con la vida que llevan. Como factores de protección se encuentran el control que se ejerce desde el ámbito familiar en relación con las salidas de los/las jóvenes, la dedicación de los/las estudiantes a las tareas de estudio, y su percepción de los efectos negativos que conlleva el consumo de alcohol.

En la investigación de López Larrosa, & Rodríguez-Arias Palomo (2010), se han detectado los factores protectores y de riesgo en la comunidad, la familia, la escuela y el grupo de iguales/individuo, las diferencias en protección y riesgo según edad y sexo y la relación entre dichos factores y consumo. Los factores de riesgo son altos en comunidad, escuela e individuo. Se han observado además que se dan diferencias según el sexo, contando los chicos con menos protección y más riesgos que las chicas. Los factores de riesgo más relacionados con el consumo de sustancias son la disponibilidad de drogas, las actitudes familiares favorables al consumo, la historia familiar de conducta antisocial, el inicio temprano y el consumo de las amistades, el riesgo percibido con respecto al consumo y las actitudes favorables al consumo. Entre los factores de protección destaca el papel de las habilidades sociales frente al consumo de alcohol.

El objetivo del estudio de Fuentes et al. (2015), fue analizar los factores de protección o riesgo de los estilos educativos parentales para el consumo de alcohol, tabaco, cannabis y otras drogas, considerando la interacción de los estilos parentales con la peligrosidad del barrio. Se clasificaron las familias según el estilo educativo (autoritativo, indulgente, autoritario o negligente) y el riesgo percibido en el barrio (alto o bajo). Los/las adolescentes de familias indulgentes mostraron el menor consumo en las sustancias evaluadas, mientras que los de familias autoritativas, autoritarias y negligentes mostraron un consumo mayor. Además, los/las adolescentes de barrios de alto riesgo mostraron el mayor consumo. El estilo educativo indulgente, actuando fundamentalmente mediante el afecto y no con la imposición, ejerce de factor protector independientemente de la peligrosidad del barrio. Se destaca la importancia de fomentar esta actuación parental en programas de prevención e intervención, promocionando estrategias educativas específicas que mejoren el afecto, la comunicación y la implicación parental.

En el estudio de Guillén et al. (2015), se han analizado vínculos entre algunas variables socio-demográficas, familiares, personales y sociales con el comportamiento del consumo de alcohol. Los resultados muestran fuertes lazos entre las variables analizadas y el consumo de

alcohol de los/las adolescentes. El modelo predictivo ajustó relativamente bien incluyendo variables como la edad, control parental, relación padre-adolescente, presión del grupo, comportamiento antisocial y percepción de riesgo.

1.3.6. RETOS ACTUALES DE LA INVESTIGACIÓN DERIVADOS DEL MODELO SOBRE FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN

La investigación disponible sobre los factores de riesgo y protección en relación con las drogodependencias constituye la base que en la actualidad está propiciando la construcción de una ciencia preventiva basada en la evidencia, y consecuentemente, permite avances clave en el conocimiento de estrategias eficaces en reducción de la demanda de drogas. Sin embargo, queda todavía mucho camino por recorrer. Entre las prioridades inmediatas en este ámbito, se pueden destacar las ideas que se comentan a continuación.

La profundización en el conocimiento de los factores de riesgo y de protección se considera una de las principales prioridades ya que, a pesar de los avances hasta la actualidad, no pueden establecerse relaciones causales entre los factores de riesgo y el consumo individual de drogas o la aparición de problemas vinculados con dicho consumo. Las asociaciones más potentes hasta el momento se centran en el impacto de los factores de riesgo de carácter ambiental o contextual.

El desarrollo actual de la investigación no permite todavía identificar cuáles son los factores, de carácter individual, psicológico y social del entorno inmediato, cuya modificación o mediación va a ser más eficaz para reducir el consumo de drogas en una persona en concreto. Se requiere el desarrollo de nuevos estudios capaces de identificar relaciones causales en la etiología del abuso de drogas.

En esta misma línea, la investigación disponible sobre factores de protección no permite hablar de relaciones causales predictivas de resiliencia. Por ello, hay que señalar la necesidad de analizar con mayor profundidad todos los factores asociados con este constructo, así como validar programas preventivos basados en el refuerzo de la resiliencia.

Profundizar en el conocimiento de los factores de riesgo y protección en contextos culturales distintos a la cultura anglosajona puede considerarse otra de las prioridades a tener en cuenta, ya que, a pesar de la creciente disponibilidad de estudios realizados en contextos culturales diversos, la mayor parte de los que existen continúan basándose en el modelo sobre factores de riesgo y de protección que proviene del ámbito de la cultura anglosajona. Queda por ello, todavía un amplio campo de estudio centrado en las diversas realidades existentes, por ejemplo, dentro de las culturas europeas o latinoamericanas.

Otro aspecto a tener en cuenta ha de ser centrarse en buscar la mejora de la calidad de los diseños experimentales. La validación de los modelos preventivos requiere analizar diferentes estudios experimentales de campo, es decir, sin contar con las relativas ventajas de proporciona un estudio de laboratorio o clínico. Debido a esta dificultad, la investigación en este ámbito es lenta y costosa. Puede que sea posible que el fallo de los programas en producir efectivos preventivos consistentes y a largo plazo pueda ser debido a una variedad de

factores de incluyan como, por ejemplo, una falta de financiación, fallos en la formulación de aspectos teóricos, entre otros.

En lo anteriormente comentado se hace necesaria también la diversificación de las estrategias y el estudio de su impacto. El análisis de las características de los programas ensayado durante los últimos años ha mostrado que la investigación sobre el consumo de drogas se ha preocupado, principalmente, de implantar y evaluar programas desarrollados en el ámbito escolar.

El conocimiento de los factores de riesgo y de protección de carácter contextual e individual sugiere la necesidad de estudiar la eficacia de intervenciones que abarquen estrategias de modificación del contexto, de aplicación de estrategias legislativas de protección y de control, de influencia social e individual y de desarrollo de competencias personales.

Por último, y no menos importante, cabe señalar que es preciso profundizar en las implicaciones que, en la práctica preventiva, pueden tener los crecientes avances obtenidos por la investigación en el ámbito genético y de la biología.

1.4. PREVENCIÓN EN DROGODEPENDENCIAS

1.4.1. EL PORQUÉ DE LA PREVENCIÓN Y CUÁNDO

El consumo de drogas entre la población adolescente ha venido aumentando, de forma considerable en los últimos años, llegando a ser considerado un problema importante en la sociedad actual.

Cabe destacar el papel importante que juega la psicología en la prevención del consumo de drogas, ya que ayuda a comprender la conducta de consumo, el por qué unas personas consumen y otras no y a explicar los motivos que las llevan a hacerlo o no.

Seguindo a Becoña Iglesias (2011, p. 5) son tres los motivos fundamentales por los que se debe prevenir el consumo de ciertas drogas dentro de la población adolescente, niños/as y adultos/as jóvenes:

- El primero, más evidente y conocido, se refiere a que, si se consigue que las personas no fumen cigarrillos o cannabis, ni beban abusivamente alcohol, se evitará que, cuando sean adultas, se conviertan en personas adictas o abusadoras.
- El segundo motivo se refiere a que es sabido que, si la persona no consume, evita enfermedades físicas directamente relacionadas con ese consumo y también la probabilidad de que padezca trastornos mentales en su vida adolescente y adulta.
- Y, en tercer lugar, si se previene que los/las jóvenes consuman tabaco y alcohol, también se estará previniendo que consuman en el futuro otras drogas como cocaína, cannabis o drogas de diseño.

Por lo visto hasta ahora, puede afirmarse que el que nadie consuma drogas no puede ser el objetivo de la prevención, ya que se trataría de un objetivo irreal y utópico. Lo que sí puede llegar a ser más realista e ideal es poder conseguir que los/las adolescentes retrasen el inicio en el consumo o que la gran mayoría no llegue a consumir y, en el caso, de los/las que lo hagan, lo realicen de la forma más esporádica posible. De esta forma, como indican Becoña Iglesias et al. (2011, pp. 260-261), los programas que se diseñen para prevenir el consumo han de centrarse en incrementar los factores de protección disminuyendo los factores de riesgo, modificar el contexto ambiental de las personas y poner en marcha acciones que frenen el consumo.

En cuanto al momento en que se deben desarrollar estas acciones, las diferentes investigaciones apuntan que los períodos claves para el riesgo del abuso de drogas en los/las niños/as y adolescentes son en las fases de transición: acudir a la escuela abandonando la seguridad de la familia, el paso a la educación primaria, la adolescencia temprana, el inicio de la educación secundaria, en el paso a la universidad o al empleo (Robertson et al., 2004, p. 9).

1.4.2. TIPOS DE PREVENCIÓN

Cuando se habla de prevención, cabe mencionar las primeras propuestas realizadas por Caplan en los años 80, uno de los pioneros en trabajar en este ámbito, el cual ya establecía la diferenciación entre tres tipos, como indica Fernández Bustos (2010, p. 153):

- Prevención primaria, en la cual se interviene antes de que surja el problema teniendo como misión impedir su aparición, evitando los factores de riesgo y desarrollando los factores de protección.
- Prevención secundaria, cuyo objetivo se centra en localizar y tratar lo antes posible el problema que no ha podido ser impedido por la prevención primaria.
- Prevención terciaria, se lleva a cabo algún tiempo después de que el problema se haya declarado con el objetivo de evitar complicaciones y recaídas.

Desde sus inicios hasta hace algunos años, en el campo de la prevención se pueden encontrar diferentes clasificaciones en cuanto a los tipos de prevención en drogodependencias, teniendo en cuenta las diferentes etapas en las que se encuentre el hecho o fenómeno a estudiar, los aspectos más prácticos o la población a la que va dirigida. Así, como señala García Moreno (2003, pp. 93-94), en sentido clásico se distinguen los tres niveles de actuación señalados con anterioridad (prevención primaria, secundaria y terciaria) pero también es preciso conocer otros tipos de concepciones de la prevención ligadas al marco conceptual que diferencian dos concepciones que responden a una clasificación operativa:

- Prevención inespecífica, donde el problema que se pretende prevenir se incluye dentro de un enfoque global de promoción de la salud y suele llevarse a cabo en la etapa de educación primaria (6-12 años).
- Prevención específica, que suele llevarse a cabo a lo largo de la educación obligatoria (12-16 años), y que emplea programas de formación y entrenamiento para la prevención de problemas concretos como es el consumo de drogas y las consecuencias derivadas de un uso abusivo de las mismas.

Más recientemente, se está aceptando una clasificación aceptada por el NIDA que distingue los siguientes tipos de intervención (García Moreno, 2003; Fernández Bustos, 2010):

- Prevención universal: dirigida a todos/as los/las adolescentes, que incluye programas preventivos escolares que tratan de fomentar habilidades y clarificar valores. Es la prevención que va dirigida a la población en general, beneficiando a todos/as por igual.
- Prevención selectiva: dirigida a grupos de riesgo, adolescentes que se encuentran en una situación de riesgo de consumo mayor que el promedio.
- Prevención indicada: dirigida a aquel subgrupo de la comunidad, individuos de alto riesgo, que suelen ser consumidores o que ya tienen problemas de comportamiento.

1.4.3. OBJETIVOS EN LA PREVENCIÓN

En la Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024 (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2018, p. 24) se mantiene el compromiso ya establecido en su momento en el Plan Nacional sobre Drogas, en el que se encuentra como máxima garantizar la reducción de la oferta y la demanda. De esta forma, entre los objetivos generales se encuentran los siguientes:

- Disminuir los daños asociados al consumo de sustancias con potencial adictivo y los ocasionados por las adicciones comportamentales.
- Disminuir la presencia y el consumo de sustancias con potencial adictivo y las adicciones comportamentales.
- Retrasar la edad de inicio a las adicciones.

No obstante, teniendo en cuenta la situación actual adolescencia-consumo, hoy en día la prevención se enfrenta a continuos nuevos retos, mencionados en el Plan Nacional sobre Drogas, que dan lugar a que se planteen también una serie de objetivos estratégicos que el Plan Nacional sobre Drogas recoge en su Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024 (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2018, p. 31),

- Reducir la presencia y la promoción de las drogas y de otras conductas susceptibles de generar adicción.
- Limitar la accesibilidad de los/las menores a las drogas y a otras conductas susceptibles de adicción.
- Promover una conciencia social de riesgos y daños provocados por las drogas y adicciones, aumentar la percepción del riesgo asociado al consumo y a determinadas conductas adictivas (juego, TICs– Tecnologías de la Información y de la Comunicación-) y contar con la participación ciudadana a este propósito.
- Reducir la injustificada percepción en la sociedad y especialmente en menores, sobre la “normalidad” de los consumos de drogas, fundamentalmente de cannabis y de alcohol.
- Desarrollar habilidades y capacidades personales que reduzcan la vulnerabilidad frente a los consumos de drogas y otras conductas susceptibles de provocar adicción.
- Promover conductas y hábitos de vida saludables, uso saludable de las nuevas tecnologías y alternativas de ocio sanas, incompatibles con el abuso de sustancias y otras conductas adictivas.
- Detectar precozmente y prevenir los consumos de mayor riesgo (consumo por parte de menores, embarazadas, durante la conducción de vehículos, etc.).

Sumado a todo lo anterior, cabe hacer referencia a la encuesta escolar ESTUDES (OEDA, 2022) que el Plan Nacional sobre Drogas viene realizando bianualmente desde 1994-1996, cuyo objetivo general se centra en obtener la información necesaria y lo más realista

posible para poder diseñar políticas que puedan prevenir el consumo y los problemas que surgen derivados del consumo de drogas, dirigidos fundamentalmente al medio escolar y familiar. Partiendo de dicha encuesta, Fernández Bustos (2010, p. 154) enumera los siguientes objetivos centrados en conseguir la prevención de las drogodependencias:

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

1.4.4. PRINCIPIOS DE PREVENCIÓN

La prevención de las drogodependencias se justifica en sí misma como respuesta a la elevada incidencia y relevancia del abuso de sustancias en nuestro país; por el contrario, los programas de prevención de drogodependencias necesitan, para la justificación de su existencia, el cumplimiento de tres principios básicos que ya en 1997, el Plan Nacional sobre Drogas (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 1997, p. 140) ponía de manifiesto, incidiendo en que se debe de partir siempre de una previa evaluación de necesidades en la que se pueda sostener la aplicación del programa, ajustándose a lo que realmente es necesario y poder así, dar una respuesta a los diferentes problemas detectados:

- 1º. Deben tener una adecuada correlación con las características del problema en el seno del colectivo social en el que se desarrolla el programa, debiendo para ello estar debidamente ajustados a la valoración previa de las necesidades.
- 2º. Deben cumplir unas exigencias metodológicas en su planificación, implementación y evaluación.
- 3º. Deben estar basados en teorías contrastadas, debiendo estar consideradas, por tanto, como áreas de trabajo científicas.

No obstante, estos principios básicos han ido aumentando en función de las necesidades y adecuaciones de los tiempos actuales con el objetivo de ofrecer una ayuda a las familias, educadores/as y líderes comunitarios, teniendo en cuenta los resultados de las investigaciones con base científica realizadas. Así, Robertson et al. (2004, pp. 2-5) identifican

los siguientes principios de intervención que se deben tener en cuenta en la elaboración de programas de prevención:

- Principio 1: mejorar los factores de prevención y revertir o reducir los factores de riesgo.
- Principio 2: dirigirse a todas las formas del abuso de drogas, por separado o en conjunto, incluyendo el consumo de drogas legales, ilegales y el uso inapropiado de sustancias obtenidas legalmente, los medicamentos de prescripción, o aquellos que no necesitan prescripción.
- Principio 3: dirigirse al tipo de problema de abuso de drogas en la comunidad local, escoger los factores de riesgo que se pueden modificar y fortalecer los factores de protección que se conocen.
- Principio 4: diseñar para tratar riesgos específicos a las características de la población o de la audiencia, tales como la edad, el sexo, y la cultura, para mejorar la eficacia del programa.
- Principio 5: los programas de prevención para las familias deben mejorar la compenetración y las relaciones familiares e incluir habilidades para ser mejores padres/madres; entrenamiento para desarrollar, discutir y reforzar la política de la familia con relación al abuso de sustancias; y la información y educación sobre las drogas.
- Principio 6: se pueden diseñar los programas de prevención para una intervención tan temprana como en los años preescolares que enfoquen a los factores de riesgo para el abuso de drogas tales como el comportamiento agresivo, conducta social negativa, y dificultades académicas.
- Principio 7: los programas de prevención para los/las niños/as de la educación primaria deben dirigirse a mejorar el aprendizaje académico y socio-emotivo para tratar factores de riesgo para el abuso de drogas como la agresión temprana, el fracaso académico, y la deserción de los estudios. La educación debe enfocarse en las siguientes habilidades: auto-control; conciencia emocional; comunicación; solución de los problemas sociales; y apoyo académico, especialmente en la lectura.
- Principio 8: los programas de prevención para los estudiantes de la escuela media y de la secundaria (*middle or junior and high school*) deben aumentar la competencia académica y social con las siguientes habilidades: hábitos de estudio y apoyo académico; comunicación; relaciones con los/las compañeros/as; auto-eficacia y reafirmación personal; habilidades para resistir las drogas; refuerzo de las actitudes anti-drogas; y fortalecimiento del compromiso personal contra el abuso de las drogas.
- Principio 9: los programas de prevención dirigidos a las poblaciones en general en puntos de transición claves, como la transición a la escuela media (*middle school*), pueden producir efectos beneficiosos aún entre las familias y los/las niños/as que

tienen un alto riesgo. Tales intervenciones no se dirigen a las poblaciones en riesgo en particular, y, por lo tanto, reducen el encasillamiento y promueven los lazos fuertes con la escuela y con la comunidad.

- Principio 10: los programas de prevención comunitarios que combinan dos o más programas eficaces, como los basados en las familias y los basados en las escuelas, pueden ser más eficientes que un programa individual.
- Principio 11: los programas de prevención comunitarios dirigidos a las poblaciones en varios ambientes –por ejemplo, en las escuelas, los clubes, las organizaciones religiosas, y los medios de comunicación– son más eficaces cuando se presentan a través de mensajes consistentes en cada uno de los ambientes a lo largo de toda la comunidad.
- Principio 12: cuando las comunidades adaptan los programas a sus necesidades, normas comunitarias, o diferentes requerimientos culturales, deben mantener los elementos básicos de la intervención original basada en la investigación, que incluyen: la estructura (cómo está organizado y compuesto el programa); el contenido (la información, las habilidades, y las estrategias del programa); y la introducción (cómo se adapta, implementa y evalúa el programa).
- Principio 13: los programas de prevención deben ser a largo plazo con intervenciones repetidas (es decir, programas de refuerzo) para fortalecer las metas originales de la prevención.
- Principio 14: los programas de prevención deben incluir entrenamiento al profesorado en la administración positiva de la clase, como la recompensa por la buena conducta del estudiantado. Estas técnicas ayudan a fomentar la conducta positiva, el rendimiento escolar, la motivación académica, y la formación de lazos fuertes con la escuela.
- Principio 15: los programas de prevención son más eficaces cuando emplean técnicas interactivas, como discusiones entre grupos de la misma edad y jugando a desempeñar el papel de los padres/madres, lo que permite una participación activa en el aprendizaje sobre el abuso de drogas y en el refuerzo de habilidades.
- Principio 16: los programas de prevención con bases científicas pueden ser costo-eficientes.

1.4.5. ÁMBITOS DE PREVENCIÓN

Las diferentes actuaciones que se están realizando dentro del ámbito de las drogodependencias, se vienen desarrollando en tres ámbitos principalmente: el escolar, el familiar y el comunitario.

1.4.5.1. Ámbito familiar

La familia, como es sabido, constituye un núcleo básico en el que se desarrolla y crece el individuo, unido a que es la estructura primaria en la que se forjan los vínculos, los aprendizajes y las normas sociales. Por ello, se puede decir que el papel que desempeña la familia en la transmisión y la educación en valores de sus niños y niñas es determinante en su crecimiento y desarrollo personal, así como seres responsables y autónomos.

Como afirman Molina Fernández y Quintero Ordóñez (2011), los padres y las madres constituyen modelos de conducta, ya que transmiten, con su comportamiento, un estilo de vida, unas creencias, unas actitudes y unos valores concretos. Además, la familia es el lugar de desarrollo de las propias habilidades y capacidades (habilidades sociales, tolerancia a la frustración, resolución de conflictos, etc.), así como el principal espacio de desarrollo de la autonomía y la autoestima.

Como refleja Riley (1996), citado en Pereira González et al. (2000) “el papel de los padres es de gran relevancia en los programas preventivos del consumo de alcohol y otras drogas” (p. 62).

A pesar de lo que nos pueda parecer, las investigaciones demuestran, como en su momento nos indicó Olivares (2001), citado en Becoña Iglesias (2002, pp. 328), que “la mayoría de los/las jóvenes se llevan bien con sus padres, comparten con sus padres su escala de valores, no se rebelan ni contra su familia ni contra la sociedad y las malas relaciones entre el adolescente y su familia, cuando se dan, se asocian a la presencia de trastornos psicológicos, no al patrón de desarrollo general, ése que entendemos por normal”. No obstante, como es sabido, en las últimas décadas se han incrementado los problemas familiares: separaciones, divorcios, etc., barajándose diferentes explicaciones como, por ejemplo, las características de la sociedad actual, factores económicos y sociales diferentes a los de hace décadas, el hecho de trabajar ambos cónyuges fuera de casa, la creencia de que los hijos e hijas solo necesitan cosas materiales y no afecto, etc. Todo ello conlleva, a que, como indica Becoña Iglesias (2002, p. 330),

los programas preventivos en personas con vulnerabilidad o problemas en la esfera familiar, son otra vía importante para conseguir mejorar la salud mental de las personas. Y también, para reducir el consumo de las distintas drogas, ya que, a mayor número de problemas, mayor probabilidad de consumo de drogas.

En este sentido, se han diseñado programas específicos de prevención con el fin de centrar a la familia en este ámbito, que como se indica desde el Plan Nacional sobre Drogas, citado por Becoña Iglesias (2000, p. 79),

lo que hacen estos programas es fomentar habilidades educativas y de comunicación en el seno familiar, incrementar el sentido de competencia de los padres y su capacidad para la resolución de problemas y concienciarlos de la importancia que tienen como agentes de salud para sus hijos.

Según el *Center for Substance Abuse Prevention*, como se citó en Pereira González et al. (2000) “la investigación demuestra que los padres, abuelos, personas mayores, padres adoptivos, líderes de jóvenes, entrenadores, profesores particulares y otros adultos, pueden jugar un papel fundamental para mantener a los jóvenes alejados del consumo de alcohol, tabaco o drogas ilegales” (p. 62) y, por ello hacen referencia a diferentes enfoques desde los que se puede trabajar con los padres y con las madres en la prevención del abuso de drogas:

- Solicitar la participación e implicación de los padres y de las madres en el desarrollo curricular del propio programa, a través de la elaboración de materiales con los que puedan trabajar en el entorno familiar y seguir la misma línea que están trabajando en el centro escolar.
- Crear programas y currículums específicos para la formación de padres y madres y que desde sus hogares ya puedan iniciar la prevención de este consumo de drogas.

No obstante, a la hora de diseñar y poner en marcha estos programas preventivos, es necesario tener en cuenta las posibles carencias, dudas y limitaciones que manifiesten las propias familias. Debido a la complejidad de este tema, desde el *Center for Substance Abuse Prevention* y el *National Institute on Drug Abuse*, como citan Pereira González et al. (2000, p. 94-95), reflejan algunos de los temas que se suelen trabajar a la hora de poner en marcha estos programas de formación que se desarrollan con las familias, con el fin último de cubrir al máximo las necesidades de todas las personas implicadas:

- Información sobre las drogas, hechos y datos sobre el consumo de alcohol y otras drogas entre niños/as de edad escolar y los/las jóvenes.
- Importancia de la prevención del uso de drogas legales e ilegales. Importancia de la familia y amigos/as.
- Análisis de las principales razones que los/las jóvenes dan para consumir alcohol, tabaco y marihuana.
- Reconocer las señales de peligro y los síntomas del consumo de drogas.
- Factores de riesgo y protección en cada una de las interacciones del niño/a con los/las compañeros/as, la familia, la escuela y la comunidad.
- La comunicación activa como clave de la cooperación familias – hijos/as.
- Mejorar las habilidades y las estrategias que las familias pueden utilizar para restringir el consumo de alcohol y drogas en sus hijos/as (en función de las características de cada etapa del desarrollo).
- Importancia de los modelos de conducta adecuados de las familias.
- Recomendaciones específicas para marcar los límites y para enseñar a través de ejemplos.
- Cómo enseñar a los/las niños/as habilidades para decir que no y resistirse a la presión de los/las compañeros/as para consumir alcohol y otras drogas.
- Cómo estimular la autoestima de los/las hijos/as.

- Cómo enfrentarse y prevenir los problemas de conducta.
- Cómo estimular y trabajar con los/las hijos/as las habilidades de desarrollo social, el control del estrés y la seguridad personal.
- Información para ayudar a las familias a determinar si las actividades en las que sus hijos/as participan son apropiadas para su edad y si son seguras.
- Orientación sobre cómo enseñar a los/las hijos/as a ser responsables.
- Problemas, preocupaciones y necesidades de las familias que se enfrentan al consumo de drogas de sus hijos/as.
- Cómo y dónde conseguir la ayuda que los/las hijos/as necesitan.

Resulta de vital importancia a la hora de desarrollar estos programas de prevención en los que se implica a la familia, las estrategias utilizadas, que van a incidir en su mayor o menor implicación en cuanto a participación.

1.4.5.2. Ámbito escolar

La labor ejercida en el ámbito familiar se complementa con la labor de la escuela. El centro educativo es uno de los medios más privilegiados a la hora de realizar las tareas preventivas, ya que asume como propia la tarea de intervenir en la educación para la salud y los hábitos saludables. Como indican Molina Fernández y Quintero Ordóñez (2011) desde el centro educativo se acompaña a los sujetos en su desarrollo de la personalidad y, desde este espacio se puede observar, guiar y formar en una educación en valores; por lo que hace de la escuela un espacio ideal de transmisión de conocimientos y de información.

Bien es sabido que la escuela y la familia son dos de los entornos más importantes en la socialización de los y las menores; por ello, como recoge Fernández Bustos (2010, p. 60), para obtener unos resultados adecuados en relación con la educación sobre drogas es imprescindible, por un lado, la implicación de los adolescentes, los profesores y la familia y, por otro lado, una coordinación adecuada entre los mismos y con los recursos sociales y sanitarios existentes en el territorio local.

Así, resulta imprescindible y necesario que se produzca una interrelación entre todas las actuaciones de estas entidades, buscando su colaboración y compromiso, dado que así, indirectamente estos programas pueden llegar a mejorar los lazos entre los/las estudiantes y garantizar un mayor éxito escolar, evitando así el abandono escolar antes de lo indicado.

Así, a la hora de llevar a cabo esta prevención, se debe recalcar el importante papel que tienen los/las profesores/as, educadores/as y demás profesionales de la educación, “como agentes preventivos y, deben potenciar su participación, sus conocimientos y habilidades en este ámbito a fin de mejorar la eficacia de los programas preventivos en el ámbito escolar” (Molina Fernández y Quintero Ordóñez, 2011, p. 15).

Con todo lo indicado hasta ahora, se ven claras las ventajas que trae la realización de la prevención desde la escuela. Así, Alonso et al. (1996), citados en Becoña Iglesias (2002, p. 78), han indicado varias, entre las que pueden destacarse:

- Porque es uno de los principales agentes de socialización, junto con la familia y el grupo de iguales.
- Porque actúa sobre las personas en una fase del proceso de maduración en la que la intervención de las personas adultas tiene una gran incidencia.
- Porque a lo largo de la edad escolar, el alumnado está sometido a cambios y momentos de crisis que lo exponen a múltiples riesgos (entre ellos, el consumo de drogas).
- Porque la obligatoriedad de la escolarización hasta los dieciséis años implica que por ella deben pasar todas las personas durante el período más importante de la formación de la personalidad.
- Porque es un espacio ideal para detectar precozmente posibles factores de riesgo.
- Porque el profesorado se concibe como un agente preventivo debido a su cercanía con el alumnado, a su papel como modelo y a su función educadora.

Finalmente, en cuanto a las cuestiones que se deberían incluir dentro de una buena intervención educativa, Ramos Estévez (2013, p. 158-159) realizan la siguiente propuesta de recomendaciones:

- Incluir en las plantillas de personal de los Centros de Educación Infantil y Primaria (CEIP) la figura de un/a profesional para incidir sobre los factores de riesgo para el uso de drogas, a la vez que podría abordar otras graves problemáticas sociales con las cuales las escuelas públicas se encuentran actualmente sobrecargadas (educación vial, educación ambiental, educación cívica, salud, sexualidad, habilidades sociales etc.).
- La prevención de drogodependencias debe iniciarse en todos los centros públicos desde la Educación Infantil. Además, debe dotarse de continuidad a lo largo de todos los niveles formativos, adaptándose los contenidos y las metodologías a cada momento evolutivo, desde lo más inespecífico a lo más específico, desde las drogas legales hasta las drogas ilegales, y desde lo psico-físico a lo social.
- Consideran especialmente relevante que en el último curso de la Educación Primaria y en el primer curso de la Educación Secundaria Obligatoria se realicen programas de entrenamiento en habilidades sociales como factor de protección frente al uso de drogas, con el objetivo de evitar o retrasar el inicio en el consumo de drogas, así como talleres de ciudadanía y socialización.
- Desde los centros educativos deben potenciarse las llamadas “Escuela de Padres” como medio para informar y formar a las familias en el manejo de las inevitables conductas problemáticas que pudieran presentar sus hijos/as (Becoña Iglesias et al., 2012); la prevención de drogodependencias debe formar parte de los contenidos de estas experiencias formativas.

- Además, desde los centros educativos se debería informar regularmente sobre las actividades de ocio que se programen en su entorno más cercano o con aquellas zonas de fácil comunicación.

1.4.5.3. Ámbito comunitario

Sin embargo, también se han empezado a ver en los últimos años programas para cualquier grupo en diferentes ambientes, situaciones o circunstancias.

Por lo tanto, los programas preventivos funcionan a nivel comunitario con organizaciones cívicas, gubernamentales, religiosas, etc., para realzar las normas antidroga y el comportamiento pro-social a través de cambios en los reglamentos y las normas. Estos programas incluyen la promulgación de nuevas leyes, restricciones de la publicidad y zonas escolares libres de drogas (Fernández Bustos, 2010, p. 158).

El objetivo prioritario de la intervención preventiva dentro del ámbito comunitario es el ocio y se lleva a cabo a través de programas que ofertan diferentes actividades de tiempo libre, especialmente en las tardes y en las noches del fin de semana o dentro de los períodos vacacionales. Estos programas van dirigidos principalmente a los jóvenes y a los menores de edad, poniéndose en práctica en espacios públicos como por ejemplo instalaciones municipales, colegios, ... Las actividades son de tipo deportivo, lúdico...

Siguiendo a Fernández Bustos (2010), las actividades que se realizan son

Intervenciones informativas, dirigidas a jóvenes para la reducción de riesgos y daños asociados al consumo recreativo. Se trata normalmente de actuaciones itinerantes, implementadas por mediadores juveniles en el grupo de iguales, en las que se ofrece un servicio de detección de casos problemáticos además de información y asesoramiento sobre las drogas y las diversas formas de consumo en zonas de bares, salas de fiesta, conciertos de música, etc., promoviendo una cultura de responsabilidad con el propio espacio público: aminoración de ruidos respeto al mobiliario urbano, recogida de basuras... Algunas de estas iniciativas son: Zona Clave, Energy Control, Controla Club, Creative y Exeo. Muchas de ellas cuentan con su propia página web y disponen de servicio de atención de consultas telefónico y a través de correo electrónico (p. 173).

1.4.6. AGENTES DE PREVENCIÓN

En cada uno de los ámbitos comentados anteriormente, cabe destacar que existen unos agentes encargados de la prevención, o lo que viene a ser, personas que se encargan de llevar a cabo las acciones preventivas.

Gran parte de las acciones preventivas vienen determinadas por el papel tan importante que desarrollan dichos agentes preventivos, que son aquellas personas que sirven de referencia a los/las jóvenes, el “punto de mira” a las que van dirigidos todas estas actuaciones y prevenciones. Por norma general, suelen ser personas de cierta referencia e influencia en la zona en donde se va a llevar a cabo la acción preventiva, del propio centro educativo o de la propia aula. Como ejemplos preventivos podemos citar: docentes, entrenadores/as deportivos, alumnado de mayor edad, cualquier persona miembro de alguna

asociación cultural, etc. También cabe mencionar como elemento clave, la posibilidad de establecer una red de prevención con el objetivo de evitar, retrasar o frenar la edad de inicio en el consumo, siendo primordial y muy importante, potenciar la figura de estos agentes, como son, entre otros: la familia, el personal técnico de prevención en drogodependencias, las amistades, las redes sociales, los/las profesionales de la educación, de la sanidad, de los servicios de la familia y la infancia, las mediadoras y los mediadores, etc. que tienen relación directa o indirecta con los/las adolescentes y los/las jóvenes en sus respectivos ámbitos (ocio, centro educativo, casas, ...) ejerciendo un papel de referentes significativos.

Siguiendo a Molina Fernández y Quintero Ordóñez (2011, p. 16) la formación de estos agentes preventivos adquiere una importancia relevante por varios motivos:

- Son quienes mejor conocen la realidad del entorno y, por lo tanto, los que mejor pueden adaptar la aplicación de programas a las características de los/las jóvenes a los que van dirigidos.
- Da sentido a las actividades que se desarrollan.
- La formación permite responder de una forma más adecuada a los imprevistos que pudieran surgir en la aplicación de un programa.

Esta tarea de formación resulta de vital importancia antes de iniciar cualquier actividad o acción relacionada con la prevención, bien sean acciones puntuales o iniciativas que se desarrollen a través de la puesta en marcha de un programa preventivo, ya que así se facilita el trabajo y mejoran los resultados y el éxito de las acciones preventivas.

94

A lo anteriormente comentado, hay que añadir la implicación tan necesaria de la familia, especialmente de los propios padres y madres, del profesorado, de la comunidad y de los/las propios/as estudiantes, pues sin su implicación no se logrará el objetivo último de estos programas, ya que como se resalta desde el Wisconsin State Department of Public Instruction, como se citó en Pereira González et al. (2000), “cuando las escuelas y los padres fracasan en proporcionar un frente unido en la prevención del consumo de drogas, comunican mensajes contradictorios que pueden resultar contraproducentes” (p. 62).

En los centros educativos, por su parte, esta formación no solo implica al profesorado, sino que sería conveniente y necesario formar a otros miembros del personal escolar, miembros de los consejos escolares y al personal administrativo. Como han recalado Hoggarth y col., citados en Pereira González et al. (2000), la formación de los/las orientadores/as constituye una de las claves para el desarrollo de un buen programa preventivo, sobre todo teniendo en cuenta su importancia como agentes de cambio en los centros y su irremplazable y destacada labor en la formación de formadores.

Obtener un resultado positivo a la hora de una prevención depende de la cohesión entre las diferentes fuentes de influencia, por un lado, la escuela, por otro la familia, el grupo de iguales y todos los miembros que forman la comunidad que rodea a los/las jóvenes. En este último caso se debe de hacer hincapié en lo importante que son las relaciones comunidad-escuela a la hora de desarrollar estrategias de prevención educativas. Como matiza Silva, citado en Pereira González et al. (2000), es imprescindible movilizar, interactuar, implicar y

trabajar con la comunidad para desarrollar programas preventivos del uso de los distintos tipos de drogas. Además, cabe remarcar la importante influencia que tienen en estos programas preventivos los/las compañeros/as, que pueden servir como roles modelo dentro de los programas, encontrándose muchas referencias de programas que implican en su desarrollo a otros/as adolescentes que no consumen para ayudar a modelar las conductas del resto de compañeros/as que sí consumen, lo que exige una cuidadosa selección, formación y supervisión.

Finalmente, una vez comentada la importancia que tiene una interrelación de todos estos agentes preventivos, que sean más o menos efectivas estas estrategias preventivas depende en gran parte del aprovechamiento máximo de todos los recursos existentes y la implicación de todos estos sectores de la comunidad: ciudadanos/as, profesionales especializados/as en la salud, empresas, universidades, centros educativos de cualquier nivel, los propios gobiernos, etc.

1.4.7. TEORÍAS Y MODELOS EXPLICATIVOS EN EL ÁMBITO DE LA PREVENCIÓN

Uno de los campos más importantes dentro de la prevención de drogodependencias en los últimos años, ha sido el hecho de encontrar y partir de un marco teórico que ayude a comprender el consumo y, por ende, el cómo llevar a cabo una buena prevención dentro de este uso/abuso de drogas.

Rudner, como se citó en Peñafiel Pedrosa (2009) “definió una teoría como un conjunto de principios relacionados sistemáticamente entre sí, que incluye algunas generalizaciones en forma de ley natural y este conjunto de principios son empíricamente comprobables” (p. 125). De forma más concreta, y siguiendo a Mitchell y Jolley, citados por Peñafiel Pedrosa (2009) “un modelo es una teoría o grupo de teorías aplicada a un área específica o situación” (p. 125). Y, generalmente, como ha señalado Becoña Iglesias (2002), “una teoría resume un conjunto de evidencia empírica, pudiendo ser derivada de las hipótesis, explicar leyes o construir modelos” (p. 160).

Gran diversidad de autores/as se ha centrado en dar una explicación del consumo de sustancias, pero no se puede decir que exista un consenso en el que se señale a un modelo o a una teoría en concreto como el más idóneo a la hora de abordar el consumo de drogas y encontrar una explicación de éste. Flay y Petraitis, como se citaron en Becoña Iglesias (2002), han afirmado que,

las teorías son abstractas, nos sirven para hacer una representación de nuestro mundo, habitualmente complejo, a través de una estructura simple en el marco teórico, sirven para saber qué encontrar y cómo predecir el futuro o poder disponer de principios orientativos a partir de la misma (p. 161).

Siguiendo a Peñafiel Pedrosa (2009, p. 126), a pesar de que los modelos pueden considerarse un marco para llegar a interpretar aspectos concretos de una realidad y las teorías serían las explicaciones de hechos o fenómenos que se producen en un ámbito

científico determinado, dentro de un modelo concreto, en la prevención de las drogodependencias se han empleado teorías y modelos indistintamente para explicar esta conducta:

- Centrados en el análisis de aspectos concretos o de pocos factores explicativos de la conducta.
- Basados es aspectos evolutivos o del desarrollo.
- Aquellos que contemplan una gran variedad de factores que están en la base de la conducta de consumo.

En este campo de las drogodependencias, no siempre se encuentra una relación directa entre los programas preventivos, el modelo teórico y la prevención en sí. Lo que sí es cierto, como afirman Donalson et al., citados en Becoña Iglesias (2002) es que cuando se dispone de un programa que está basado en una teoría, tiene tantas ventajas para el programa como para su evaluación.

Ahora bien, resulta complicado realizar una clasificación que obtenga un consenso total, y así, a lo largo de la historia, se han ido proponiendo diversas clasificaciones. Una de las primeras clasificaciones realizadas es la de Petraitis et al., como se citaron en Fernández Bustos (2010, p. 100) que, partiendo de una revisión de las diferentes teorías existentes para poder dar una explicación acerca del uso/abuso de sustancias en ese momento, realizaron la siguiente agrupación:

- Teorías cognitivo afectivas, entre las que destacan, la teoría de acción razonada y conducta planificada (Azjen et al., 1975).
- Teoría del aprendizaje social de Bandura.
- Teoría del apego social, entre las que se encuentran, la teoría de control social (Elliot et al., 1985) y el modelo de desarrollo social (Hawkins, & Weis, 1985).
- Teorías de carácter intrapersonal, entre las que se encuentran el modelo de ecología social (Kumpfer, & Turner, 1990), la teoría de autodesprecio (Kaplan et al., 1982), el modelo de aprendizaje social de Simons et al. (1988) y la teoría de interacción familiar.
- Teorías integradoras, entre las que destacan la teoría de conducta problema de Jessor (1977), la teoría de cluster de iguales propuesta por Oetting et al. (1986), el modelo de vulnerabilidad y el del dominio.

Una clasificación de las más amplias fue la realizada por Becoña Iglesias (2002). Para realizarla se basó en dos cuestiones principales; por un lado, buscar explicaciones a las razones o motivos del porqué los/las adolescentes se inician en el consumo de sustancias y, por otro, poder establecer bases en los programas preventivos, dividiéndolas en tres grandes grupos:

- Las llamadas teorías parciales o basadas en pocos componentes.
- El grupo de las teorías de estadios y evolutivas.

- Las teorías comprensivas e integrativas.

A continuación, en la tabla 2, se presenta la clasificación de las teorías y los modelos explicativos tomando como base lo realizado por Becoña Iglesias (2002, pp. 162-163):

Tabla 2. Agrupaciones de teorías y modelos explicativos

Agrupación	Descripción	Teorías y modelos comprendidos en la agrupación	Descripción	Teorías y modelos comprendidos en la agrupación	Descripción
Teorías parciales o basadas en pocos componentes	Teorías que se caracterizan por explicar el consumo de sustancias a través de pocos componentes o elementos	Teorías y modelos biológicos	Hasta la década de los 80, las conductas adictivas eran explicadas por la dependencia física a la sustancia debido a factores biológicos o genéticos (Peñafiel Pedrosa, 2009, p. 127).	La adicción como un trastorno con sustrato biológico	La adicción se produce por una causa fundamentalmente biológica.
Modelo de creencias de salud y de competencia			Derivado del modelo de promoción de la salud o salud pública que consiste en intervenir anticipándose a los problemas y centrado en promover la competencia individual y desarrollar comunidades y organizaciones competentes (Becoña Iglesias, 2002, p. 164).		
Teorías de aprendizaje		Teoría psicológica basada en los principios de aprendizaje. (Fernández Bustos, 2010, p. 104). La intervención se centra en analizar cómo se aprende o adquiere una conducta y cómo se pueden aprender conductas	Teoría psicológica basada en los principios de aprendizaje. (Fernández Bustos, 2010, p. 104). La intervención se centra en analizar cómo se aprende o adquiere una conducta y cómo se pueden aprender conductas	Condicionamiento clásico	Adquisición y mantenimiento del consumo mediante la asociación inicial de un estímulo neutro o condicionado con el estímulo incondicionado, lo que da lugar a una respuesta condicionada asociada a la misma;

Agrupación	Descripción	Teorías y modelos comprendidos en la agrupación	Descripción	Teorías y modelos comprendidos en la agrupación	Descripción
			nuevas o desaparecer o debilitar otras (Peñañiel Pedrosa, 2009, p. 127).		hasta que en algún momento la mera presencia del estímulo neutro o incondicionado podrá producir la respuesta condicionada (Becoña Iglesias, 2002).
		Condicionamiento operante			El valor de refuerzo que posee la autoadministración de las drogas a nivel biológico es lo que explica la conducta del consumo (Becoña Iglesias, 2002).
	Teoría del aprendizaje social				Formulada por Bandura (1986), citado en Becoña Iglesias, 2002. El funcionamiento humano se explica en términos de un modelo de reciprocidad triádica, en el cual interactúan la conducta, variables ambientales y factores

Agrupación	Descripción	Teorías y modelos comprendidos en la agrupación	Descripción	Teorías y modelos comprendidos en la agrupación	Descripción
			personales (Fernández Bustos, 2010, p. 104).		
Teorías actitud-conducta	Desde mediados de los años 70.	Teoría de la acción razonada de Fishbein y Ajzen (1975)	Predicción de la conducta desde la actitud del sujeto y de las normas subjetivas, estando ambas mediadas por la intención conductual (Peñañiel Pedrosa, 2009).		
Teorías psicológicas basadas en causas interpersonales	Asignan a la interacción entre individuos el principal papel en el desarrollo de la personalidad.	Teoría de la conducta planificada de Ajzen (1988)	Se puede aplicar mejor en aquellos casos en los que la voluntariedad del control ha desaparecido y ya no depende de la persona (Becoña Iglesias, 2002, p. 167).	Del modelo de mejora de la estima de Kaplan et al. (1986) a la teoría integrativa de la conducta desviada de Kaplan (1996)	Modelo explicativo de la conducta desviada apoyándose en el concepto de autoestima: la conducta desviada responde a una necesidad

Agrupación	Descripción	Teorías y modelos comprendidos en la agrupación	Teorías y modelos comprendidos en la agrupación	Descripción
				<p>autocompensatoria del sujeto ante una escasa autovaloración (Peñañiel Pedrosa, 2009, p. 131).</p>
		<p>Modelo basado en la afectividad de Pandina et al. (1992)</p>		<p>Hace énfasis en la relación entre el afecto negativo, un arousal elevado y la vulnerabilidad al abuso de drogas (Becoña Iglesias, 2002, p. 168).</p>
	<p>Teorías basadas en la familia y en el enfoque sistémico</p>		<p>Se parte de que el consumo es la expresión de las conductas inadaptadas de uno o más miembros de la familia, que producen una disfunción en el sistema familiar (Becoña Iglesias, 2002, p. 168).</p>	
	<p>El modelo social de Peele (1985)</p>		<p>Centrado en variables culturales en el cual se sostiene que no es la sustancia o la conducta lo que provoca la adicción sino el modo como la persona interpreta esa experiencia y como responde a ella a nivel fisiológico, emocional y conductual (Peñañiel Pedrosa, 2009, p. 132).</p>	
	<p>Otros modelos teóricos</p>	<p>Modelo de Becker (1997)</p>		<p>Resalta la importancia de los déficits en los procesos de toma de decisiones (Fernández</p>

Agrupación	Descripción	Teorías y modelos comprendidos en la agrupación	Descripción	Teorías y modelos comprendidos en la agrupación	Descripción
				Modelo de Burgess (1997)	Bustos, 2010, p. 99). Considera las influencias personales, psicosociales y culturales externas (Becoña Iglesias, 2002, p. 169).
				El modelo de afrontamiento del estrés de Wills (1986)	Procede del campo de la medicina conductual en donde se identifica el abuso de sustancias como una consecuencia del déficit en las habilidades de afrontamiento relevantes (García Moreno, 2003, p. 102).
Teorías de estadios evolutivos	Teorías que inciden o se basan en la explicación del desarrollo evolutivo de las personas o en los estadios y su relación	Modelo evolutivo de Kandel (1975) Modelo de etapas motivacionales multicomponentes de Werch y	El consumo de drogas sigue unos pasos secuenciales, comenzando por unas primeras sustancias de iniciación que sirven de elemento facilitador para el posterior consumo de otras sustancias (Becoña Iglesias, 2002, p. 169).		

Agrupación	Descripción	Teorías y modelos comprendidos en la agrupación	Descripción	Teorías y modelos comprendidos en la agrupación	Descripción
	con la madurez y el consumo.	Diclemente (1994)	Modelo del proceso de reafirmación de los jóvenes de Kim et al. (1998)	Basado en amplio conjunto de teorías o componentes de éstas, como la teoría del control social, el modelo de desarrollo social, la teoría de la conducta problema, la teoría del aprendizaje social y la teoría de los estados-expectativas (Peñañiel Pedrosa, 2009, p. 135).	
		Teoría de la madurez sobre el consumo de drogas de Labouvie (1996)	Basado en la autorregulación, donde algunos de los elementos clave son el control personal y la eficacia (Peñañiel Pedrosa, 2009, p. 136).		
		Teoría de la pseudomadurez o del desarrollo precoz de Newcom (1997)	Asociación del consumo con factores de riesgo como el absentismo escolar, un pobre rendimiento académico y un bajo nivel de aspiraciones educacionales (García Moreno, 2003, p. 85).		
		Modelo psicopatológico del desarrollo de Glantz (1992)	Posee una orientación psicopatológica en la que se han incluido los antecedentes del individuo desde la primera infancia relacionados con su desarrollo (Peñañiel Pedrosa, 2009, p. 139).		
		Modelos de enfermedad del desarrollo psicosocial de dependencia de drogas de Chatlos (1996)	En la línea del anterior. Se compone de tres factores que actúan de manera separada en distintos puntos del tiempo, en la predisposición, en el uso de drogas y en un sistema permitido (Becoña Iglesias, 2002, p. 160).		
		Teoría de la socialización primaria de Oetting y Beauvais (1998)	Se centra en solventar las limitaciones de las teorías anteriores que analizan un solo aspecto del problema o no indican los elementos de unión entre componentes (Becoña Iglesias, 2002, p. 173).		

Agrupación	Descripción	Teorías y modelos comprendidos en la agrupación	Descripción	Teorías y modelos comprendidos en la agrupación	Descripción
Teorías integrativas y comprensivas	Se engloban las teorías que pretenden dar explicación a la conducta del consumo mediante la integración de diversos componentes de las distintas teorías o plantean una teoría (comprensiva) que permita dar una explicación por sí sola.	Modelo de promoción de la salud o salud pública	Modelo que da una gran importancia a la asistencia sanitaria en sí, así como mejorarla y a los factores culturales, económicos, sociales, políticos y organizativos que inciden en dicha asistencia (Becoña Iglesias, 2002, p. 174).		
		Teoría del desarrollo social y teoría cognitiva social de Bandura	Teoría psicológica basada en los principios de aprendizaje, la persona y su cognición. El uso responsable de las drogas depende de la autorregulación cognitiva ante diferentes tipos de influencias (Becoña Iglesias, 2002, p. 181).		
		Modelo del desarrollo social de Catalano et al. (1996)	Explica la conducta antisocial a través de la especificación de las relaciones predictivas del desarrollo, dando gran relevancia a los factores de riesgo y protección (Becoña Iglesias, 2002, p. 176).		
		Teoría interaccional de la delincuencia de Thornberry (1987)	La conducta desviada es el resultado tanto de la débil vinculación de la persona con la sociedad convencional como de un pobre ambiente social donde la conducta adecuada puede ser aprendida y reforzada (Becoña Iglesias, 2002, p. 177).		

Agrupación	Descripción	Teorías y modelos comprendidos en la agrupación	Descripción	Teorías y modelos comprendidos en la agrupación	Descripción
		Teoría de la conducta de Jessor y Jessor (1977)	Reformulada desde el área de la psicología social. La conducta problema es aquella definida como indeseable, preocupante o problemática según las normas convenidas socialmente y que conlleva una respuesta de control social por parte de las instituciones de autoridad (Peñañiel Pedrosa, 2009, p. 145).		
		Teoría para la conducta de riesgo de los adolescentes de Jessor (1991)	Basándose en la epidemiología conductual y la psicología del desarrollo y social, considera factores de riesgo y protección, conductas de riesgo y resultados de riesgo (Peñañiel Pedrosa, 2009, p. 147).		
		Modelo integrado general de la conducta de uso de drogas de Botvin (1999)	Modelo fundamentalmente descriptivo que ha servido para fundamentar los programas preventivos. Parte de varias aproximaciones como la influencia social, la de mejora de la competencia y de la evaluación empírica de los programas preventivos de drogodependencias (Becoña Iglesias, 2002, p. 178).		
		Modelo de estilos de vida y factores de riesgo que lo condicionan de Calafat et al. (1992)	Parte del programa preventivo más empleado en España "Tú decides". Se centra en enseñar a los/las jóvenes (13-16 años) a que aprendan a tomar decisiones acerca del uso de las drogas en relación con las problemáticas que les surgen a los/las adolescentes. Basado en factores de riesgo y protección (Becoña Iglesias, 2002, p. 179).		
		Teoría de la influencia triádica de Flay y Petraitis (1994)	La conducta viene a ser fruto de la persona, el ambiente y la situación (Peñañiel Pedrosa, 2009, p. 150).		
		Modelo de autocontrol de Santacreu et al. (1992)	Elaborado para el mantenimiento y la génesis del consumo de sustancias, partiendo del modelo bio-psico-social y basado fundamentalmente en el autocontrol (Becoña Iglesias, 2002, p. 180).		

Agrupación	Descripción	Teorías y modelos comprendidos en la agrupación	Descripción	Teorías y modelos comprendidos en la agrupación	Descripción
		Modelo secuencial de Becoña (1999)	y Plantea que el consumo de drogas se desarrolla a través de una serie de fases y	los factores que más frecuentemente se asocian al consumo (Peñafiel Pedrosa, 2009, p. 154).	

Nota. Elaboración propia.

Atendiendo a lo especificado hasta este momento, puede mencionarse que en la prevención de las drogodependencias la práctica y la teoría están íntimamente relacionadas. Así, como indican García Fuentes et al. (2016 p. 32)

los enfoques teóricos preventivos pretenden explicar los factores relacionados con el inicio, la progresión y el mantenimiento del consumo de drogas, y por otro, orientan el diseño de intervenciones preventivas, identificando las variables que deberán modificarse con dichas intervenciones.

Como ha podido apreciarse hasta ahora, el consumo de drogas es un fenómeno muy complejo, no encontrando una teoría que lo explique en su totalidad. En algunos de los programas se les da mayor valor a las variables que están centradas en la persona en sí, y en otros dan mayor importancia y destacan aquellas variables más centradas en el ambiente y en el contexto. Por ello, es aconsejable recurrir a diferentes teorías para lograr una mejor comprensión del fenómeno y disponer de orientaciones para diseñar intervenciones preventivas eficaces. La tabla 3 describe brevemente los modelos teóricos que se han mostrado más sólidos y de mayor utilidad práctica (García Fuentes et al., 2016 p. 33):

Tabla 3. Modelos teóricos sólidos en el ámbito de la prevención de las drogodependencias

Modelo	Descripción
Modelo de Salud Pública	Considera que la salud está condicionada por las relaciones recíprocas entre tres elementos: la sustancia (características farmacológicas, legales, etc.), la persona (características biológicas, sociales, etc.) y el ambiente (condiciones sociales y físicas donde se producen los consumos).
Modelo de Promoción de la Salud	Según este modelo, los estilos de vida de la población pueden mejorar si se planifican políticas públicas saludables, se crean entornos promotores de salud, se fortalece la acción comunitaria, se promueven las habilidades personales para adoptar estilos de vida saludables y se reorientan los servicios de salud según las necesidades de cada territorio.
Modelo de Reducción de Riesgos	Su finalidad es disminuir las consecuencias negativas inmediatas asociadas al consumo de drogas de forma que las personas consumidoras hagan un consumo lo más seguro posible.
Modelos Sociocognitivos	Considera que las conductas relacionadas con la salud están determinadas por variables psicosociales, como la percepción del riesgo, las actitudes relacionadas con las drogas, las intenciones de conducta, las creencias normativas, la autoeficacia percibida, las expectativas, etc.
Modelo Transteórico del Cambio de Conducta	Según este modelo, el cambio de comportamiento es un proceso que pasa por cinco etapas: precontemplación (no se quiere cambiar), contemplación (se plantea cambiar, pero no inmediatamente), preparación (quiere cambiar ya), acción (ha cambiado recientemente) y mantenimiento (hace un tiempo que

Modelo	Descripción
	mantiene el cambio de conducta). En cada etapa, las personas tienen comportamientos y actitudes diferentes y, por lo tanto, necesidades diferentes de intervención.
Modelo del Desarrollo Social	Prioriza reducir los factores de riesgo y fortalecer los factores de protección, implicar a los agentes de socialización (familia, centro educativo, etc.) en el desarrollo de patrones de conducta y acercar las personas a entornos prosociales para que establezcan vínculos positivos. Las intervenciones se tienen que adecuar a la etapa de desarrollo de las personas.
Modelo de Ecología Social	Enfatiza la necesidad de establecer vínculos afectivos positivos con la familia y la escuela, puesto que ello favorece el desarrollo de actitudes y conductas prosociales. De acuerdo con este modelo, la vinculación positiva a entornos prosociales y disponer de competencias sociales favorece las elecciones adecuadas con relación al uso de drogas.

Nota. Elaboración propia.

1.4.8. PREVENCIÓN Y EDUCACIÓN

Antes de comenzar a hablar de educación y prevención, dos términos que se encuentran muy relacionados, definiremos ambos conceptos. Siguiendo a Molina Fernández y Quintero Ordóñez (2011, p. 14) la educación se define como,

un proceso intencional, que se materializa en una serie de habilidades, conocimientos, actitudes y valores adquiridos, produciendo cambios de carácter social, intelectual, emocional, etc., mejorando así a los sujetos y ejerciendo su influencia a lo largo del ciclo vital y en todos los contextos.

De este modo, cuanto mayor formación posea la persona, mayor abanico de posibilidades tendrá a la hora de afrontar las diversas y diferentes situaciones que se le irán presentando a lo largo de su vida.

Por otro lado, se entiende por prevención, como define Becoña et al. (2011), citado en Molina Fernández y Quintero Ordóñez (2011, p. 14), “un proceso activo de implementación de iniciativas tendentes a modificar y mejorar la formación integral y la calidad de vida de los individuos, fomentando el autocontrol individual y la resistencia colectiva ante el consumo de drogas”.

Se podría decir, que la prevención parte de actuar antes de que surjan los problemas, modificándolos, o como fin último evitar que estos se conviertan en estilos de vida poco adecuados. Es preocuparse de que cada persona acabe encontrando su estilo de vida y las relaciones que precise, con el objetivo de construir su propia personalidad. El fin último será formar a personas que sean capaces de tomar decisiones, de poner límites, de saber decir que no cuando convenga, de resolver situaciones, etc., siempre bajo una perspectiva saludable, promoviendo comportamientos que no dañen la salud y moviéndose en ambientes prosociales.

Teniendo en cuenta lo visto hasta ahora, la tarea de la prevención está muy unida y coincide con los mismos objetivos de la tarea de la educación, ya que el objetivo último de ambas es ayudar en el desarrollo integral de la persona.

Como indican Molina Fernández y Quintero Ordóñez (2011, p.14) “los objetivos, en buena medida, son los mismos; hasta el punto de que no se puede prevenir sin educar y, para poder hacerlo, se necesita contar con los educadores”. Ahora bien, ello no quiere decir que se tenga que dejar toda la responsabilidad de la educación a cargo de los/las profesionales de forma exclusiva, sino que, en esta tarea tan importante, deben de tomar parte en la misma, desde la propia familia hasta la comunidad en su totalidad.

Cabe citar en este campo un término que debemos tener en cuenta cuando se habla de consumo de sustancias y es que los/las jóvenes están siendo educados y socializados en el consumo como modo de satisfacer sus necesidades y sus deseos. Como señalan Kornblit et al. (2010, p. 4),

el consumismo se refiere tanto a la acumulación o compra de bienes o servicios considerados no esenciales, como al sistema político y económico que promueve la adquisición de riqueza como signo de status y prestigio, riqueza que es asimilada con la satisfacción personal.

Como afirmó el pensador polaco Zygmunt Bauman, como se citó en Kornblit et al. (2010), nos encontramos en el final de un proceso que produjo el pasaje de una sociedad de individuos productores a una de consumidores. Este cambio significó múltiples y profundas transformaciones, entre las que hay que destacar la educación de los/las consumidores/as para que estén dispuestos/as a ser seducidos/as constantemente por las ofertas del mercado, a la vez que crean que son ellos/as quienes mandan, juzgan, critican y eligen. Los bienes y servicios de consumo son presentados a través de la publicidad y propagandas como objetos capaces de satisfacer todas las aspiraciones de felicidad que puede tener una persona.

Por tanto, puede intuirse la importancia que adquiere la prevención desde la escuela, cuestión que ya era señalada en la Guía de prevención para las drogodependencias del Plan nacional sobre Drogas (Ministerio de Sanidad y Consumo, n.d., p. 26), en el cual se resumen los motivos por los que ésta es un contexto ideal para realizar la prevención:

- Porque prevenir es educar: es promover el desarrollo de habilidad y capacidad de adaptación que actúan como elementos que protegen ante situaciones de riesgo.
- Porque permite llegar a toda la población infantil y adolescente con el menor esfuerzo.
- Porque el consumo experimental de drogas es una conducta de grupo.
- Porque hoy en día se dispone de evidencia científica que demuestra que los programas de prevención escolares logran retrasar el contacto con las drogas y disminuir su consumo.
- Porque el profesorado posee la capacidad y la formación necesarias para observar y detectar situaciones de especial vulnerabilidad e intervenir de forma preventiva sobre ellas.
- Porque los programas de prevención ofrecen al profesorado instrumentos y herramientas que les permiten abordar otro tipo de problemáticas que también pueden afectar a la adolescencia: absentismo, situaciones de violencia, falta de motivación, fracaso escolar, otros problemas de conducta, etc.
- Porque aplicar programas de prevención es una tarea sencilla si se dispone de la formación, los materiales y el apoyo adecuados.

Entre las preocupaciones del profesorado relacionadas con este tema, cabe mencionar que destacan la necesidad de formarse en este ámbito. Como en su momento han afirmado Kazakov y Kolesov (1993), citados en Pereira González et al. (2000, p. 53), “se critica, por ejemplo, su desconocimiento sobre el consumo y abuso de drogas entre los escolares”, resultando evidente que existe una necesidad de formación del profesorado en este ámbito educativo de desarrollo de programas de prevención de consumo de sustancias y que el profesorado puede llegar a condicionar, tanto en un sentido positivo como negativo, su efectividad.

Ahora bien, también cabe señalar que no todo el profesorado es receptivo y colaborador en este tipo de proyectos; así lo deja ver Gingiss (1994), citado en Pereira González et al. (2000, p. 90), en un estudio de prevención del consumo del tabaco, indicando, con respecto al profesorado que solo aceptaron colaborar utilizando los materiales que se les proporcionaron el 64% del profesorado y que el 40% del que participó inicialmente no continuó haciéndolo el siguiente año, constatándose así que el profesorado no siempre está sensibilizado con el problema del consumo de drogas, ni es receptivo al desarrollo de programas preventivos.

Teniendo en cuenta lo anteriormente comentado, como indica McCarty (1993), citado en Pereira González et al. (2000, p. 90) “a la vez es necesario potenciar el desarrollo de su autoestima y su competencia personal para que puedan impactar e influir mejor en los estudiantes.” Igualmente, resulta importante dotarles de las habilidades y estrategias necesarias para desarrollar estos programas preventivos y estimular el correspondiente desarrollo de la autoestima en su alumnado, junto con un pensamiento crítico hacia el consumo de sustancias y guiar hacia la enseñanza de actividades creativas unido a un apoyo emocional.

Esta necesidad de formación no ha de centrarse exclusivamente en el profesorado, sino que debe implicar a todos los agentes que forman parte de la comunidad educativa, como son: orientadores/as, psicólogas/os, personal de administración, cuidadores/as... para poder llevar así un óptimo desarrollo del programa de prevención. Hay que hablar también de los otros agentes implicados en la educación y prevención, como son las familias, que sí manifiestan frecuentemente su preocupación ante el tema del consumo de drogas, pero generalmente se abarca el tema como si fuese a los/las demás a los/las que les afecta, no hacia ellos/as, directamente. Cabe mencionar que para los/las jóvenes el tema “drogas” es algo que les preocupa más de lo que parece. Como recoge Comas Arnau (1994), citado en Pereira González et al. (2000, p. 52), “la investigación sobre los jóvenes españoles demuestra que, para ellos (tanto para los menores, como para los de mayor edad), el tema de las drogas, legales e ilegales, ocupa un papel central entre sus preocupaciones”.

Atendiendo a todo ello, puede concluirse que la formación del profesorado y del personal no docente dentro del ámbito educativo en materia relacionada con la prevención del consumo de drogas, representan de esta manera, una de las grandes líneas de trabajo más interesantes, urgentes y prometedoras en la actualidad.

1.5. PROGRAMAS DE PREVENCIÓN EN DROGODEPENDENCIAS

1.5.1. ESTRATEGIAS QUE SE UTILIZAN EN LOS PROGRAMAS PREVENTIVOS Y ÁMBITOS DE ACTUACIÓN

Las estrategias y los modelos de intervención son dos términos que van unidos en gran medida, ya que, cuando se habla de estrategia, se refiere al conjunto de actuaciones, servicios y/o actividades que forman la intervención. No obstante, Alvira Martín (2002, p. 12) conceptualiza el término de estrategia como “un concepto polisémico que diferentes autores dirigen tanto a clasificaciones como “inespecífica/específica”, “primaria, secundaria o terciaria”, dirigida a la “oferta o la demanda” o según diferentes segmentos de población (población general, familias, población escolar, población de riesgo, ...), diferenciando dos tipos de estrategias en función del objeto que persiguen: “la reducción de la oferta de drogas y, las que tienen como objeto la reducción de la demanda” (p.18).

Dentro de las diversas estrategias utilizadas dentro de la labor preventiva, la que continúa siendo una prioridad y cada vez más necesaria es la prevención universal en los centros escolares. Como cita Rabadán Zaragoza (2014, p. 91) “en esta se incluyen programas preventivos estructurados en las aulas, actividades extracurriculares, formación del personal docente y sesiones informativas para las familias en las que se distribuyen materiales y se ofrecen servicios de orientación y asesoramiento”.

Existen múltiples estrategias que pueden ser utilizadas en los diferentes programas de prevención en el ámbito educativo, recurriéndose a muy diversos recursos y medios, dependiendo de las condiciones y de las posibilidades en las que haya que desarrollar el programa. Como indicaron Pereira González et al. (2000), a este respecto conviene destacar que se puede optar, bien por planificar y desarrollar un currículum educativo específico de prevención de drogas o bien por tratar de integrar los mensajes preventivos en las asignaturas de todo currículum en general. Se plantean, por tanto, propuestas de todo tipo y de naturaleza muy distinta: desde, por ejemplo, diseñar un currículum para trabajar con el profesorado en el aula hasta desarrollar un currículum muy específico para la formación de los/las jóvenes voluntarios/as que se quieren implicar en el programa de prevención del consumo de drogas. Además, el desarrollo de los programas de prevención del consumo de drogas puede establecerse a través del liderazgo de distintos agentes: expertos/as, profesorado, el grupo de iguales del alumnado y las familias, dando lugar así a programas muy diferentes.

Así, a la par de los diversos programas centrados en el ámbito escolar, se identifican los programas dirigidos a los familiares, que, según cita Rabadán Zaragoza (2014) se han visto fortalecidos por la elevada participación de las familias en los programas de prevención familiar de los Planes Autonómicos de Drogas, donde se les proporciona información sobre drogas, se desarrollan habilidades educativas y se establecen normas claras respecto al consumo de alcohol y drogas. Además, las campañas a través de los medios de comunicación siguen jugando un papel destacado, habiendo cada vez una mayor presencia del sector de las drogas en las páginas web aumentando el número de iniciativas que utilizan internet como canal de difusión y formación. En el campo de la formación, también la web es un recurso cada vez más utilizado, tanto en la formación de profesionales como en la dirigida a familias,

mediadores/as, etc. Otra línea de intervención es la presencia en medios de comunicación tradicionales, como son la prensa o programas específicos en televisión y radio sobre salud.

Cabe destacar que el ámbito en el que se apoya la prevención del consumo es la clave sobre la que se apoya la Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024 (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2018, p. 31), la cual resulta fundamental tener presentes los siguientes aspectos estratégicos:

- Reducir la presencia y promoción de las drogas y de otras conductas susceptibles de generar adicción.
- Limitar la accesibilidad de los menores a las drogas y a otras conductas susceptibles de adicción.
- Promover una conciencia social de riesgos y daños provocados por las drogas y adicciones, aumentar la percepción del riesgo asociado al consumo y a determinadas conductas adictivas (juego, TICs) y contar con la participación ciudadana a este propósito.
- Reducir la injustificada percepción en la sociedad y especialmente en menores, sobre la “normalidad” de los consumos de drogas, fundamentalmente de cannabis y de alcohol.
- Desarrollar habilidades y capacidades personales que reduzcan la vulnerabilidad frente a los consumos de drogas y otras conductas susceptibles de provocar adicción.
- Promover conductas y hábitos de vida saludables, uso saludable de las nuevas tecnologías y alternativas de ocio sanas, incompatibles con el abuso de sustancias y otras conductas adictivas.
- Detectar precozmente y prevenir los consumos de mayor riesgo (consumo por parte de menores, embarazadas, durante la conducción de vehículos...).

Para poder llevar a cabo estos aspectos estratégicos en los programas y en las actuaciones preventivas, se deben de tener en cuenta los diferentes contextos (sociedad; familias; población infantil, adolescentes y jóvenes; escuela; población laboral; colectivos de especial vulnerabilidad) que son una pieza clave a la hora de poder obtener unos mejores resultados. En este sentido, Fernández Bustos (2010) establece la promoción de las siguientes estrategias, teniendo en cuenta los contextos anteriormente mencionados:

- Sociedad: reforzar la participación de ésta mediante movimientos asociativos y las diferentes entidades sociales; fomentar los valores culturales y los factores de protección ante el consumo de sustancias; desarrollar acciones informativas a largo plazo a través de los medios de comunicación social; promover el empleo de recursos documentales e informativos de transmisión del conocimiento; etc.
- Familias: realzar los factores de protección; enseñar a las familias estrategias de mejora de la comunicación familiar y disciplina; participar en la vida de sus hijos/as; etc.
- Población infantil, adolescentes y jóvenes, dado que se trata de grupos de riesgo para el consumo de sustancias: desarrollar estrategias de socialización; lograr la implicación de los/las adolescentes, el profesorado y las familias; establecer coordinaciones

adecuadas entre todos los agentes y con los recursos puestos a su disposición; potenciar la educación en valores; promocionar la educación para la salud; etc.

- Escuela: implicar por igual a los tres elementos básicos que la constituyen (familias, alumnado y profesorado); lograr una adecuada coordinación entre los tres agentes y los demás recursos sanitarios y sociales existentes; buscar y facilitar al máximo la colaboración y complicidad de las Asociaciones de Madres y Padres de Alumnos/as y del personal docente; establecer una mejor comunicación y relación entre los/las estudiantes y la escuela para que obtengan mejores éxitos escolares, ayudándoles a consolidar su identidad; etc.
- Población laboral: implicar a las empresas, al personal laboral, sus representantes (sindicatos) y agentes de prevención de riesgos laborales; fomentar la responsabilidad social corporativa o responsabilidad social de la empresa; facilitar la integración laboral de las personas drogodependientes; invertir en proyectos solidarios y en el voluntariado de sus empleados/as; reforzar las acciones que las Administraciones Públicas, en tanto en cuanto emplean a un elevado número de personas, están desarrollando sobre la base de la preocupación por la salud y el bienestar de los/las empleados/as públicos/as; etc.
- Colectivos de especial vulnerabilidad (minorías étnicas, minorías culturales, inmigrantes, personas con problemas de salud mental, jurídicos-penales, personas que se encuentran en situación de desamparo, menores que se encuentran, por sus circunstancias personales internados en los centros de menores y de protección a la infancia): conseguir su implicación en el desarrollo de las propias políticas de prevención; intensificar los trabajos de intervención y prevención en estas poblaciones; etc.

Finalmente, siguiendo a Alvira Martín (2002 pp. 23-25), en la figura 1, se recoge una clasificación en la cual se pueden apreciar diferentes estrategias clasificadas desde diferentes centros e instituciones dedicados a la prevención.

Figura 1. Estrategias de prevención según diversas instituciones

1. Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
Center for Substance Abuse Prevention, 1997.

- **Diseminación de la información.** Facilitar conocimientos de la naturaleza y extensión del consumo de drogas con los efectos que tiene sobre los individuos y la sociedad.
- **Educación.** Comunicación interactiva intentando formar habilidades sociales, toma de decisiones, habilidades de resistencia al estrés, análisis crítico...
- **Alternativas.** Proporcionar alternativas de actividades que excluyan el consumo de drogas a la población objeto.
- **Identificación de población problemática y tratamiento.** Identificar la población consumidora de drogas y tratar de reeducarla.
- **Procedimientos basados en la comunidad.** Proporcionar capacidades a la comunidad para llevar a cabo actividades de prevención y servicios de tratamiento. Incluye organización, planificación, coordinación institucional, redes, etc.
- **Actuaciones en el entorno.** Cambios en los estándares, códigos y actitudes de la comunidad. Puede hacerse a través de iniciativas legales o iniciativas orientadas a dar servicios.

2. Consejo de Europa. Handbook Prevention, 1998

(Clasificación de estrategias de Gerstein y Green)

- **Factores de riesgo.** Se identifican los factores de riesgo como cualquier característica del individuo que esté relacionada con el consumo de drogas y se actúa sobre dichos factores. Es una perspectiva a-teórica.
- **Enfoque evolutivo.** La prevención se centra en la dinámica familiar durante la socialización primaria y en la escuela.
- **El modelo de la influencia social.** Los puntos clave son dar información sobre los efectos de las drogas, sobre cómo operan los procesos de influencia social, enseñanza de habilidades de resistencia.
- **El enfoque comunitario.** Síntesis de los tres modelos anteriores.
- **Programas enfocados a los centros escolares.** Se suelen incluir los siguientes componentes:
 - w Información sobre drogas y efectos.
 - w Aprendizaje de técnicas de toma de decisiones.
 - w Técnicas de afrontamiento del estrés.
 - w Mejora de la autoestima.
 - w Aprendizaje de habilidades de resistencia.
 - w Actividades alternativas.
 - w Compromiso público de no consumo...
- **Compromisos en los medios.** No parecen tener efecto sobre la conducta pero sí sobre:
 - w Sensibilización e información.
 - w Movilización.

3 n Fundación de Ayuda contra la Drogadicción.

Información general para la prevención de drogodependencias, 1997

- **Estrategia informativa:**
 - w Ofrecer datos objetivos y veraces.
 - w Huir de la falta de concreción.
 - w La información facilitada debe estar de acuerdo con el nivel de la población objeto.
- **Estrategia formativa.** Se trata de una forma de intervenir que se centra en el ser humano con la intención de lograr que éste, por decisión y control propio, prescinda libremente del consumo de drogas.
- **Ofrecer alternativas.** Las alternativas deben ser numerosas y diversas porque las experiencias, carencias y motivaciones que llevan a consumir drogas son muy variadas.

4 n Criterios de Acreditación en Prevención.

Plan Nacional sobre Drogas, dic. 1996

Plantea dos clasificaciones distintas de las estrategias:

- **Clasificación A:**
 - w Estrategia de tipo informativo.
 - w Generación de alternativas al comportamiento que se desea evitar.
 - w Educación afectiva.
 - w Entrenamiento en habilidades posibilitadoras de comportamientos saludables.

- **Clasificación B:**
 - w **Estrategia de reducción de la demanda de drogas** mediante el desarrollo de competencias individuales y sociales útiles para ayudar a prescindir de relaciones problemáticas con las drogas (fomento de la autoestima, información adecuada sobre las drogas, generación de alternativas, clarificación de valores...).
 - w **Estrategia de reducción de riesgos asociados al consumo de drogas.** Evitar, además de la drogodependencia, otros trastornos de salud en los consumidores. Se incluyen actividades de detección y control de patologías orgánicas y psicológicas para prevenir el contagio y transmisión de enfermedades.
 - w **Estrategia de reducción de la oferta y promoción de drogas.** Normas de control y restricción de la disponibilidad de las drogas (limitaciones de publicidad, prohibición de venta de bebidas y tabaco a menores, restricción del consumo en locales públicos...)

En la figura 2 se recogen las estrategias de los programas de prevención de drogodependencias en adolescentes que han sido analizados en su metaanálisis por Tobler et al. (2000) de más de quinientos programas.

Figura 2. Contenido principal de los programas de prevención de drogodependencias en adolescentes

Conocimiento-información	<ul style="list-style-type: none"> w Conocimiento de los efectos de las drogas. w Conocimiento de la influencia social y de los medios. w Conocimiento del consumo real de drogas de los compañeros (Educación normativa).
Afectividad	<ul style="list-style-type: none"> w Autoestima y sentimientos. w Introspección y auto-conocimiento. w Actitudes, creencias y valores.
Habilidades de rechazo	<ul style="list-style-type: none"> w Habilidades de rechazo de las drogas. w Actividades de compromiso público. w Habilidades cognitivas. w Redes de apoyo con adolescentes no consumidores.
Habilidades genéricas	<ul style="list-style-type: none"> w Habilidades de comunicación. w Habilidades de asertividad. w Habilidades de solución de problemas y toma de decisiones. w Habilidades de afrontamiento. w Habilidades sociales y de relaciones con el otro sexo. w Identificación de alternativas. w Fijar metas/objetivos.
Habilidades de seguridad	<ul style="list-style-type: none"> w Habilidades para protegerse en una situación relacionada con drogas. w Habilidades para proteger a los compañeros en una situación relacionada con drogas. w Seguridad relacionada con beber y conducción.
Actividades extra-académicas	<ul style="list-style-type: none"> w Actividades de empleo remunerado. w Deportes organizados. w Actividades culturales organizadas. w Actividades de ocio no relacionadas con drogas. w Trabajo voluntario en la comunidad.
Resto	<ul style="list-style-type: none"> w Ayuda-asesoría a compañeros. w Ejercicios de casa (trabajo de casa). w Refuerzo, recompensas, economía de "fichas". w Implicación de los padres. w Implicación y coordinación de la comunidad.

1.5.2. TIPOS DE PROGRAMAS PREVENTIVOS

Es a partir de los años 60 cuando se comienza a hablar de programas de prevención, pudiendo confirmarse una evolución considerable en el desarrollo de estos programas. Cabe mencionar a Gorman (1996) como uno de los primeros en establecer las primeras clasificaciones que, como cita Becoña Iglesias (2011), servirán para enmarcar los diferentes programas preventivos a lo largo del tiempo. Partiendo de esta clasificación y de las aportaciones de diferentes autores/as (Acero Achirica, 2004; Becoña Iglesias, 2002, 2011; Fernández Bustos, 2010; García Moreno, 2003; Sánchez Pardo, 2010), se recogen en la tabla 4 los diferentes programas preventivos instaurados hasta la actualidad, así como sus principales características.

Tabla 4. Tipos de programas preventivos

Programas	Momento de aparición	Objetivo	Características	Limitaciones	Ventajas
Programas de modelo informativo o racional (modelo tradicional)	Años 60 y 70	Mostrar los aspectos negativos y peligrosos de las drogas, apelando al miedo y a contenidos morales.	Se centran en facilitar información mediante la cual solucionar la situación de consumo.	Enfoque simple ya que existe un gran número de factores que se relacionan con la conducta que van mucho más allá del conocimiento de la sustancia o de la conducta. No tienen en cuenta factores de carácter psicosocial. Inadecuación de los métodos de enseñanza empleados.	Inician la prevención. Se han mantenido en el tiempo.
Programas de modelo de influencias sociales (enfoque psicosocial)	Años 70 y 80	Entrenar las habilidades de afrontamiento de los/las jóvenes.	Más complejo que el modelo tradicional. Se tienen en cuenta tres factores de riesgo (ambiente, personalidad y	Los resultados no se mantienen a largo plazo. Dependen del tipo de sustancia que se analice.	Reducen el consumo de tabaco entre estudiantes con padres y amigos que fuman. Se han obtenido

Programas	Momento de aparición	Objetivo	Características	Limitaciones	Ventajas
			conducta). Se entiende que el consumo de sustancias es una conducta que se adquiere socialmente. Otorga una gran importancia al aprendizaje de habilidades sociales.		resultados prometedores en grupos con características demográficas especiales (deprivación económica o pertenencia a barrios pobres con alta tasa de delincuencia).
Programas enfocados desde los medios de comunicación	Años 80	Mostrar la permisividad de los medios de comunicación acerca del consumo de drogas. Realizar campañas de prevención del consumo desde los medios de comunicación.	Se basan en la influencia de los medios de comunicación en las creencias, normas, actitudes y conductas de la población receptora.	Se han encontrado resultados inconsistentes y contradictorios. Pueden no tener efectos o incluso potenciar el consumo.	Pueden incrementar el conocimiento sobre las drogas. Pueden modificar las actitudes. Pueden conseguir cambios normativos significativos. Serían más eficaces si se combinasen con otros tipos de intervenciones .
Programas desde el enfoque comunitario	Años 80	Sacar el máximo provecho de los diferentes grupos sociales y sus entornos,	Intentan abarcar no sólo al sujeto sino también las variables sociales y	No existen estudios de evaluación concretos que confirmen sus aspectos	Parecen tener efectos iniciales positivos. Se tiende a

Programas	Momento de aparición	Objetivo	Características	Limitaciones	Ventajas
		incorporando a las organizaciones, los grupos e instituciones en un sistema organizado y global.	ambientales implicadas en el consumo.	positivos.	afirmar que son los únicos capaces de abarcar a todos los agentes implicados en el problema del consumo, así como de hacerles conscientes de la problemática que trae consigo y sus peligros. Aportaría resultados no sólo a corto plazo sino también a largo plazo.
Programas basados en el modelo de influencia social (de habilidades generales)	Años 80 y 90	Se centra en el aprendizaje y entrenamiento de una amplia variedad de habilidades generales para afrontar sucesos de la vida cotidiana.	Entrenamiento en la toma de decisiones y en la solución de problemas generales, habilidades para poder tener su propio criterio y no caer bajo la influencia de otros/as.	Programas dirigidos específicamente a prevenir el comienzo del uso de drogas.	Se da una mayor importancia al aprendizaje de habilidades personales y sociales en diferentes tipos de situaciones que puedan estar relacionadas con el consumo de diferentes sustancias.
Programas basados en la evidencia	Años 90	Mejorar, ampliar y complementar	Programas basados en el modelo de		Basados siempre en criterios

Programas	Momento de aparición	Objetivo	Características	Limitaciones	Ventajas
		los déficits de los programas anteriores. Pretenden reducir la prevalencia del consumo de drogas.	habilidades generales, pero se suelen combinar con otros componentes.		científicos.
Programas basados en el modelo lógico	2004	Verificar la evidencia científica y dar validez a las actuaciones preventivas.	Plasma una sucesión de eventos relacionados de forma lógica que ponen en relación los inputs y outputs de la acción con los resultados.		<p>Aporta comprensión y elementos de juicio útiles.</p> <p>Ayuda a monitorizar el proceso.</p> <p>Sirve como estructura evaluativa.</p> <p>Ayuda a revelar supuestos básicos de importancia para la prevención.</p> <p>Ayuda a restringir la tendencia a realizar afirmaciones no fundamentadas.</p> <p>Promueve la comunicación.</p>

1.5.3. ELEMENTOS ESENCIALES DE LOS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN EFICACES

En los últimos años, los programas de prevención eficaces con bases científicas son los que han demostrado ser los más eficaces. Se han puesto en marcha en diferentes contextos, situaciones, ambientes y como han indicado Robertson et al. (2004) para determinar qué tipo de programa se ajusta más a las necesidades de una situación en un momento dado, deben considerarse los siguientes elementos esenciales: introducción del programa (cómo se selecciona o adapta, cómo se implementa y cómo se evalúa), estructura (cómo cada programa está organizado y construido), contenido (cómo se presenta la información, las habilidades y las estrategias).

A continuación, se describen dichos elementos esenciales:

- La introducción del programa incluye la selección o adaptación del programa y su implementación. Las diferentes comunidades encajan y buscan los programas en base a sus necesidades, por lo que, si realizan una buena revisión de los programas ya en circulación e incorporan esta información en el correspondiente plan de la comunidad, les facilitará la elección de éste, ante las nuevas situaciones que vayan surgiendo. Cuando un programa no ha sido sometido a un estudio de investigación previo, es mejor seguirlo tal cual, para que los resultados sean lo más eficaces posibles. La implementación se refiere a cómo se aplica el programa, lo que incluye el número de sesiones, los métodos utilizados y su seguimiento. El desarrollo de la implementación puede determinar la buena o mala eficacia de un programa.
- La estructura tiene que ver con el tipo de programa, la audiencia, y el ambiente a los que va dirigido. Aquellos programas que están basados en la familia son válidos tanto para alcanzar a dichas familias como a sus hijos, en diferentes tipos de ambientes. Los que están basados en los centros educativos, los que han sido completamente probados y desarrollados, se han convertido en base primaria para todos/as los niños/as. Los programas basados en los medios de comunicación y en la informática han demostrado también su eficacia alcanzando a personas, tanto a nivel individual como comunitario. Las investigaciones también han demostrado que la combinación de dos o más programas eficaces, tales como los programas familiares y escolares, puede ser aún más eficiente que un solo programa. Estos se llaman programas de múltiples componentes.
- El contenido está compuesto por la información, el desarrollo de las habilidades, los métodos y los servicios. Al hablar de información, se incluyen los datos acerca de las drogas con sus correspondientes efectos, las políticas antidrogas y las leyes que las rigen. Sí cabe indicar que la información por sí sola, no resulta eficaz ante el uso/abuso del consumo de sustancias, por lo que la combinación de esta información, junto con los métodos, las habilidades y los servicios, vienen a producir unos resultados más eficientes.

1.5.4. EVALUACIÓN Y CALIDAD DE LOS PROGRAMAS PREVENTIVOS

Como ya han señalado Bordens y Abbot (1999), como se citaron en Sánchez Pardo (2011, p. 4) “la evaluación ha sido señalada como el motor de la ciencia y constituye una herramienta esencial para la promoción de intervenciones preventivas basadas en evidencias”.

Una de las primeras personas en hablar de la evaluación de los programas preventivos ha sido López (1987), como se citó en Font-Mayolas et al. (2010), dejando claro que,

los programas no se evalúan únicamente una vez finalizados, sino desde el momento en el que se plantea su implantación para resolver un determinado problema. A lo largo del proceso de la evaluación se analizan aspectos de los programas como la pertinencia, la suficiencia, los progresos, la coordinación, la participación comunitaria, la eficiencia, la eficacia y los efectos (p. 23).

Cabe señalar además las aportaciones realizadas en este ámbito desde el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías –OEDT- / *European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction* (EMCDDA, 1999) ya que se introduce el concepto de “intervenciones preventivas”, entendiéndose que la evaluación no va dirigida directamente a los programas, sino a estas “intervenciones preventivas”,

o actividades llevadas a cabo con el fin de prevenir una conducta de consumo de sustancias, que pueden realizarse en varios entornos y con distintas duraciones, y basarse en diferentes métodos y contenidos. De forma práctica se propone una evaluación de las intervenciones preventivas en tres fases: planificación, calidad y proceso, y resultados (pp. 25-26).

Se recoge a continuación cómo se ha entendido la evaluación de estas tres fases en las intervenciones preventivas:

La evaluación de la planificación se refiere a la fase en la que se proyecta y diseña la intervención preventiva, y consta de los siguientes puntos:

- 1. Descripción de la naturaleza del fenómeno o de la conducta de consumo de sustancias que se quiere abordar.
- 2. Esbozo de la teoría subyacente en las opiniones respecto a la causa, la modificación y el control del fenómeno.
- 3. Análisis de la necesidad de la intervención preventiva.
- 4. Definición del grupo objetivo o grupo al que se dirige la intervención preventiva y que se puede desglosar en el grupo objetivo final (aquel con mayor riesgo de verse afectado por el fenómeno) e intermedio (mediadores/as como, por ejemplo, las familias y profesorado).
- 5. Establecimiento de los objetivos con la descripción de los efectos previstos en el fenómeno, en las variables mediadoras y en el grupo objetivo intermedio.
- 6. Definición de métodos y estrategias, calendario y duración de la intervención preventiva.
- 7. Análisis de los recursos disponibles.
- 8. Planificación de la evaluación del proceso y de los resultados.
- 9. Análisis de la fase de planificación.

La evaluación de la calidad y del proceso se dirige a la valoración de la aplicación de la intervención preventiva y de las reacciones de las personas participantes, e implica los siguientes pasos:

- 1. Decidir qué variables proporcionarán información útil sobre cómo se ha llevado a cabo la intervención.
- 2. Seleccionar los métodos y los instrumentos.
- 3. Establecer dónde, cuándo y con qué frecuencia se recogerán los datos.
- 4. Decidir quién suministrará la información.
- 5. Prever el tipo de análisis de los datos.
- 6. Analizar las estrategias, los componentes y los métodos aplicados en la práctica en comparación con el plan original.
- 7. Estudiar las fuentes de datos y los instrumentos utilizados para medir la aplicación de la intervención en comparación con el plan original.
- 8. Revisar los recursos utilizados en la práctica en comparación con el plan original.
- 9. Comprobar si la intervención ha llegado al grupo objetivo, en qué medida (grado de exposición), cuánto ha durado en realidad la intervención y cuántas actividades se han llevado a cabo en comparación con el plan original.
- 10. Analizar la calidad subjetiva de la intervención (reacciones del grupo objetivo como aceptación, grado de identificación, participación, etc.).
- 11. Analizar los resultados de la evaluación del proceso. Si bien desde el EMCCDA los puntos 2, 3 y 4 se sitúan dentro de esta segunda fase, también se podrían tener en cuenta en la fase de planificación.

En cuanto a la evaluación del proceso, el fin último no es medir los resultados, sino que se ha de verificar “si el proyecto hizo lo que dijo que haría en términos de procesos”, como señala Font-Mayolas et al. (2010, p. 50), siendo útil este tipo de evaluación para ver si funcionó el programa o la intervención desde su ejecución.

La evaluación de los resultados tiene por objetivo el análisis de los efectos de la intervención e incluye los siguientes puntos, como se indica en el trabajo realizado por el Centro de prevención e intervención en drogodependencias (2013), como se citó en Becoña Iglesias (2017, p. 51):

- 1. Planificación de la valoración de los resultados (tipos de indicadores, planteamiento cuantitativo o cualitativo, instrumentos, fuentes, frecuencia de recogida y previsión del tipo de análisis de la información).
- 2. Realización de la evaluación de resultados (tipo de diseño, instrumentos, recogida y análisis de datos utilizados).
- 3. Descripción de la muestra o población diana (tipo de selección, variables demográficas, tamaño, posibles diferencias entre las características de la muestra y las del grupo objetivo global, abandonos y sus motivos).
- 4. Análisis de los resultados (cómo ha afectado la intervención: al consumo de drogas en la población diana, a los objetivos fijados respecto al grupo objetivo intermedio y a los diversos subgrupos, como hombres, mujeres y grupos de edad).
- 5. Elaboración de las conclusiones en relación con los resultados (si se han obtenido los resultados previstos, cuáles son los más importantes, hasta qué punto existe la seguridad de que la intervención ha generado los resultados esperados, qué explicación puede darse de los resultados negativos y propuestas de futuro, qué similitudes y diferencias hay respecto a otros estudios con objetivos y poblaciones diana parecidos, etc.).

Por otro lado, cuando se habla de la evaluación de resultados lo que se procura, como nos comenta Font-Mayolas et al. (2010, p. 51), es “determinar cuáles han sido los efectos de la labor en los grupos seleccionados. Toda labor innovadora que no se haya hecho antes requerirá aún más una evaluación de resultados que la labor probada y ensayada”.

Cabe destacar que para que resulte un buen diseño en la evaluación de resultados, ésta debe presentar una alta validez interna. Se cuenta con una serie de diseños que facilitan y ofrecen garantías altas en cuanto a que dicha evaluación posea una alta validez interna, como son los recomendados por Alvira Martín (2002, p. 59):

- Diseños experimentales.
- Diseños cuasi experimentales con pretest-postest y grupo de comparación no equivalente.
- Diseños de series temporales que, teniendo una aplicabilidad limitada, resultan muy interesantes por el alto grado de validez interna que poseen.

Siguiendo en esta línea, no podemos dejar de mencionar la importancia que tiene la evaluación de base o de referencia, como han reflejado en Font-Mayolas et al. (2010) teniendo en cuenta que, se necesita un punto de partida para medir los progresos hacia los objetivos del proyecto. Sin esto, será difícil responder a la pregunta “¿se ha logrado cambiar la situación?”. Esa evaluación permitirá determinar cuál era la situación en el momento de iniciar la labor y anteriormente.

Por otra parte, en algunas ocasiones se realiza una evaluación de necesidades, importante antes de iniciar un proyecto y que va a servir de guía a la hora de centrar las actividades, los objetivos, conociendo así lo importante y centrando el trabajo a llevar a cabo con el fin de optimizar al máximo los recursos disponibles y obtener un óptimo beneficio.

Para poder analizar e identificar los beneficios y los costos de un programa y realizar una comparación con otras alternativas, cabe mencionar aquí la llamada evaluación de costos o también denominada, como hacen referencia Font-Mayolas et al. (2010, pp. 16-17) “análisis de costo-beneficio”, haciendo referencia a que de nada sirve que un programa sea barato si es ineficaz, y no basta con que un programa sea eficaz si es más costoso que una alternativa igualmente eficaz.

A continuación, se recoge otra clasificación de las diferentes modalidades de evaluación, teniendo en cuenta lo especificado por Sánchez Pardo (2011, p. 10), y tomando como base el tipo de evaluador/a, los contenidos de la misma, los/las destinatarios/as y el momento de realización:

- Evaluación de necesidades. Integra el conjunto de actividades dirigidas a conocer la naturaleza y extensión de los problemas en una comunidad o colectivo determinados y a establecer las prioridades existentes, con la intención de responder de manera adecuada a los mismos. Sus hallazgos pueden ser utilizados para implantar programas, establecer políticas o tomar decisiones de tipo presupuestario. Es esencial en la planificación de la acción preventiva, al facilitar el proceso de toma de decisiones respecto a los recursos a movilizar para superar los problemas y necesidades existentes.
- Evaluación del diseño y/o la conceptualización del programa. Pretende señalar, mediante un análisis lógico, la existencia de problemas conceptuales en el programa en relación con el problema que se quiere solucionar.

- Evaluación de la implementación o proceso. Consiste en analizar si las actuaciones diseñadas han funcionado en la práctica tal como habían sido previstas o si, por el contrario, se han producido divergencias entre el diseño y lo realizado. Su objetivo es conocer la instrumentalización del programa.
- Evaluación de la cobertura. Analiza si el programa está incidiendo o llegando a la población objeto de intervención (población diana), o si por el contrario se producen sesgos en la cobertura.
- Evaluación de resultados. Supone dar a respuesta a una doble pregunta: ¿se están consiguiendo los resultados previstos?, ¿los resultados obtenidos pueden ser atribuidos con un grado de certidumbre razonable a la realización de las actividades previstas en el programa? La evaluación de resultados se orienta a verificar la existencia de una relación inequívoca entre las actuaciones que integran los programas y los resultados obtenidos.
- Evaluación del impacto. Establece los efectos producidos por la intervención, y no solamente los cambios obtenidos en relación a los objetivos propuestos como hace la evaluación de resultados, de la que difiere tanto en sus contenidos como, con frecuencia, en la población a la que se le aplica. Si la evaluación de resultados mide las modificaciones inmediatas que un programa introduce en la población destinataria, la evaluación del impacto analiza los efectos acumulados del programa en otras poblaciones en el medio y largo plazo.
- Evaluación económica (relación coste–beneficios). Analiza la rentabilidad del conjunto de actividades que integran un programa. Para que sea viable es necesario cuantificar todos los costes que ocasiona la ejecución del programa, para poder confrontar estos con los beneficios obtenidos.

1.5.5. LA EFICACIA DE LOS PROGRAMAS PREVENTIVOS EN LA ESCUELA

Algo que se puede concluir de lo especificado hasta el momento es que debería existir un mayor número de evaluaciones de los programas preventivos para poder comprobar su eficacia, dada la importancia del tema y dada la evidencia científica. En este sentido, se hace necesario mencionar el estudio realizado por Espada et al. (2003), como se citaron en Peñafiel Pedrosa (2009, p. 179) en que han realizado un metaanálisis de

las evaluaciones realizadas en España desde 1985 hasta 2002 y, tras valorar los únicos 9 informes científicos que cumplieron los criterios de rigor metodológico, concluyen que los programas aplicados en el contexto escolar, aunque se mostraron eficaces para prevenir el abuso de drogas, obtuvieron efectos de pequeña magnitud.

Uno de los mejores modos de saber lo que funciona y lo que no en el ámbito de la prevención de las drogodependencias es mediante la técnica del metaanálisis, la cual presenta muchas ventajas a la hora de valorar los programas de prevención. Se puede decir, como ha indicado Becoña Iglesias (2011), que los metaanálisis de los programas preventivos de drogas permiten: incrementar el conocimiento, reforzar las normas sociales contrarias al abuso, modificar la percepción de la aceptación social, incrementar las habilidades de resistencia y disminuir el uso con respecto al que podría esperarse.

Tolber (1986) como se citó en Espada Sánchez et al. (2003) es uno de los pioneros en la investigación basada en el metaanálisis, cuyo primer trabajo, en el que efectúa una revisión de 143 programas de prevención norteamericanos, demuestra que, según el tipo de programa, resultaron más eficaces aquellos centrados en factores psicosociales que los focalizados en la generación de alternativas, mientras que no se mostraron eficaces los basados en la transmisión de información y/o en la educación afectiva. Según el aspecto evaluado, los programas produjeron un efecto moderado en el nivel de conocimiento sobre las drogas, pequeño en el desarrollo de habilidades sociales y en el consumo autoinformado, e insignificante en el cambio de actitudes.

Son numerosas las investigaciones a lo largo de los últimos años en nuestro país para analizar la eficacia de los programas preventivos en la escuela, pudiendo destacar los estudios de Botvin (2000), como se citó en Peñafiel Pedrosa (2009, p. 175), en los que “muestra que los programas de prevención en este contexto pueden reducir el uso de tabaco, alcohol y cannabis en los adolescentes, al menos hasta el final de la enseñanza secundaria”.

Cabe destacar que, según las investigaciones realizadas, los programas que abordan las influencias sociales en el consumo muestran un impacto mayor y positivo al igual que aquellos que utilizan una metodología en la que se implica la participación activa del alumnado. Como señalaron Fernández et al. (2002) este tipo de metodología permite abordar de una mejor manera los principales contenidos que deben poseer los programas preventivos, es decir, “ensayar nuevas conductas para hacer frente a la presión de grupo, y conocer las actitudes y el uso de drogas real de los compañeros, lo cual facilita la clarificación de las normas y comportamientos de los demás” (p. 183).

Para que sean efectivos, se ha demostrado que, en los programas, como por ejemplo los centrados en el tabaco, se deben incluir entrenamientos para resistir a los mensajes de los anuncios que hay acerca del consumo y, sobre todo, facilitar información real acerca de las consecuencias tan negativas de su consumo a corto plazo, resultando de vital importancia incluir en estos programas estrategias de afrontamiento y manejo de la ansiedad. Así bien, como señalan Fernández et al. (2002) cuando se refieren a los programas centrados en el cannabis, deben informar acerca del daño que producen las sustancias en el cuerpo, así como “el daño asociado a su consumo, mejorar la autoestima, sugerir estrategias alternativas para conseguir la aprobación de los iguales sin consumir, aumentar el refuerzo personal y reforzar las actitudes de abstinencia” (p. 183).

Se habla también de la importancia de que estos programas estén basados en los modelos teóricos de cambio conductual, ya que normalmente la asociación de ciertas conductas conlleva al consumo, y si hay un cambio en la conducta que lleva al consumo, se eliminará el riesgo de éste. Igualmente, en cuanto a las personas encargadas de implementar dichos programas es recomendable que sea el propio profesorado, con ayuda de la participación del grupo de iguales, ya que, como indican Fernández et al. (2002), éste puede ser útil para potenciar la interacción entre el alumnado, lo cual es básico para trabajar los contenidos esenciales. En los programas de prevención de tabaco se recomienda que los pares sean de la misma edad y no tengan una formación muy distinta de la de sus compañeros/as.

En cuanto al número de sesiones no hay un consenso establecido; se recomienda cierta frecuencia, pero no hay una estipulada. De lo que sí se habla es de un número mínimo de sesiones “concretamente de diez o más” Whitte y Pitts, 1998, como se citaron en Fernández et al. 2002, p. 83). En su mismo estudio indican que “el éxito de las intervenciones

aumenta si van acompañadas de acciones complementarias en la comunidad o a través de los medios de comunicación que refuercen los mensajes del programa” (p. 83).

En cuanto a la edad, no se establece una edad idónea para la aplicación de dichos programas, pero Rooney y Murray (1996) señalan que se deben aplicar “en el paso de la educación primaria a la secundaria” y, Tolber y Stratton (1997) indican la necesidad de “desarrollar programas adecuados a cada edad y que un único programa no puede ser considerado suficiente para toda la adolescencia”, como se citaron en Fernández et al. (2002, pp. 183-184).

Ahora bien, se pueden resumir una serie de características comunes en las que se basan todos aquellos programas que son efectivos. Siguiendo a Fernández et al. (2002), se concretan cinco puntos principales: la orientación del programa, la metodología, los principales contenidos, los/las mediadores/as, las sesiones y la evaluación.

Resulta de vital importancia analizar el impacto de los programas preventivos, pero debemos de tener en cuenta que también tienen sus limitaciones, debido a que hay que tener en cuenta otros múltiples factores que influyen en el consumo de sustancias y que ponen ciertos límites al impacto de las intervenciones educativas. Así, autores como Arco et al. (2002), como se citaron en Peñafiel Pedrosa (2009, p. 175), indican que “la mayoría de los programas preventivos elaborados y aplicados hasta ahora en este ámbito han fracasado”.

Cabe mencionar, por tanto, aquellas dificultades identificadas en el momento de valorar los programas de prevención que, como indican Espada et al. (2003, p. 63) se centran normalmente en las siguientes cuestiones:

- El establecimiento de metas. Si desde las fases iniciales de la planificación del programa no se aplica una metodología sistemática que establezca unos objetivos operativos, resulta imposible que éstos sean evaluables.
- El establecimiento de variables de resultado. La mayoría de los estudios no delimitan con precisión las variables dependientes, que deberían definirse de forma operativa y cuantificable.
- El diseño de investigación. En ocasiones se renuncia a la rigurosidad científica, lo que requiere tiempo y esfuerzo, ante la urgencia política y la presión social para alcanzar éxitos inmediatos. En este sentido, algunas investigaciones financiadas con fondos públicos priman los resultados a corto plazo sobre los logros a largo plazo más sólidos, renunciando al control de variables que permiten una valoración más comprensiva.
- El proceso de evaluación. Una vez definidas las variables de resultado es preciso elegir los momentos y los instrumentos de evaluación. Un serio inconveniente para los/las investigadores/as se centra en la escasez de pruebas estandarizadas con garantías psicométricas.
- La comprobación de cambios directos inmediatos. Los cambios en las tasas de consumo difícilmente se constatan justo al finalizar el programa. Son las variables mediadoras, de ahí la importancia de una selección acertada, y los seguimientos a largo plazo, con los problemas que implican como la mortalidad experimental, los que corroboran la efectividad de los programas.

Se puede decir que una de las causas que ha podido originar este fracaso, ha podido ser el diseñar programas que, en lugar de centrarse en las diferencias individuales de las personas que conforman lo colectivos, se dirijan para toda la población de manera

generalizada. Según Alonso (2006), como se citó en Peñafiel Pedrosa (2009, p. 179) las causas de la falta de efectividad de estos programas pueden ser debida a que:

- Lo que hacemos no es adecuado (es ineficaz) (habría que dejar de hacerlo y hacer otras cosas). Esto se refiere, sobre todo, a que los programas de habilidades para la vida no son tan útiles como se pensaba.
- Lo que hacemos no lo hacemos bien (aplicamos mal los programas).
- Lo que hacemos es insuficiente (debemos seguir haciendo lo que hacemos y además hacer otras cosas).

Resulta de gran importancia buscar el momento idóneo y más adecuado a la hora de implementar un programa buscando el momento más preciso y más cercano a cuando se empiezan a realizar esos primeros contactos con las drogas, curiosidades, preguntas, incógnitas... Así, Peñafiel Pedrosa (2009, p. 176) considera que puede ser en la etapa de la Enseñanza Secundaria Obligatoria, ya que realizando un análisis de los objetivos generales que se plantean en la Enseñanza Secundaria Obligatoria y el Bachillerato, se puede justificar la integración de los programas de prevención del consumo de sustancias, dentro de las diferentes áreas curriculares. Así, encontramos recogidos en el MEC (Ministerio de Educación y Ciencia, 2006), como se citó en Peñafiel Pedrosa (2009, p. 176) que, entre los objetivos propuestos se hallan aspectos como “...afianzar los hábitos de cuidado y salud corporales...”, “valorar críticamente los hábitos sociales relacionados con la salud, el consumo...”, “afianzar actitudes de respeto y prevención en el ámbito de la movilidad segura y saludable”, “rechazo al consumo de drogas, legales e ilegales...”.

Cabe destacar aquí la importancia de que hay que contar con profesionales especialistas en esta materia de prevención a la hora de implementar estos programas, ya que si se llegan a desarrollar por personas poco formadas no tendrán la misma eficiencia y no se conseguirán los efectos deseados, pudiendo llegar a causar el efecto contrario al deseado inicialmente. Como indican Hawkins et al. (1992), como se citaron en Peñafiel Pedrosa (2009, p. 177)

estos programas, deben asentarse en el conocimiento científico de cuáles son los procesos y los factores que subyacen al origen de la conducta de consumo. Este cuerpo de conocimientos, especifica cuáles son las variables que se consideran predictoras del inicio y mantenimiento de los consumos. De este modo, se pueden definir los factores sobre los cuales debe incidir la prevención, con el fin de neutralizarlos o de moderar su efecto.

Para finalizar, se resaltan las orientaciones realizadas por Spooner y Hall, como se citaron en Becoña Iglesias (2011, p. 9) en las que indican hacia dónde se deberían de orientar los esfuerzos preventivos entre la juventud:

- Ampliar el foco desde los individuos hasta proporcionar ambientes que promuevan la salud física y mental.
- Evitar ver la prevención de drogas como una actividad que ocurre aisladamente, sino que debe verse como una de varias conductas problemáticas que ocurren al mismo tiempo.
- Ver la necesidad de la prevención de drogas para unir fuerzas con programas en la prevención de la delincuencia, la salud mental y el suicidio.

- No limitar los esfuerzos de prevenir las drogas a los/las niños/as de la adolescencia; ha de prestársele más atención a los primeros años del desarrollo y al papel de las familias en esos años.
- Tener una perspectiva amplia de la inversión social en el desarrollo saludable de los/las jóvenes.
- Invertir en la investigación sobre el abuso de drogas, la salud mental y la delincuencia para conocer las causas y las consecuencias de estas conductas con miras a obtener más y mejor información para poder hacer esfuerzos adecuados para prevenirlas.

Si bien es cierto, es un tema que debe ser retomado y pendiente de darle un tiempo de estudio mayor, ya que una buena prevención puede ser la base de una buena educación en drogodependencias, ayudando a desmitificar falsos mitos, creencias, etc. Y así, favorecer un crecimiento personal, la toma de decisiones de forma que les permita discernir entre los caminos que les va ofreciendo la vida, y dentro de las circunstancias personales y familiares de cada uno de los/las adolescentes, se sientan protegidos/as, educados/as desde el respeto, la tolerancia y la asertividad, con una formación real en drogodependencias.

1.5.6. PROGRAMAS PREVENTIVOS LLEVADOS A CABO EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE GALICIA

Partiendo de la premisa establecida en la Estrategia Nacional de Adicciones 2017-2024 (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2018), en el marco de la prevención de drogas, los principales objetivos que refleja el OEDT en el Informe sobre Drogas (2019), se centran en retrasar la edad de inicio del consumo de drogas y de comportamientos que pueden producir dependencia, reducir su disponibilidad y prevalencia y disminuir los daños asociados. Así, la primera meta es conseguir una sociedad más sana y mejor informada mediante la disminución de la demanda de drogas y de la prevalencia de adicciones en general. Esto incluye la prevención y la reducción del riesgo, la atención integral y multidisciplinar, la reducción de daños y la integración social.

El segundo objetivo pretende alcanzar una sociedad más segura mediante el descenso de la oferta de drogas y el control de aquellas actividades que puedan desembocar en una adicción. Esto incluye la reducción de la oferta, la revisión de la legislación y la cooperación judicial y de seguridad tanto a nivel nacional como internacional.

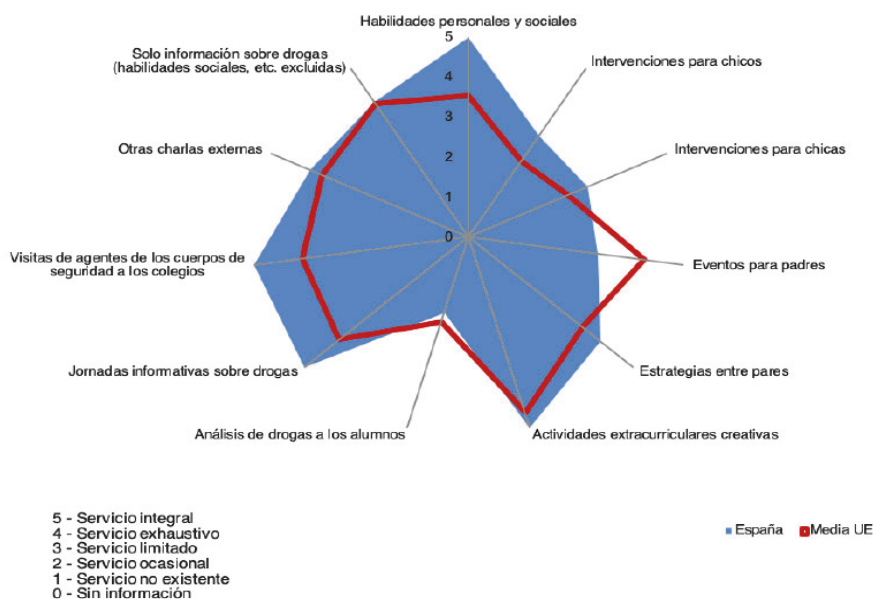
A raíz de esta Estrategia Nacional de Adicciones se proporcionan, a nivel nacional y a nivel de las comunidades autónomas, unos planes de drogas en los que se van a sumergir en múltiples tareas de prevención y reducción de daños en el consumo de sustancias. En ella se comienza a hablar de diferentes estrategias de prevención como pueden ser las universales y las ambientales, las cuales van dirigidas a las poblaciones en su totalidad y las estrategias de prevención selectivas, que van dirigidas a los grupos más vulnerables, ya que son los que se encuentran en situaciones de riesgo mayor y pueden desarrollar problemas relacionados con el uso/abuso/consumo de sustancias. Generalmente, estos programas se centran en los/las jóvenes que pertenecen a los barrios más desfavorecidos o en centros residenciales o

educativos más específicos. Estos programas incluyen principalmente actividades de desarrollo y atención, potenciando las habilidades psicoeducativas.

Como se indica en el Informe sobre Drogas 2019, en España la prevención universal se desarrolla fundamentalmente dentro del marco educativo, con el fin de proporcionar habilidades familiares, personales y competencias necesarias para afrontar ciertas situaciones. Así, los Planes de Drogas de las Comunidades Autónomas, que se desarrollan en colaboración con el sistema educativo, establecen la promoción, implementación y seguimiento de las actividades y programas de prevención de las drogas. En algunas comunidades autónomas y ciudades, la oferta se centra en unos pocos programas acreditados; en otros, hay mucha variedad, con hasta 30 programas diferentes. En los últimos años se ha impulsado el trabajo comunitario promoviendo el trabajo en red de asociaciones de padres y madres. Una particularidad española es la implantación en todas las comunidades autónomas y ciudades de programas alternativos de ocio que buscan promover el entretenimiento libre de drogas para menores y jóvenes. Los programas de prevención en las universidades han surgido en los últimos años y se centran principalmente en la provisión de información y la sensibilización, utilizando métodos de educación entre pares o en línea. Los programas dirigidos a bares, clubes nocturnos y conciertos de música los llevan a cabo mediadores/as de pares, que trabajan para identificar a los/las consumidores/as problemáticos/as de drogas y proporcionar información y asesoramiento sobre las drogas. Algunas comunidades autónomas implementan sus propios programas específicos, como Plataforma de Ocio de Calidad, Q de Calidad y Servicio Responsable de Bebidas Alcohólicas.

A continuación, en la figura 3 se reflejan los diferentes servicios de intervenciones llevados a cabo en España (OEDT, 2019, p.23):

Figura 3. Servicios de intervención en España



Nota. Tomado de Informe sobre Drogas 2019 (p. 23), por OEDT, 2019. OEDT.

Antes de centrarse en profundidad en los programas preventivos llevados a cabo dentro de la comunidad autónoma de Galicia, se hace necesario hacer mención a la que se conoce como Cartera de Servicios en materia de prevención de las drogodependencias, que constituye:

el conjunto de servicios relacionados con la prevención de las drogodependencias que deben ser ofertados por todos los Equipos de Prevención integrados en el Plan de Galicia sobre Drogas para dar una respuesta equitativa y homogénea a las necesidades y expectativas que la población presenta en relación con los consumos de drogas, desde la perspectiva de su prevención. Sin duda, su principal contribución es la de delimitar y clarificar qué intervenciones deben prestarse por parte de todos los Equipos de Prevención del PGD (Pedreira Crespo, 2008, p. 9).

Los programas que se recogen en esta Cartera de Servicios en materia de prevención de drogodependencias se diferencian por ámbitos (escolar, familiar, dirigidos a la juventud, laboral, de reducción de daños, en clave de género, prevención a otros colectivos, y de actividades transversales como soporte a otros programas de prevención). En este caso, dado el tema que nos ocupa, en la tabla 5 se recogen aquellos centrados en el ámbito escolar, en el ámbito familiar y en los dirigidos a jóvenes (Pereira et al., 2008, p.9):

Tabla 5. Programas preventivos en el ámbito escolar, familiar y dirigidos a jóvenes

Ámbito	Programa	Tipo de prevención	Destinatarios / Edad	Contexto de aplicación	Finalidad / Objetivo	Modelo/s	Actividades	Contenidos	Duración	Materiales	RRHH	Evaluación
Escolar	Prevención del Consumo de Drogas en el Ámbito Educativo – PPCDE-	Universal	Educación Infantil, Primaria, Secundaria y la Enseñanza Postobligatoria. Abarca a todas las edades comprendidas entre los 5 y los 18 años.	Centros escolares. Incluye también a toda la comunidad educativa y a las familias.	Teoría Cognitiva Conductual de Bandura. Triada información-actitud-conducta.	Coloquios, debates, trabajos individuales, trabajos grupales, lecturas compartidas y cursos de formación para el profesorado en materia de prevención de las drogodependencias.	Información sobre alcohol y tabaco y otras drogas. Desarrollo de la autoestima. Habilidades sociales y de resistencia. Fomento de valores saludables.	No tiene una duración determinada. Cada centro decide cómo ponerlo en marcha en función de las necesidades que surjan. Se aconseja una dedicación de entre 10 y 20 horas por curso.	Dos guías, una para el centro y otra para el profesorado. Para el alumno se cuenta con un cuaderno de trabajo.	Profesores. Profesional es de los equipos de prevención (en el caso de que los tutores no quisiesen aplicarlo por desconocimiento o inseguridad, el profesional del equipo puede implementar el programa él mismo con el consentimiento del equipo directivo del centro) Técnicos de los	Evaluación sistemática y estandarizada, con mediciones previas y posteriores a la intervención sobre las variables que pretende modificar el programa (actitudes, creencias y hábitos de consumo), así como sobre ciertas competencias de tipo personal y social entre los participantes en el programa (autoestima, control emocional,	
							Toma de decisiones. Control emocional. Fomento de actividades de ocio saludables.					

Ámbito	Programa	Tipo de prevención	Destinatarios / Edad	Contexto de aplicación	Finalidad / Objetivo	Modelo/s	Actividades	Contenidos	Duración	Materiales	RRHH	Evaluación
											CEFORES (centros de formación y recursos).	habilidades para la vida y de resistencia, toma de decisiones) y los hábitos de ocio.
	Cinensino	Universal	Escolares que están cursando tanto primero como segundo de la ESO.	Ámbito escolar.		Modelo de la Acción Razonada y Modelo centrado en la hipótesis de la susceptibilidad.	Visionado de tres películas (una por cada trimestre), previamente seleccionadas por el profesorado. A su finalización, se entregará a cada alumno/a de la unidad didáctica correspondiente a la misma y siempre dentro del horario escolar.	“Conocer para educar”. “De la causa a la prevención”. “De la situación a la intervención”.	32 horas.	Manual para el profesorado y un cuaderno para el alumnado, con las correspondientes unidades didácticas.	Profesores de 1º y 2º de la ESO , con mediciones previas y posteriores a la intervención, sobre las variables que pretende modificar el programa (creencias, actitudes y hábitos de consumo).	Evaluación sistemática y estandarizada , con mediciones previas y posteriores a la intervención, sobre las variables que pretende modificar el programa (creencias, actitudes y hábitos de consumo).

Ámbito	Programa	Tipo de prevención	Destinatarios / Edad	Contexto de aplicación	Finalidad / Objetivo	Modelo/s	Actividades	Contenidos	Duración	Materiales	RRHH	Evaluación
	No pasa nada, ¿pasa algo?	Selectiva	Alumnos de 4º de ESO en situación de riesgo, que se encuentran en centros en los que se ha detectado algún problema de consumo de sustancias psicoactivas.	Escolar		Modelo de estilos de vida y factores de riesgo que lo condicionan.	Torbellino de ideas y brainstorming, el cuchicheo o diálogos simultáneos, la técnica del Philips 6-6, el rumor, la discusión dirigida, ...	Mitos y creencias. Clasificación de las drogas teniendo en cuenta sus efectos en el sistema nervioso central.		Manual para la implementación del programa. Guías informativas para padres. Pósters informativos.		Protocolo inicial relativo a los problemas relacionados con las drogas existentes en el centro escolar, cumplimiento por los responsables del centro. Este protocolo será aplicado de nuevo dos meses después de completado el programa para medir los cambios registrados en las percepciones de los responsables de los centros sobre los problemas existentes.
								Evolución de un estadio de uso a la dependencia de diferentes tipos de drogas.		Material gráfico y audiovisual.		
								Formación de las habilidades de afrontamiento.				

Ámbito	Programa	Tipo de prevención	Destinatarios / Edad	Contexto de aplicación	Finalidad / Objetivo	Modelo/s	Actividades	Contenidos	Duración	Materiales	RRHH	Evaluación
												<p>Cuestionario previo y posterior a la intervención al alumnado participante en el programa para conocer los cambios registrados en los niveles de información sobre las drogas, la percepción del riesgo, los hábitos de consumo y las intenciones futuras de consumo de drogas.</p>
	Odisea	Selectiva	Entre 16 y 18 años de edad.	Entorno escolar, aunque también puede llevarse a cabo, por sus características, en Centros		Modelo de Desarrollo Social. Teoría para la conducta de riesgo de los adolescentes. Modelo de las	Cuatro fases: de formación, de apoyo, de seguimiento y de evaluación.	Prevención en el proyecto educativo de centro. Intervención sobre el contexto.	Seis meses.	Guía fácil de prevención selectiva en recursos educativos y formativos.	Profesorado.	Se hace especial énfasis en la evaluación de sus resultados.

Ámbito	Programa	Tipo de prevención	Destinatarios / Edad	Contexto de aplicación	Finalidad / Objetivo	Modelo/s	Actividades	Contenidos	Duración	Materiales	RRHH	Evaluación
				de Menores o Escuelas de Taller.		siete esferas de educación para la salud.		Actividades de prevención. Intervención individual. Intervención familiar.				
Familiar	Más que un techo	Universal			Promover una mayor implicación de los padres/madres o tutores como agentes de salud y fomentar la adquisición de las competencias necesarias para que puedan desarrollar esta importante función de forma adecuada.	Modelo sistémico.	Tres tipos: encuentros padres/profesores/alumno; actividades con padres presenciales.	Características evolutivas en función de las edades de los niños. Desarrollo físico y hábitos saludables. La familia. Los amigos. Aspectos relacionales. Resolución de conflictos. Información sobre drogas.	Una sesión semanal (entre 90 y 120 minutos).	Folleto explicativo con los objetivos y contenidos del programa. Guías informativas para padres. Vídeos de prevención y consumo de drogas en el ámbito familiar, elaborados por distintas instituciones.	Técnicos de prevención que forman parte del Plan de Galicia sobre Drogas, pero a su vez, se precisa de más personal que sirva de apoyo durante su puesta en funcionamiento. Cuestionario que servirá para obtener información acerca de los conocimientos previos que tienen acerca de las drogas, las actitudes que muestran hacia el consumo de las mismas, habilidades y estilos	Hoja de registro para obtener información de la diferente tipología de participantes.

Ámbito	Programa	Tipo de prevención	Destinatarios / Edad	Contexto de aplicación	Finalidad / Objetivo	Modelo/s	Actividades	Contenidos	Duración	Materiales	RRHH	Evaluación
												comunicativo s que existen en los núcleos familiares...).
												Al finalizar el programa, cuestionario post- intervención en el que se recogerá el grado de satisfacción con el mismo y del que se obtendrá información si se han registrado cambios en las variables que se inciden en el programa.
	En familia todos cuentan	Selectiva			Se centra en que puedan llegar a desarrollar mecanismos para evitar	Modelo Sistémico. Modelo de Desarrollo Social	En forma de taller, a través de la realización de sesiones en grupo con las	Evaluación del sistema familiar (conductas de problema, interacciones	Cinco sesiones con una duración de una hora y media	Folleto explicativos de los objetivos y contenidos,	Es recomenda ble contar con dos monitores que posean	Se realizará tanto la evaluación del proceso como la evaluación de

Ámbito	Programa	Tipo de prevención	Destinatarios / Edad	Contexto de aplicación	Finalidad / Objetivo	Modelo/s	Actividades	Contenidos	Duración	Materiales	RRHH	Evaluación
					que los menores que presentan un consumo ocasional de drogas derivan hacia un problema de adicción, mediante la creación del grado necesario de motivación que predisponga a la familia y al adolescente al cambio y a una reconsideración de los problemas y de sus causas.	Catalano et al. Modelo de Socialización Primaria de Oetting et al. Teoría de la Conducta Problema de Jessor y Jessor.	et madres/padres participan, con el fin de fomentar al máximo la participación de ambos padres.	y procesos de comunicación padres-hijos). Motivación para el cambio. Estilo de supervisión. Nuestro hijo/a aprende a comportarse. Cómo actuamos los padres. Nuestro proyecto educativo.	cada grupo. Entre los dos y tres meses, pero siempre con la posibilidad de adaptarlo a las necesidades que surjan en las familias participantes.	guías informativas acerca del consumo de alcohol, el cannabis, el programa, de síntesis junto con otros materiales con información general acerca del tema en cuestión.	formación. Adicionalmente, para poder desarrollar el programa, se requiere la disponibilidad de al menos dos agentes auxiliares que tienen como función la de estar cuidando a los niños de las familias que están formándose.	los resultados.
					Establecer y mantener una transformación no sólo en el adolescente, sino en la familia que tienen hijos que consumen.	Modelos basados en la familia y en el enfoque sistémico. Modelo de estilos de vida	Ejercicios de modelado. Ensayo de conductas. Práctica de habilidades.	Trabajo con los adolescentes analizando sus inquietudes y sus comportamientos	En torno a tres meses, con una duración de 90 minutos distribuidos en cinco sesiones.	Videos y folletos con la correspondiente explicación de los contenidos y	Personal con formación en terapia sistémica.	Se registran a los participantes en las sesiones de modelado, en el ensayo de conductas y

Ámbito Programa	Tipo de prevención	Destinatarios / Edad	Contexto de aplicación	Finalidad / Objetivo	Modelo/s	Actividades	Contenidos	Duración	Materiales	RRHH	Evaluación
				familia y su contexto, para ayudarles a normalizar la situación de crisis por la que están pasando.	factores de riesgo que condicionan.	Intervenciones en el domicilio familiar en situaciones de crisis.	ntos consecuencia s.	y	objetivos del programa y, con otro tipo de materiales para la formación de los padres y madres, como pueden ser guías informativas		en el entrenamiento de habilidades. Igualmente se registran las intervenciones educativas realizadas en el domicilio familiar y en intervenciones en crisis.
Dirigido a jóvenes	Activa	Las edades de los jóvenes deben de estar entre los 12 y los 29 años.	Asociaciones juveniles, los espacios de ocio juvenil, los clubes deportivos, entre otros.	Promover la adopción de estilos de vida saludables y de ocupación del tiempo libre entre los adolescentes y los jóvenes	Modelo propuesto por Calafat et al.	Captación de mediadores juveniles. Formación de mediadores en materia de prevención.	Conceptos básicos en prevención de drogodependencias y bases de la prevención dirigida a	La duración del programa es en torno a un año, aproximadamente.	Serán diseñados, en cada municipio por los propios mediadores juveniles que se encarguen de la llevar a	Profesionales que forman parte del Plan de Galicia sobre Drogas y de los Equipos de	Se realizará exclusivamente a aquellos/as jóvenes que mantengan una participación directa en el programa,

Ámbito	Programa	Tipo de prevención	Destinatarios / Edad	Contexto de aplicación	Finalidad / Objetivo	Modelo/s	Actividades	Contenidos	Duración	Materiales	RRHH	Evaluación
					gallegos, así como reducir la incidencia de diversos problemas sociosanitarios relacionados con el uso y/o abuso de drogas por parte de estos grupos de población (Sánchez, ?, p. 51).		un grupo de coordinación del programa en el municipio. Diseño por parte de los integrantes del grupo de coordinación de las actividades a desarrollar por los mediadores con adolescentes y jóvenes saludables. Difusión de las actividades informativas, de sensibilización y de ocio programadas.	jóvenes. Análisis de los factores de riesgo y protección asociados al consumo de drogas entre los jóvenes. Definición del rol de mediador juvenil. Establecimiento y clarificación de los objetivos que se quieren alcanzar y del papel a desempeñar por los mediadores en su contexto.		cabo el programa. Estos serían los denominados materiales específicos, pero en cuanto a los materiales generales, que serán de sensibilización e información para los jóvenes, podrán hacer uso de diferentes guías que cuenta la Consellería de Sanidad y el Servicio Gallego de Salud.	el Prevención.	partiendo de la realización de un cuestionario, antes y después de la participación en las actividades, que permitirá recabar información, acerca de las actitudes previas, actitudes iniciales hacia las drogas, hábitos de consumo, expectativas con las que llegan, y así, al finalizar se podrá ver si se han cumplido los objetivos planteados, si han modificado algunas actitudes, conocimiento

Ámbito Programa	Tipo de prevención	Destinatarios / Edad	Contexto de aplicación	Finalidad / Objetivo	Modelo/s	Actividades	Contenidos	Duración	Materiales	RRHH	Evaluación
							El hachís. Los psicoestimulantes. Patrones dominantes de ocupación del tiempo libre entre los jóvenes y alternativas de ocio. Técnicas de dinamización y trabajo grupal.				s, falsas ideas previas,... y si su percepción de riesgo frente al consumo de sustancias ha variado respecto al inicio de la formación.
Cambio de sentido	Universal	Aquellos jóvenes que están sacando el carné de conducir (desde los 16 años para el carné de motocicleta, hasta los 25).	Autoescuelas.	Mejorar la seguridad vial entre las/os jóvenes.	Teoría Cognitiva Social de Bandura.	Dos fases principales: la fase uno de coordinación y promoción del programa con las autoescuelas y la dos de ejecución del programa propiamente dicho.	Introducción al tema de la seguridad vial, el alcohol y otras drogas. La descripción de la situación actual (visualización del vídeo de la Dirección	Aunque las condiciones óptimas para el desarrollo del programa hacen aconsejable la distribución de sus contenidos en dos sesiones, existen razones	Creencias, los conocimientos previos que poseen los/as jóvenes relacionados con el alcohol, mitos, leyendas... y poder desmitificar y aclarar todas aquellas cuestiones	Técnicos de los Equipos de Prevención con los propietarios de las autoescuelas.	Cuestionario breve, que se aplicará antes y después de la intervención.

Ámbito	Programa	Tipo de prevención	Destinatarios / Edad	Contexto de aplicación	Finalidad / Objetivo	Modelo/s	Actividades	Contenidos	Duración	Materiales	RRHH	Evaluación
								<p>General de Tráfico: "Alcohol y conducción").</p> <p>La ilusión de invulnerabilidad ad.</p> <p>Uso-abuso: "uso racional del alcohol".</p> <p>Alcohol y conducción.</p> <p>Recomendaciones en caso de tener pensado beber alcohol.</p> <p>Cómo actuar ante una intoxicación alcohólica (qué hacer y qué no hacer).</p> <p>Medicamentos, otras drogas y</p>	<p>operativas que pueden aconsejar su realización en una sesión. En cualquier caso, la secuencia y ubicación de las sesiones del programa deben ser fijadas por la propia autoescuela, a fin de no perjudicar la preparación para los exámenes.</p>	<p>que puedan poner en riesgo su salud y la de su alrededor.</p>		

Ámbito Programa	Tipo de prevención	Destinatarios / Edad	Contexto de aplicación	Finalidad / Objetivo	Modelo/s	Actividades	Contenidos	Duración	Materiales	RRHH	Evaluación
Alternativa	Selectiva	Jóvenes menores de 28 años de la Comunidad Autónoma de Galicia denunciados por consumo o posesión de drogas en lugares públicos.	Servicios de prevención y asistenciales del Plan de Galicia sobre Drogas.	Conseguir la sustitución de una sanción económica por una intervención educativa sobre las distintas drogas y los efectos de su consumo, que otorgue a sus beneficiarios de capacidad para el análisis y el cambio de sus creencias y actitudes hacia las drogas y que les permita la adquisición de estrategias y habilidades de afrontamiento ante situaciones de riesgo.	Modelo de desarrollo social de Catalano et al., 1996; Catalano, & Hawkins, 1996). Modelo de socialización primaria de Oetting et al., centrado en las conductas problema y el aprendizaje de normas. Teorías de la actitud-conducta: Teoría de la acción razonada y Teoría de la conducta planificada. Teorías del aprendizaje: Aprendizaje	de información y formación acerca de las consecuencias que pueden llegar a producir el consumo de sustancias psicoactivas. Un curso para los/as jóvenes con actividades preventivas y formativas, por un lado, y por el otro, actividades de tipo informativas para padres y madres.	Descripción de los recursos de atención a las drogodependencias en la comunidad autónoma gallega. Legislación básica sobre drogas (estatal y autonómica).	Estructurado en tres sesiones, con opción de ser reducido a dos sesiones, si las características del grupo, lo permiten. Las horas oscilan entre 6 y 8, dependiendo si hay formación para familias.		Los/as profesionales de los equipos de la red de drogodependencias de la Subdirección General de Salud Mental y Drogodependencias	La evaluación contempla la aplicación de un cuestionario previo al inicio de las sesiones del programa, que permita medir la situación inicial de cada uno de los indicadores seleccionados. Esta información proporciona la línea base de partida del programa y permite su evaluación después de la aplicación del programa.

Ámbito Programa	Tipo de prevención	Destinatarios / Edad	Contexto de aplicación	Finalidad / Objetivo	Modelo/s	Actividades	Contenidos	Duración	Materiales	RRHH	Evaluación
					social y Teoría cognitiva social de Bandura, relacionadas con el análisis conductual.						
					Modelo de etapas del proceso de cambio de Prochasta, & Di Clemente (1982).						
					Teoría de la conducta problema y Teoría para la conducta de riesgo de los adolescentes (Jessor, & Jessor, 1977).						
					Modelo integrado general de la conducta de uso de drogas (Botving, 1999).						

Ámbito	Programa	Tipo de prevención	Destinatarios / Edad	Contexto de aplicación	Finalidad / Objetivo	Modelo/s	Actividades	Contenidos	Duración	Materiales	RRHH	Evaluación
						Modelo de autocontrol (Santacreu et al., 1991, 1992).						
						Modelo de solución de problemas sociales (D'Zurilla, & Golfried, 1971).						
						Modelo de estilos de vida y factores de riesgo que lo condicionan (Calafat et al., 1992).						
	Creative	Selectiva	Aquellos jóvenes que se reúnen como punto de encuentro de ocio, en plazas, parques, etc. para consumir alcohol y drogas.	Ocio nocturno.	Evitar que se consolide el consumo problemático de drogas dentro del marco de nuestra juventud y así que se puedan reducir o	Modelo de estilos de vida y factores de riesgo que lo condicionan (Calafat et al., 1992)	Información a jóvenes: a través de material diseñado al efecto sobre las distintas sustancias, sus riesgos de consumo y pautas de actuación en	Formación de mediadores juveniles, asesoramiento, información, formación e intervenciones con los empresarios y profesionales que se	Este programa cuenta con una duración de en torno a un año.	Instalación de un vehículo y/o carpas en los espacios urbanos públicos donde se reúnen grupos numerosos de jóvenes	Las personas encargadas de su implementación son los técnicos de prevención, pero igualmente participan educadores	

Ámbito Programa	Tipo de prevención	Destinatarios / Edad	Contexto de aplicación	Finalidad / Objetivo	Modelo/s	Actividades	Contenidos	Duración	Materiales	RRHH	Evaluación
		edades desde los 12 hasta los 29 años.		minimizar los problemas generados por el consumo.		situación de riesgo (Intoxicaciones, accidentes). Mediación: profesionales y voluntarios y jóvenes con capacidad de conectar con sus pares se encargan de transmitir la información, de detectar situaciones de consumo problemático, de informar y orientar en consumos de menor riesgo y de ayudar en situaciones de crisis. Formación de mediadores juveniles. Información y formación a	encargan del ocio nocturno.		para consumir diferentes sustancias. Su método de trabajo, basado en técnicas de educación social, consiste en: el empleo de mensajes lo más afines posibles a sus pautas de consumo, modos de pensar y relacionarse de los jóvenes. Se usa su propio lenguaje y códigos de comunicación, gracias a la participación de los propios jóvenes en la elaboración de los mensajes,	, voluntarios, mediadores juveniles y colaborador es.	

Ámbito	Programa	Tipo de prevención	Destinatarios / Edad	Contexto de aplicación	Finalidad / Objetivo	Modelo/s	Actividades	Contenidos	Duración	Materiales	RRHH	Evaluación
							empresarios y empleados de pubs, discotecas y bares.			materiales y estrategias informativas del programa.		
							Información y orientación a la policía local.					
							Promoción de pactos y acuerdos con empresarios de pubs, discotecas y bares para la no promoción y publicidad.					
							Distribución de preservativos.					
							Distribución de agua.					
							Medición de niveles de alcoholemia y análisis de drogas (sólo excepcionalm					

Ámbito	Programa	Tipo de prevención	Destinatarios / Edad	Contexto de aplicación	Finalidad / Objetivo	Modelo/s	Actividades	Contenidos	Duración	Materiales	RRHH	Evaluación

ente).

Nota. Elaboración propia

1.6. PREVENCIÓN Y FACTORES DE RIESGO

1.6.1. INTERVENCIONES PREVENTIVAS CENTRADAS EN LOS FACTORES DE RIESGO/PROTECCIÓN

En el campo de la prevención, en donde se hace un énfasis mayor de actividades es en aquellos factores de riesgo (tanto individuales, como comunitarios, familiares o escolares) que se manifiestan como importantes, desde los que llevan al inicio del consumo, como a aquellos que lo mantienen en el tiempo. Por ello, la mayoría de las teorías abordadas con anterioridad y el diseño de los programas de prevención de consumos

están basados en una completa comprensión de las distintas categorías de los factores de riesgo/protección y se plantean como intervenciones políticas gubernamentales y otros recursos comunitarios (García Moreno, 2003, p. 134).

Así, en el momento de diseñar un programa de intervención preventivo de consumo de drogas, se deben tener en cuenta varias cuestiones, entre ellas: que los factores de riesgo no son únicos, ni actúan de forma individual, sino que interactúan unos con otros y son múltiples y su interacción e intensidad; que dependen del momento evolutivo en el que el sujeto se encuentre, siendo proporcional el hecho de que,

la exposición a un mayor número de factores de riesgo puede incrementar la probabilidad de uso de sustancias de forma exponencial, lo que supone tener que incluir en estos programas a aquellos jóvenes que están expuestos a la acción conjunta de estos factores; que los resultados de las investigaciones sugieren que pueden constituir un enfoque prometedor en la prevención del uso de sustancias las intervenciones basadas, tanto en la reducción y el manejo de los factores de riesgo presentes en períodos críticos del desarrollo como en la potenciación de aquellos que parecen proteger al individuo del consumo (García Moreno, 2003, p. 134).

Con anterioridad, ya se ha mencionado la influencia de múltiples factores en el consumo de sustancias, de forma que no se puede identificar una única causa o establecer relaciones simples de causa-efecto, sino un gran abanico de factores que correlacionan e influyen el consumo y los patrones de dependencia (González Enríquez et al., 2002). Así, como señalan Robertson et al. (2004) tanto los factores de riesgo como los factores de protección son unos de los principales objetivos de los programas de prevención más eficaces utilizados en los ambientes escolares y comunitarios. La meta de dichos programas es crear nuevos factores de protección y fortalecer los existentes mientras revierten o reducen los factores de riesgo en la juventud.

Unido a lo anteriormente dicho, y siguiendo lo ya indicado por Becoña Iglesias (2002) se puede afirmar que hoy en día,

manejar adecuadamente los factores de riesgo y protección para el consumo de drogas nos facilita, de modo importante, no solo comprender mejor el fenómeno del consumo de drogas sino también poder poner en marcha acciones en el sentido de neutralizar los factores de riesgo y de potenciar los factores de protección. Por ello, si conocemos para una determinada sustancia, situación o grupo de personas, los factores de riesgo y protección, podremos hacer una intervención más afinada y con mayores visos de ser más efectiva (p. 408).

Por lo que resulta de vital importancia la identificación de factores, tanto de riesgo como de protección, no solo con el fin de establecer unos objetivos específicos, sino para la identificación de los grupos, las poblaciones o incluso de los individuos que se encuentran en situaciones de riesgo alto y que precisan de intervenciones específicas ante este consumo problemático (Fernández Bustos, 2010, pp. 168-169), pudiéndose hablar de intervenciones basadas en los factores de riesgo y por otro, intervenciones basadas en los factores de prevención, cada una con sus pros y sus contras.

En aquellas intervenciones que tienen como base los factores de riesgo, algunos de estos factores se pueden mostrar como resistentes ante los cambios e incluso pueden llegar a ser imposibles de modificar. Cuando nos encontramos ante una intervención preventiva en la que no resulta posible reducir o hacer desaparecer ciertos factores de riesgo, ya que éstos no son directamente manipulables, el objetivo o fin en esta intervención debe estar dirigida no tanto a manipularlos, sino a modelar, suavizar o mediatizar los efectos de éstos. De ahí que, ante esta circunstancia, se le ha empezado a dar una importancia mayor al desarrollo de aquellas intervenciones que estén centradas en los factores de protección frente al abuso de sustancias.

Como ya han indicado Rutter, 1985; Cowen y Work, 1988; Werner, 1989, como se citaron en García Moreno (2003), “los factores de protección median o moderan los efectos de la exposición al riesgo” (p. 135), lo que implicaría realizar un trabajo de potenciación de los factores de protección que inhiben el abuso de las drogas en los/las jóvenes en situaciones de riesgo.

No se pueden dejar de tener en cuenta a la hora de realizar la prevención, todos aquellos factores y variables que intervienen en el consumo de sustancias, tanto en su inicio como en su mantenimiento, entre los cuales pueden incluirse los factores de vulnerabilidad, las relaciones sociales, las habilidades personales, las presiones de la sociedad, ...

Finalmente, igual de importante a la hora de planificar una prevención en este ámbito, es llevarla a cabo a través estrategias con varios componentes, no teniendo en cuenta solo a la población susceptible de iniciarse en el consumo de sustancias, sino que se debe de tener en cuenta a todas aquellas personas que se encuentran ya en situaciones de riesgo, debido a que en su alrededor ya confluyen muchos factores que incitarían hacia ese consumo.

1.6.2. EVIDENCIAS CIENTÍFICAS EN RELACIÓN CON LOS PROGRAMAS DE PREVENCIÓN DE DROGODEPENDENCIAS

En este apartado se hace referencia a evidencias científicas que están relacionadas con los programas de prevención y que se han recogido de los trabajos realizados por Sloboda, desde el Plan Nacional sobre Drogas y Gardner, como se citaron en Pedreira Crespo (2008, pp. 81-83), que están divididas en tres tipos:

- Evidencias relativas a los factores de riesgo y protección:
 - Los factores de riesgo ejercen una mayor influencia que los factores de protección en la modulación de los consumos de drogas.
 - Entre los factores de riesgo con mayor capacidad predictora de los consumos se incluyen algunos relacionados con el ámbito familiar (malas relaciones familiares y abuso de drogas en la familia), factores de carácter social

(presencia de consumidores en el entorno social y facilidad de acceso a las drogas) y factores de carácter personal y laboral.

- Los factores de riesgo asociados al inicio del consumo de drogas difieren en función del sexo y entre los distintos grupos étnicos y culturales.
- Las políticas que inciden simultáneamente en el control de la oferta y la reducción de la demanda son más efectivas que las que inciden sólo en uno de estos ámbitos.
- El incremento de la fiscalidad sobre el tabaco y el alcohol y las restricciones hacia su uso correlacionan con el retraso en las edades de inicio a su consumo y la reducción de sus prevalencias de uso.
- Se han descubierto determinadas correlaciones entre diferentes aspectos y un mayor uso/abuso del consumo de sustancias; entre ellos:
 - Las percepciones de los/las adolescentes sobre los riesgos y beneficios del alcohol y otras drogas.
 - Las actitudes sociales favorables o tolerantes hacia ciertas drogas y la publicidad del alcohol o el tabaco.
 - El consumo de tabaco, alcohol u otras drogas por parte de la familia y sus actitudes hacia dichos consumos.
 - Las deficientes habilidades educativas y prácticas de las familias en el manejo familiar.
 - Los débiles niveles de cohesión y apego familiar.
 - El bajo rendimiento escolar, el absentismo y el fracaso escolar.
 - La ausencia de valores ético-morales o el predominio de valores sociales de carácter hedonista o presentista.
 - El consumo de drogas en el grupo de iguales o la existencia de actitudes favorables hacia ellas.
- Evidencias relativas a la efectividad de los programas de prevención
 - Los programas preventivos centrados en la familia tienen mayor impacto que las estrategias que inciden sólo en dichas familias o en sus hijos/as.
 - La escuela ofrece la oportunidad de alcanzar a todos/as los/las adolescentes y es un lugar clave para trabajar con subpoblaciones específicas con mayor riesgo de consumir drogas.
 - Los programas comunitarios que incluyen campañas en medios de comunicación y cambios de políticas son más eficaces si van acompañados de intervenciones en las familias y la escuela.
 - Se han descubierto determinados aspectos que influyen en la reducción de conductas de uso/abuso de drogas:
 - El entrenamiento de habilidades personales, sociales y de resistencias a la influencia negativa ejercida por el grupo de iguales o la publicidad son eficaces en la reducción de las conductas de abuso de droga en adolescentes y jóvenes.

Teniendo en cuenta las evidencias anteriormente comentadas, se pueden establecer una serie de aspectos a tener en consideración en el diseño de las políticas y los programas preventivos. En primer lugar, de manera general, en los programas preventivos, se pueden establecer los siguientes aspectos:

- Deben incidir simultáneamente en el control y/o la reducción de los factores de riesgo y en la potenciación de los factores de protección.
- Deben ser diseñados a largo plazo, con intervenciones repetidas periódicamente para reforzar las metas originales.
- Deben incorporar entre sus objetivos el mejorar la percepción de los riesgos asociados al uso de drogas.
- Cuanto mayor sea el riesgo de la población objetivo, más intensivos deben ser los esfuerzos preventivos y más tempranamente deberían comenzar.
- Deberían ser específicos para la edad de las personas destinatarias, apropiados para su desarrollo y sensibles a nivel de las diferentes culturas.
- Deben adaptarse a cada comunidad para tratar la naturaleza específica del problema del abuso de drogas en ella misma.
- El control de la oferta de drogas debe constituir un pilar central de las políticas preventivas.
- Deben incluir todas las formas de consumo de drogas, en particular tabaco, alcohol y cannabis, que actúan como sustancias de inicio.
- Deben fortalecer las habilidades sociales y personales de los/las adolescentes y jóvenes e incluir estrategias de habilidades para resistir el ofrecimiento de drogas y reforzar el compromiso personal y las actitudes contrarias contra su consumo.

En segundo lugar, de manera específica, los programas familiares:

- Deben priorizar las actuaciones dirigidas a reducir la presencia de factores de riesgo de carácter familiar, en especial los consumos de drogas por parte de las familias.
- Deben incluir a toda la familia, desarrollar habilidades de crianza, enfatizar el apego familiar y promover habilidades de comunicación en la familia.
- Deben proporcionar alternativas para ayudar a los/las adolescentes que están en ambientes de alto riesgo a desarrollar habilidades personales y sociales de un modo natural.
- Deben estructurarse actividades alternativas al consumo de drogas que faciliten la interacción entre los/las iguales.

En tercer lugar, de manera específica, los programas escolares:

- Deben evitar confiar únicamente en las actuaciones dirigidas a proporcionar información sobre los efectos negativos del consumo de drogas.

En cuarto lugar, de manera específica, los programas comunitarios:

- Necesitan fortalecer las normas contra el consumo de drogas en todos los ámbitos, incluyendo la familia, la escuela y la comunidad.
- Deben desarrollar la conciencia de la comunidad y los medios de comunicación frente a las drogas y difundir los peligros de ciertas sustancias: promover restricciones al consumo de tabaco en lugares públicos y centros de trabajo, reforzar la responsabilidad legal de las personas vendedoras de bebidas alcohólicas, procurar incrementar el precio del alcohol y el tabaco a través de los impuestos, promover políticas de disuasión para conductores/as negligentes, etc.

2. DISEÑO DEL ESTUDIO EMPÍRICO

2.1. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1. ANTECEDENTES. INVESTIGACIONES PREVIAS

La necesidad de plantear acciones sociales, educativas y sanitarias para reducir la demanda de las drogas, la prevención del abuso y el uso problemático de las sustancias psicoactivas no se empieza a plantear en las sociedades industrializadas hasta mediados del siglo XX, durante los años cincuenta y sesenta en Norteamérica y los años sesenta y setenta en Europa (Alfonso et al., 2009).

Los primeros intentos de intervención y prevención, respondieron más bien a una exigencia social y fueron planteados sin tener en cuenta si existía o no una base científica que avalara su efectividad (Steinberg, 2011). Se han tratado de medidas esencialmente centradas en dar explicaciones y respuestas inmediatas por lo que se fundamentaron más en planteamientos ideológicos que en la evidencia disponible.

Posteriormente, el análisis conjunto de los resultados proporcionados por estudios epidemiológicos longitudinales y transversales, experimentos neurocientíficos, estudios sociales prospectivos y diseños experimentales sobre el cambio de comportamiento y de actitudes (Becoña, 2002) ha permitido el desarrollo de un modelo sobre factores de riesgo y protección que intervienen en los procesos de adquisición y mantenimiento del uso, problemático de drogas (Burkhart, 2011; Dewit., 1995; Hawkins et al., 1992; Mrazek y Haggerty, 1994; Morin y Collins, 2000; National Institute on Drug Abuse, 2003; Petraitis et al. 1998; Tobler, 1997).

Partiendo de la información disponible desde finales de la década de los años ochenta, se inició el desarrollo de una teoría cuyo objetivo es explicar conductas antisociales, en general, en particular, la conducta de abuso de drogas, a través de relaciones predictivas basadas en la identificación de factores de riesgo y protección (Clayton, 1992; Glantz y Pickens, 1992; Hawkins et al., 1992; Kilpatrick, 2000; National Institute on Drug Abuse, 2003; Newcomb y Felix-Ortiz, 1992; Pandina et al., 1992; Smith, Lizotte, Thornberry y Krohn, 1995).

De los primeros estudios que podemos encontrar en España acerca de los factores de riesgo en adolescentes, cabe mencionar el de Freixa Sanfeliu (1993), en el cual podemos comprobar que analizó como factores de riesgo características individuales más que las condiciones ambientales o contextuales.

Con el fin de tener un punto de partida y conocer las investigaciones que se están llevando a cabo o se han llevado en este ámbito, se han realizado una búsqueda de trabajos de investigación, que sirven de guía, mencionando a continuación algunos de ellos:

- Cava, M. J., Murgui, S., & Musitu, G. (2008). Diferencias en factores de protección del consumo de sustancias en la adolescencia temprana y media. *Psicothema*, 20 (3), 389-395. En esta investigación los resultados obtenidos indican que una adecuada comunicación familiar es un factor de protección en ambas muestras, mientras que

una elevada autoestima social se plantea como factor de riesgo en la adolescencia media. La autoestima familiar y las actitudes hacia la autoridad del adolescente son también factores relevantes en ambas muestras.

- Díaz, R., & Sierra, M. (2008). Análisis teórico sobre la prevención de drogodependencias en el marco de la educación para la salud. Factores de riesgo y de protección. *Acciones e investigaciones sociales*, 26, 161-187. En este estudio teórico han estudiado los factores que facilitan el consumo, y el no consumo, para descubrir estrategias preventivas adecuadas que faciliten la disminución de la ingesta y evitar que ésta se produzca.
- Fuentes, M. C., Alarcón, A., García, F., & García, E. (2015). Consumo de alcohol, tabaco, cannabis y otras drogas en la adolescencia: efectos de la familia y del barrio. *Anales de Psicología*, 31(3), 1000-1007. El objetivo de este estudio fue analizar los factores de protección o riesgo de los estilos educativos parentales para el consumo de alcohol, tabaco, cannabis y otras drogas, considerando la interacción de los estilos parentales con la peligrosidad del barrio. Se clasificaron las familias según el estilo educativo (autorizativo, indulgente, autoritario o negligente) y el riesgo percibido en el barrio (alto o bajo). Los adolescentes de familias indulgentes mostraron el menor consumo en las sustancias evaluadas; mientras que los de familias autoritativas, autoritarias y negligentes mostraron un consumo mayor. Además, los adolescentes de barrios de alto riesgo mostraron el mayor consumo. El estilo educativo indulgente, actuando fundamentalmente mediante el afecto y no con la imposición, ejerce de factor protector independientemente de la peligrosidad del barrio. Se destaca la importancia de fomentar esta actuación parental en programas de prevención e intervención, promocionando estrategias educativas específicas que mejoren el afecto, la comunicación y la implicación parental.
- Gil Flores, J. (2008). Consumo de alcohol entre estudiantes de enseñanzas secundarias. Factores de riesgo y de protección. *Revista de Educación*, 346, 291-313. En la realización de este estudio han tomado en consideración una serie de variables personales, familiares, escolares y sociales, a partir de las cuales han identificado una serie de factores de riesgo, que incrementan el riesgo de participación en las prácticas de consumo de alcohol, y aspectos que atenúan ese riesgo actuando como factores de protección. Los resultados apuntan, como principales factores de riesgo, la opinión favorable de los estudiantes hacia el consumo de alcohol, así como la participación del grupo de amigos en el botellón, las actitudes paternas positivas hacia la participación de los hijos en este tipo de prácticas y la insatisfacción personal de los estudiantes con la vida que llevan. Como factores de protección se encuentran el control que se ejerce desde el ámbito familiar en relación con las salidas de los jóvenes, la dedicación del estudiante a las tareas de estudio, y su percepción de los efectos negativos que conlleva el consumo de alcohol.
- Guillén, N., Roth, E., Alfaro, A., & Fernández, E. (2015). Youth alcohol drinking behavior: Associated risk and protective factors. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 6(2), 53-63. En este estudio han analizado vínculos entre algunas variables socio-demográficas, familiares, personales y sociales con el comportamiento del consumo de alcohol. Los resultados han mostrado fuertes lazos entre las variables analizadas y el consumo de alcohol de los adolescentes. El modelo predictivo ajustó

relativamente bien incluyendo variables como la edad, control parental, relación padre-adolescente, presión del grupo, comportamiento antisocial y percepción de riesgo.

- López Larrosa, S., & Rodríguez Arias, J.L. (2010). Factores de riesgo y protección en el consumo de drogas en adolescentes y diferencias según edad y sexo. *Psicothema*, 22(4), 568-573. En esta investigación han detectado los factores protectores y de riesgo en la comunidad, la familia, la escuela y el grupo de iguales/individuo, las diferencias en protección y riesgo según edad y sexo y la relación entre dichos factores y consumo. Los factores de riesgo son altos en comunidad, escuela e individuo. Han observado que se dan diferencias según el sexo, contando los chicos con menos protección y más riesgos que las chicas. Los factores de riesgo más relacionados con el consumo de sustancias son la disponibilidad de drogas, las actitudes familiares favorables al consumo, la historia familiar de conducta antisocial, el inicio temprano y el consumo de los amigos, el riesgo percibido con respecto al consumo y las actitudes favorables al consumo. En los factores de protección destaca el papel de las habilidades sociales frente al consumo de alcohol.

2.1.2. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

La identificación de las preguntas de investigación es una cuestión vital para el desarrollo del estudio. A través de ellas, el trabajo de investigación sigue una dirección clara de cara a lo que se propone analizar.

La principal pregunta de investigación que se plantea para la reflexión sobre la temática de estudio y posterior elaboración de objetivos atendiendo a lo se pretende analizar es ¿cuáles son los principales factores de riesgo y de protección que actúan en los/las adolescentes con el fin de evitar el consumo abusivo del alcohol y/o otras drogas?

Para evitar el consumo abusivo de alcohol y/o otras drogas, sería necesario conocer estos factores de riesgo y protección de manera precisa, ya que a raíz de estos se crean los programas de prevención específicos.

2.1.3. OBJETIVOS

Toda investigación debe asentarse en objetivos de estudio con la finalidad de orientar la acción en relación al tema que se pretende investigar. A través de ellos se hace posible trata la finalidad de la investigación.

De acuerdo con lo establecido por Prodanov y De Freitas (2013), la definición del objetivo de estudio se inicia partiendo de la pregunta o preguntas de investigación, ya que en ese momento se procede al desdoblamiento de las variables que serán exploradas para comprender y solucionar el problema en cuestión.

La propuesta de la serie de objetivos que se planteaban en el plan inicial de investigación y en el presente trabajo, se derivan del análisis de la bibliografía en los diferentes

ámbitos que competen: una educación de calidad y bienestar para una vida saludable, prevención del consumo de drogas, factores de riesgo y de protección, consumo de sustancias, ... Así, el objetivo general de esta investigación es evaluar qué tipo de factores priman en la actualidad los/las y cuáles tienen mayor asociación ante el consumo de sustancias.

Los objetivos específicos de investigación con el fin de facilitar la comprensión y el análisis de la prevalencia del consumo de sustancias y sus patrones de uso son los siguientes:

- Conocer la situación real del consumo de sustancias, tanto legales como ilegales, en los/las estudiantes de Educación Secundaria Obligatoria en diversos centros de la ciudad de A Coruña.
- Determinar las variables asociadas al consumo de drogas, que puedan ser representativas entre los/las adolescentes consumidores/as.
- Determinar las variables que determinen la influencia que pueda existir entre el consumo de drogas (nivel socio-cultural familiar, edad, género, lugar de residencia, rendimiento académico).

2.2. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

La estructura metodológica de esta tesis se ha establecido siguiendo lo especificado por García Sanz y Martínez Clares (2012). En este sentido, se entiende que “un paradigma de investigación constituye un conjunto de metodologías compartidas por investigadores/as que adoptan una determinada concepción de la teoría y práctica del campo objeto de estudio, y que se caracterizan por una forma común de investigar en el seno de la comunidad científica” (De Miguel, como se citó en García Sanz y Martínez Clares, 2012, p. 101).

Por otra parte, los trabajos empíricos, como señalan Hernández Huescar et al. (2012), “se realizan a partir de estudios que necesitan ser verificados o contrastados mediante la experiencia, a través de observaciones o experimentaciones percibidas” (p. 249). Se realizan en el seno de las ciencias empíricas en las cuales se integran las ciencias sociales que “estudian y analizan el comportamiento del ser humano, tanto individualmente como en colectividad, y no suelen aportar generalizaciones, sino resultados más contextualizados” (p. 249) y además “constituyen trabajos de investigación susceptibles de ser llevados a cabo utilizando metodologías cuantitativas, cualitativas o mediante un enfoque ecléctico” (p. 249).

En relación con lo anteriormente comentado, Habermas (2023) indica que se pueden identificar tres tipos diferentes de intereses en los individuos: el práctico, el técnico y el emancipador. A partir de ellos cuales se establecen los tres enfoques de las ciencias: empírico-analítico (cuantitativo), histórico-hermenéutico (cualitativo) y sociocrítico (participativo). Cada uno de ellos establece diferentes paradigmas, enfoques y diseños para abordar la lógica del proceso de investigación.

Por su parte, autores/as como Hernández-Sampieri & Mendoza (2018), Cerda (2021), Maldonado (2018) y Arias (2016), como se citaron en Acosta Faneite (2023), “señalan que los enfoques de investigación son rutas para la obtención del conocimiento en las ciencias sociales e indican que son el cuantitativo, cualitativo, mixto, experimental y participativo” (p. 84).

Así, una vez formulado el problema de investigación, revisada la documentación, establecidos los objetivos y en función del propósito de la investigación, se ha optado, por una parte, por el método cuantitativo debido a que su finalidad es “explicar, controlar y predecir los fenómenos mediante la aplicación del método científico” (García Sanz y García Meseguer, 2012, p. 102) y, por otra, por el cualitativo cuya finalidad se centra en investigar la complejidad de las variables relacionadas con un fenómeno y sus múltiples interpretaciones y significados para las partes implicadas (Ñaupas et al., 2018).

Por lo tanto, podría decirse que, para la realización del presente estudio, teniendo en cuenta la necesidad de abordar la complejidad de la investigación de forma holística e integradora, se ha optado por el enfoque mixto, intentando proporcionar una visión más completa del fenómeno a estudiar a través de la integración sistemática de metodologías cuantitativas y cualitativas en una única investigación (Maldonado, 2018).

Teniendo en cuenta el enfoque mixto por el que se ha optado, la investigación se ha dividido en dos fases: la primera (cuantitativa) que se ha basado en la recogida de datos numéricos y la segunda (cualitativa) que se ha encaminado hacia la recolección de datos descriptivos y subjetivos. Siguiendo, por tanto, el enfoque mixto, se han dado los siguientes

pasos: se ha identificado la pregunta de investigación y se han definido los objetivos del estudio; se han seleccionado los métodos cuantitativos y cualitativos a emplear; se ha diseñado la metodología a seguir para seleccionar la muestra, se ha procedido a la recolección y al análisis de datos, recopilando los datos cualitativos y cuantitativos para ser analizados por separado y finalmente, integrar los resultados de ambos análisis para la obtención de conclusiones completas y precisas (Hernández-Sampieri, & Mendoza, 2018).

De esta forma, en función de los objetivos a conseguir, se ha optado por los métodos de investigación cuantitativos, realizando una investigación descriptiva con el fin de describir la situación actual de los factores de riesgo y protección ante sustancias psicoactivas en adolescentes de la localidad de A Coruña, valiéndonos, para ello de preguntas a una muestra de adolescentes de la etapa de Educación Secundaria Obligatoria (12-16 años). Dentro de la investigación descriptiva, se integran los métodos de encuesta o investigación por encuestas en los que la información se obtiene a partir de preguntas.

La elaboración de este trabajo de investigación se ha realizado en tres fases que se relatan a continuación:

1ª fase preliminar, en la cual se realizaron las siguientes actividades:

- Revisión sistemática de las publicaciones del campo de trabajo. Se llevó a cabo una exhaustiva revisión tanto de artículos en revistas científicas como de manuales, guías, libros, ... relacionados con el ámbito de estudio.
- Revisión de los principales modelos existentes, así como de los instrumentos tan diversos, intentando concretar cuáles son los más precisos y de mayor fiabilidad para la elaboración de los instrumentos de recogida de información.
- Identificación y formulación del problema.
- Definición de la metodología a emplear.

2ª fase de recogida de datos, con las siguientes actividades:

- Escenario: se estableció un primer contacto con todos los centros públicos de Enseñanza Secundaria Obligatoria de la ciudad de A Coruña a través de una carta de presentación del objetivo de estudio, mediante una petición de colaboración en este proceso del presente objeto de estudio. Posteriormente, dada la baja respuesta obtenida, se establece la petición de colaboración a los centros concertados. Se ha obtenido colaboración por parte de cuatro centros educativos (uno público y tres concertados).
- Diseño y validación de instrumentos: con el fin de diseñar instrumentos lo más ajustados y con mayor validez posible, que permitan evaluar los campos que se tratan en esta investigación: factores de riesgo y de protección, consumo de sustancias, ... se procede a realizar la validación de los instrumentos empleados para recoger la información del alumnado de los centros educativos (cuestionario), así como de la dirección y/o departamentos de orientación de dichos centros (entrevista).

3ª fase de codificación y análisis de los datos recogidos:

- Fase de análisis de la información: una vez que se van obteniendo los resultados de los cuestionarios aplicados y de las entrevistas con respuesta abierta a los correspondientes orientadores/as y/o directores/as de los centros encuestados, se desarrollaron los siguientes análisis:
 - Análisis cuantitativo y cualitativo de los resultados: se emplearon diversas estrategias de análisis cualitativas (proceso de codificación) y cuantitativas, en función de las necesidades que surgidas.

4ª fase de transmisión de los resultados.

- Informes para los centros colaboradores: se realizaron informes para los centros participantes, agradeciendo su colaboración y dándoles a conocer los datos acerca de los factores de riesgo y protección que se van asociando al consumo de sustancias; así como promover propuestas de mejora de esta realidad en que está inmersa la adolescencia.
- Exposición de las conclusiones y la correspondiente presentación de los resultados: se procedió a la redacción de las conclusiones y los resultados finales de la investigación.

2.2.1. PARTICIPANTES

Como se señalaba anteriormente, este estudio incidirá sobre el alumnado y direcciones o departamentos de orientación de los centros educativos públicos y concertados que hayan mostrado disponibilidad a participar.

Con respecto al alumnado, se trata de una muestra no probabilística por conveniencia o intencional, una vez que se caracteriza por la selección previa de ítems con base en una serie de criterios que previamente, como investigadores/as, seleccionamos de forma que se justifique su representatividad (Parra, 2003).

Este tipo de muestreo tiene gran incidencia en las Ciencias Sociales (Pérez et al., 2009; Romero, & Urdaneta, 2009; Sancho, & Grau, 2013) y da lugar a la selección de los casos con el fin de obtener una producción de datos que, a pesar de las dificultades, proporcionase la mayor información con la máxima calidad posible.

Con respecto a las direcciones y/o equipos de orientación de los centros educativos, se trata de una muestra intencional, optando por su selección de forma que cumplieren los requisitos de pertinencia, relevancia, adecuación y accesibilidad (Dioses Salinas, & Flores Talavera, 2023).

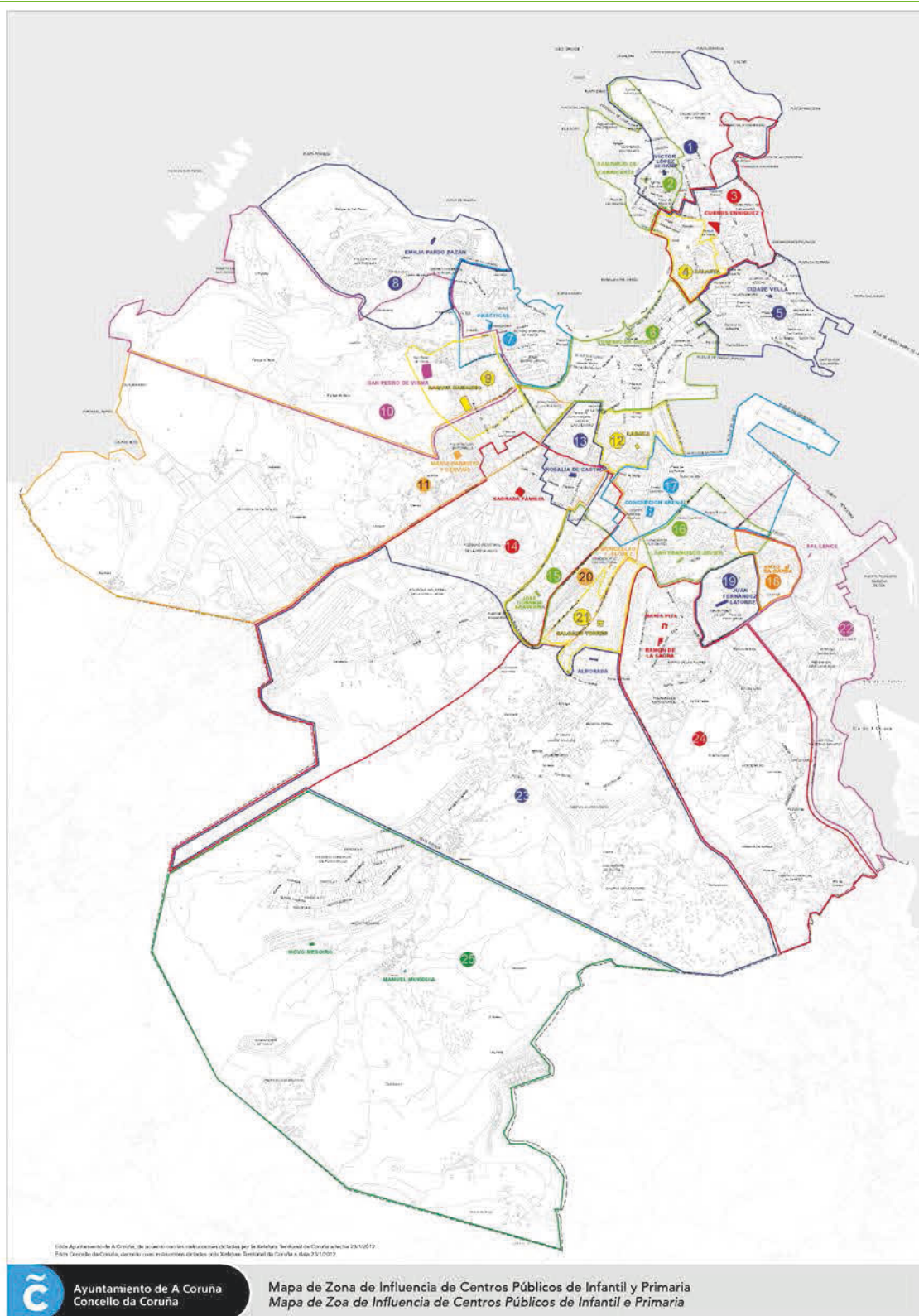
2.2.1.1. Caracterización de los centros educativos

Teniendo en cuenta el objetivo general de la investigación, era importante contar con la colaboración de un amplio número de escuelas con el fin de obtener un elevado número de cuestionarios respondidos por el alumnado y contrastar dicha información con los equipos directivos y/o equipos de orientación.

Esta tarea resultó de extrema dificultad ya que muchos de los centros no respondieron a la solicitud y otros, debido al tema implícito, respondieron negativamente. La mayoría de las veces, a pesar de la insistencia, se justificaban en función del exceso de trabajo en los centros que dificultaba participar en la respuesta de un nuevo cuestionario, reforzando el hecho de que son “invadidos” con instrumentos de evaluación destinados a investigaciones.

Así, la idea inicial era obtener como mínimo un centro de cada una de las zonas de influencia de la ciudad de A Coruña, tanto de centros públicos (figura 4) como de centros privados concertados (figura 5):

Figura 4. Mapa de zona de influencia de centros públicos



Nota. Ayuntamiento de A Coruña.

Atendiendo a los mapas de influencia anteriormente expuestos, en la ciudad de A Coruña se cuenta con 25 áreas de influencia de centros públicos y 12 áreas de influencia de centros privados concertados que confluyen en una totalidad de seis áreas, como se recoge en la tabla 6. Teniendo en cuenta lo anteriormente comentado, en la presente investigación se han tomado como referencia una totalidad de seis áreas en las que confluyen tanto los centros públicos como privados concertados denominadas en dicha tabla como áreas de la A a la F.

Los centros que manifiestan su colaboración son cuatro (uno de carácter público y tres de carácter concertado), que se encuentran en las áreas A, E y F. Se reflejan en la tabla con el código de identificación LGOA, CPM, IESM y SMM, con el fin de garantizar su anonimato.

Por lo tanto, tres áreas no han participado en el presente estudio.

Tabla 6. Confluencia de las zonas de influencia de centros educativos de A Coruña

Zonas de influencia de centros concertados	Zonas de influencia de centros privados	Zonas de influencia de centros públicos	Áreas de confluencia	Centros educativos
1-2-3		1-2-3-4-5	A	LGOA
4-5-7-8-9		6-7-12-13	B	
6		8-9-10-11	C	
10		14-15-20-21	D	
11		23-25	E	CPM
12		16-17-18-19-22-24	F	IESM y SMM

Nota. Elaboración propia

2.2.1.2. Caracterización del alumnado

La muestra productora de datos de alumnado ha sido de 406 alumnos/as, de los/as cuales 178 son del centro educativo 1, 68 del centro educativo 2, 59 del centro educativo 3 y 101 del centro educativo 4, tal y como se muestra en la tabla 7.

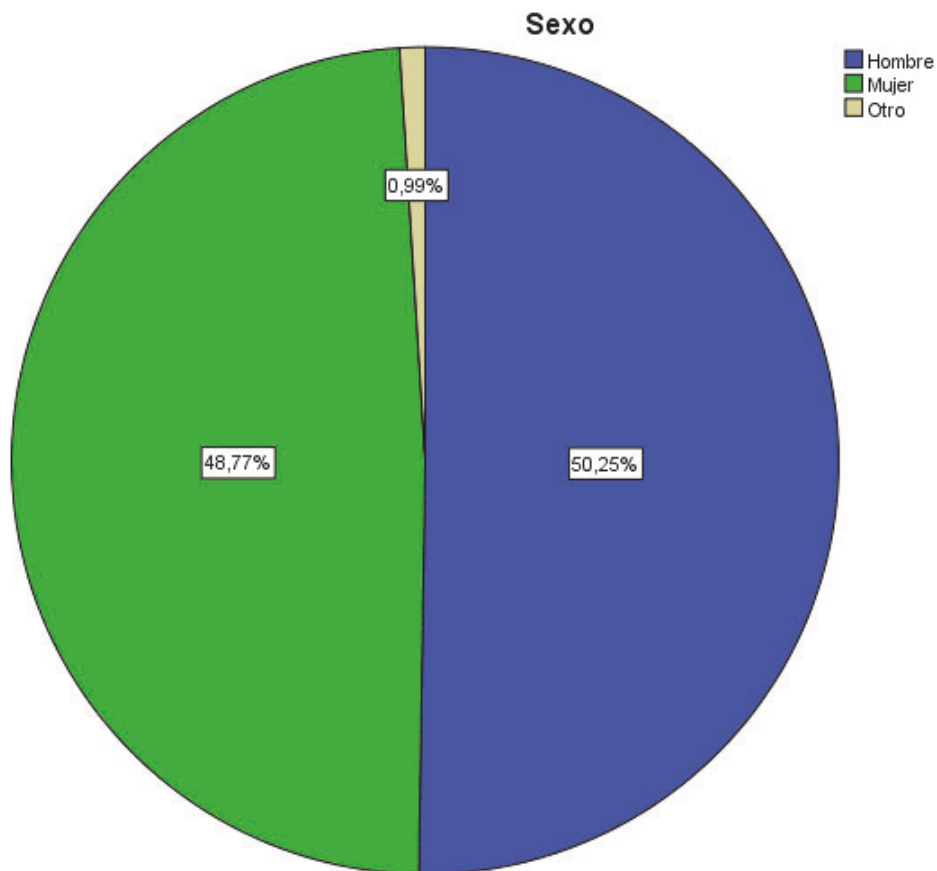
Tabla 7. Muestra de alumnado participante

	Frecuencia	Porcentaje válido	
Centro educativo 1	178	58.4	
Centro educativo 2	68	22.3	
Centros	Centro educativo 3	59	19.3
	Centro educativo 4	101	24.9
	Total	406	100.0

Nota. Elaboración propia.

La distribución por sexos, reflejada en la figura 6, muestra una equiparación entre hombres y mujeres.

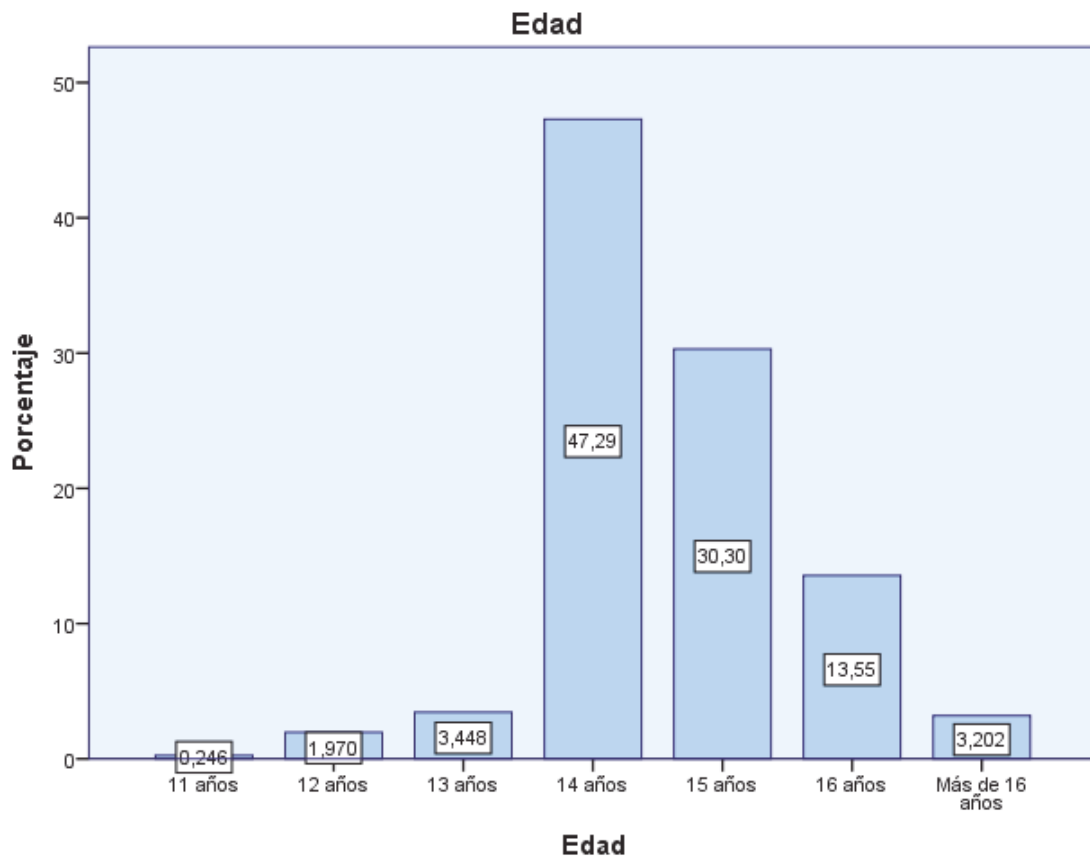
Figura 6. Distribución por sexos de la muestra de alumnado participante



Nota. Elaboración propia

En cuanto a las edades del alumnado participante en la investigación, como se puede observar en la figura 7, se encuentra mayoritariamente en los 14 años seguidas por los de 15 años. En el diagrama de barras se indican gráficamente los porcentajes del alumnado participante en la investigación, distribuidos por edades:

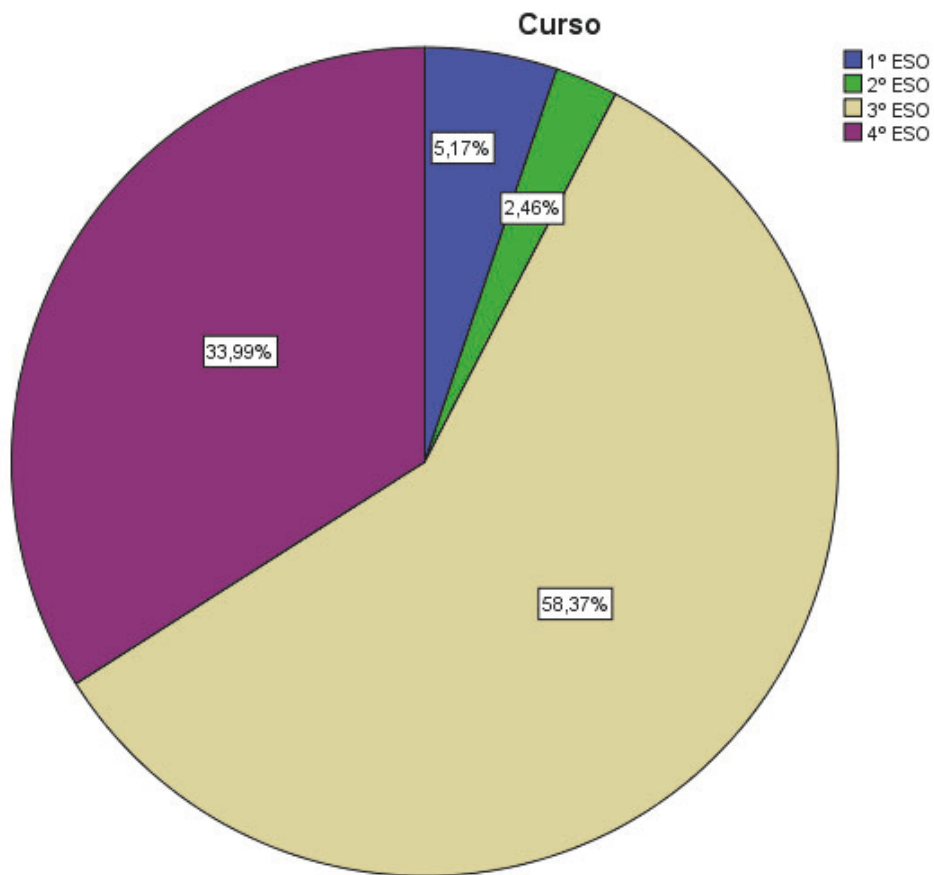
Figura 7. Distribución por edades de la muestra de alumnado participante



Nota. Elaboración propia

En concordancia con las edades del alumnado participante en la investigación, como se puede observar en la figura 8, se encuentra mayoritariamente en el tercer curso de la Educación Secundaria Obligatoria (ESO). En el gráfico de sectores se expone la distribución por cursos de la participación del alumnado.

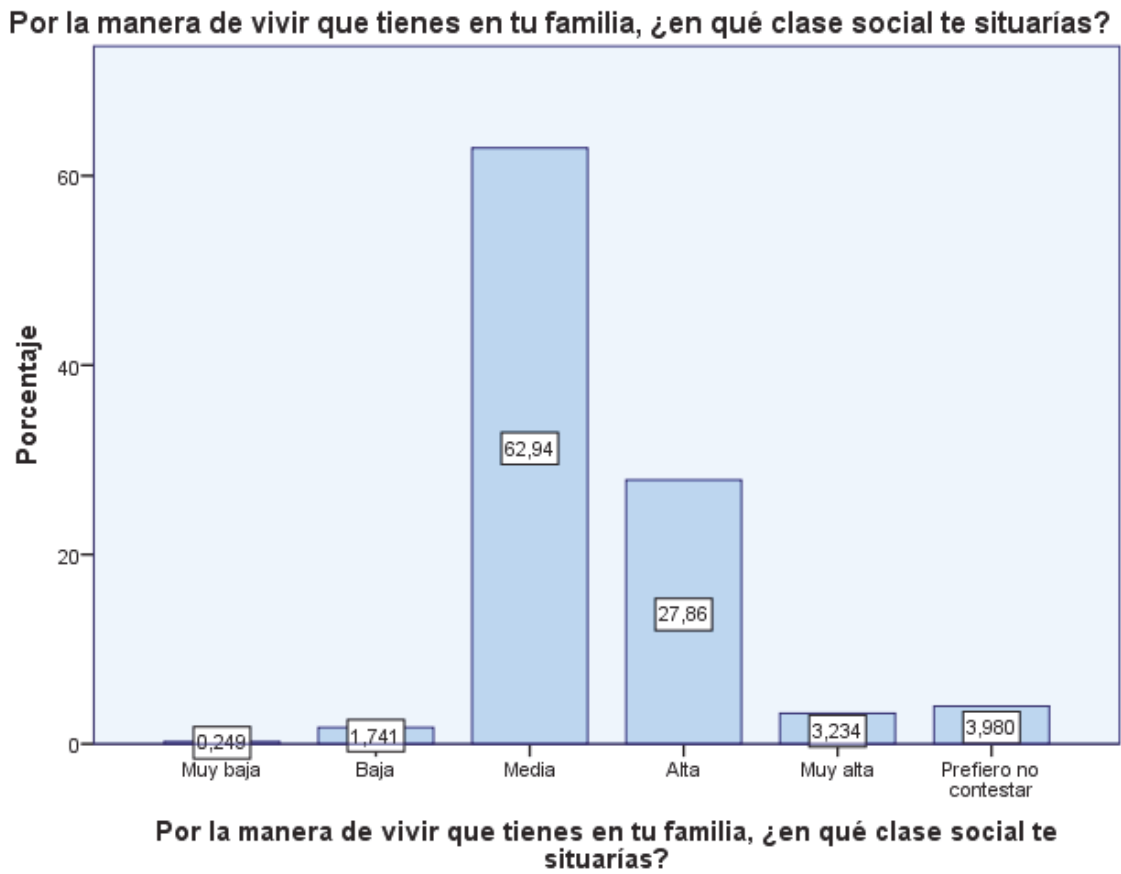
Figura 8. Distribución por curso de la muestra de alumnado participante



Nota. Elaboración propia

El alumnado considera mayoritariamente pertenecer a una clase social media, de acuerdo con lo reflejado en la figura 9, en donde se refleja el diagrama de barras en el que se incluyen los porcentajes de la clase social en donde se sitúa el alumnado.

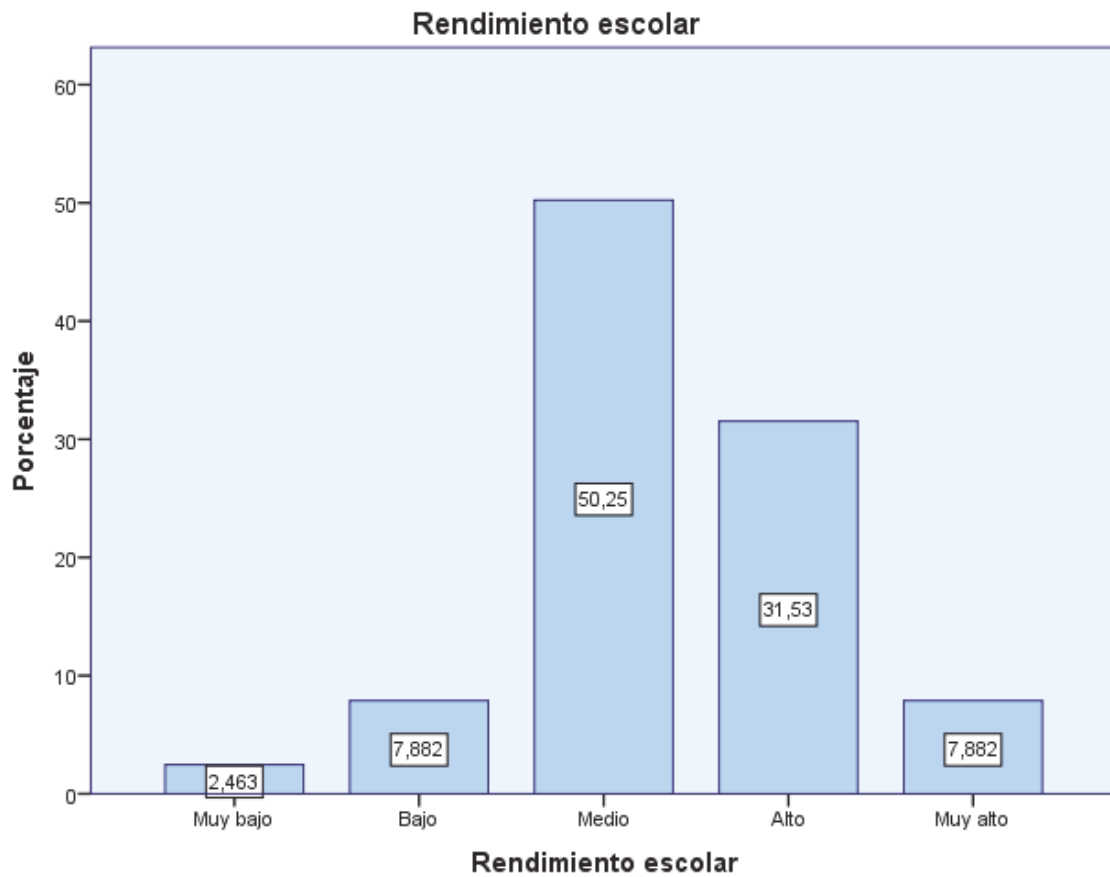
Figura 9. Distribución por consideración de la clase social a la que pertenece la muestra de alumnado participante



Nota. Elaboración propia

De acuerdo con lo recogido en la figura 10, el alumnado manifiesta mayoritariamente tener un rendimiento escolar medio. En el siguiente diagrama se exponen por barras los porcentajes en cuanto al rendimiento escolar de los/as estudiantes participantes.

Figura 10. Distribución por consideración del rendimiento escolar de la muestra de alumnado participante



Nota. Elaboración propia

El alumnado participante, no suele tener faltas de asistencia al centro educativo, como se refleja en la figura 11. En el siguiente diagrama de sectores se aprecia el alto porcentaje de alumnado (98.81%) que no falta a clase, frente al 4.19% que sí dice hacerlo:

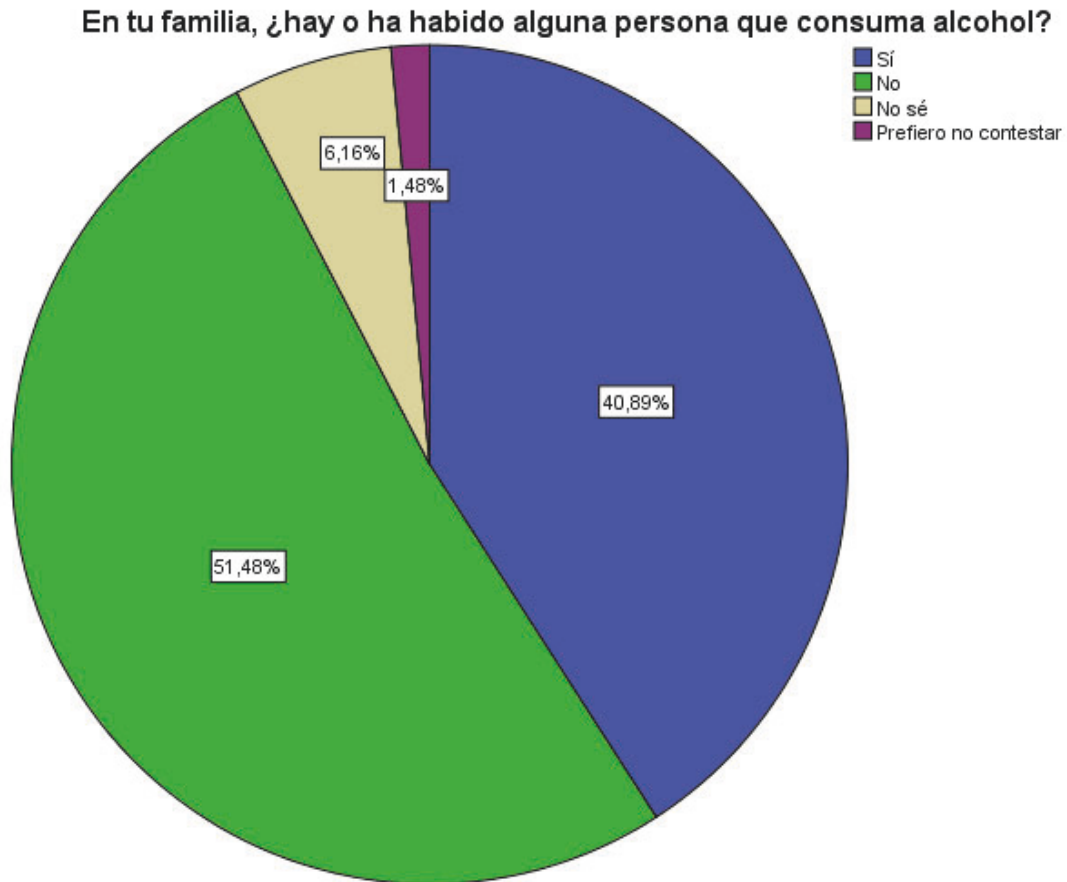
Figura 11. Distribución por asistencia/ausencia a clase de la muestra de alumnado participante



Nota. Elaboración propia

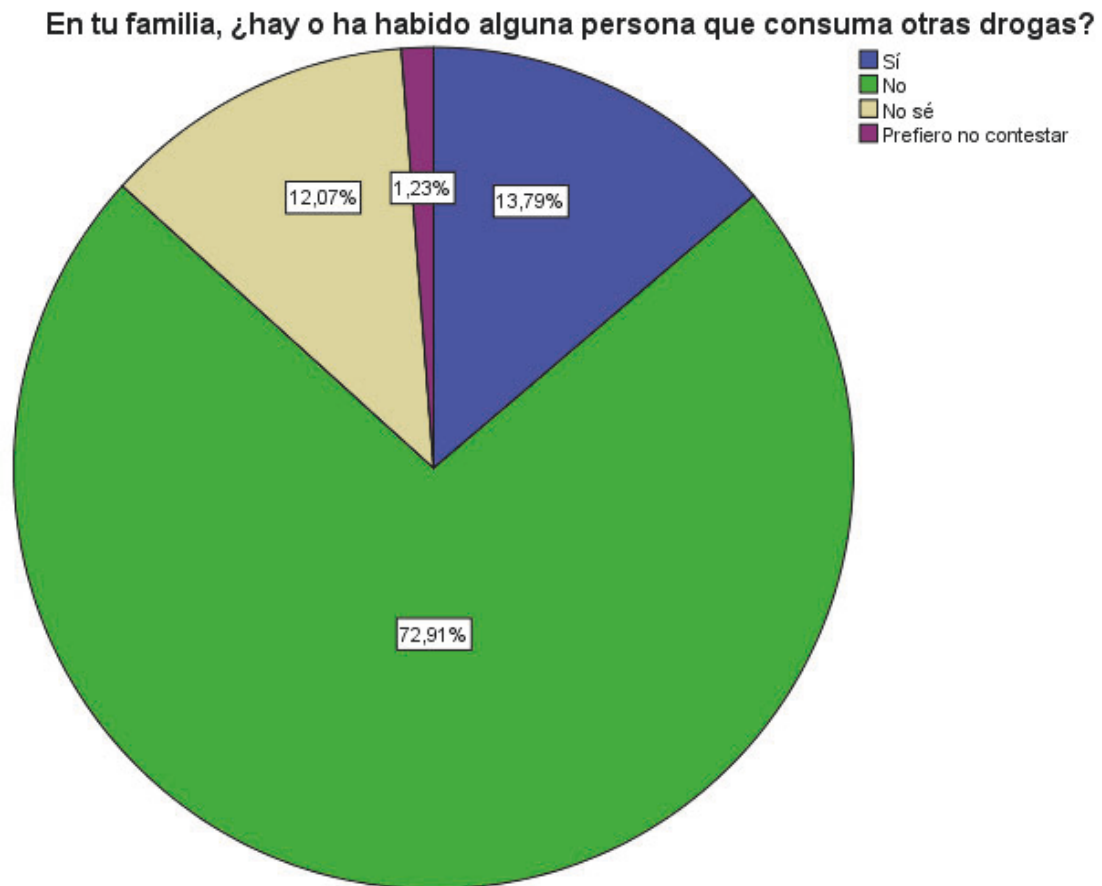
De acuerdo con lo recogido en la figura 12, casi se aprecia una igualdad en cuanto al consumo de alcohol por parte de algún familiar. En el gráfico de sectores que se presenta a continuación se exponen los porcentajes correspondientes a la pregunta si en sus familias hay o ha habido algún consumidor de alcohol.

Figura 12. Distribución por consumo de alcohol en la familia de la muestra de alumnado participante



Con respecto a la valoración que el alumnado realiza sobre el consumo de otras drogas en el ámbito familiar, de acuerdo con lo recogido en la figura 13, es casi inapreciable. Se muestra el gráfico de sectores en el que se reflejan los porcentajes relativos al consumo de otras drogas por parte de familiares.

Figura 13. Distribución por consumo de otras drogas en la familia de la muestra de alumnado participante



Nota. Elaboración propia

2.2.1.3. Caracterización de los equipos directivos y de orientación

Para la realización de la investigación era necesario que al menos una persona perteneciente al equipo de dirección y/o al equipo de orientación de cada uno de los centros participantes estuviese disponible para responder a la entrevista realizada con el objetivo de comentar los resultados obtenidos previamente en las respuestas proporcionadas por el alumnado al cuestionario efectuado.

Las personas participantes son cuatro (una por cada centro). Sus principales características son las que se reflejan en la tabla 8:

Tabla 8. Muestra de direcciones y equipos de orientación participantes

Centros educativos	Sexo	Rol
SMM	Hombre	Orientador
LGOA	Mujer	Directora
IESM	Hombre	Director
CPM	Mujer	Orientadora

Nota. Elaboración propia

2.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOGIDA DE LA INFORMACIÓN

De entre la variedad de técnicas de recogida de información, se ha tomado como marco de referencia, además del marco teórico que sustenta la investigación, los objetivos de ésta, decidiendo en función de ello la aplicación de técnicas de encuestación, que consisten en la obtención de datos mediante el proceso de interrogación; se trata, como señalan García Sanz y Morillas Pedreño (2012) de un procedimiento indirecto de recogida de información a través de preguntas.

2.3.1. INSTRUMENTO DE RECOGIDA DE INFORMACIÓN CUANTITATIVA DIRIGIDO AL ALUMNADO

Teniendo en cuenta las dos técnicas de encuesta utilizadas en los estudios en los que se recurre a la investigación social, entrevista y cuestionario, en esta tesis se ha optado por el cuestionario como uno de los instrumentos de recogida de información, que, en palabras de García Sanz y Morillas Pedreño (2012) es un

instrumento de recogida de información constituido por una serie de preguntas o ítems escritos, redactados y ordenados convenientemente, teniendo en cuenta el propósito con el que se realiza, la población a la que va dirigido y los recursos con los que se cuenta” (p. 137).

Dichas preguntas, se presentan a un número elevado de personas con el fin de obtener información no detallada acerca de opiniones, conocimientos, experiencias, etc., en relación con el tema de la investigación.

173

2.3.1.1. Diseño del cuestionario

A la hora de diseñar el cuestionario, se ha revisado la estructura propuesta por García Sanz y Morillas Pedreño (2012): título y autor/a del cuestionario, presentación de instrucciones, preguntas o ítems y agradecimientos.

Dado que se trata de un cuestionario largo, también se han seguido las recomendaciones que realizan estos autores referentes a la agrupación de los ítems por dimensiones, en función de los subtemas abordados en el instrumento.

Aunque los cuestionarios pueden ser abiertos o cerrados, dependiendo de la modalidad de las preguntas, se ha optado por los últimos, puesto que, de acuerdo a lo indicado por García Sanz y Morillas Pedreño (2012) “la codificación de las respuestas ya se encuentra realizada de antemano” (pp. 137-138).

Por otra parte, también se ha optado por el empleo de la escala Likert para dar respuesta a cada uno de los ítems que componen el cuestionario, de tal manera que todos los ítems se han redactado a través de una serie de enunciados relacionados con lo que se desea medir. Las personas destinatarias del instrumento de recogida de información deben

responder a todas las afirmaciones o ítems, mostrando su grado de acuerdo o desacuerdo conforme a una escala numérica.

Teniendo en cuenta lo indicado con anterioridad, en el anexo 1, se presenta el cuestionario diseñado en su versión inicial, que se compone de los siguientes aspectos: título (adecuado a los objetivos de la investigación), presentación (se da cuenta de la investigación en la que se está participando; se informa del proceso), instrucciones (con el objetivo de que la muestra comprenda la manera de cumplimentarlo), preguntas o ítems (ordenados en dimensiones en función de lo abordado en el marco teórico de la investigación) y agradecimientos.

Para su elaboración, se tuvo en cuenta el marco teórico y los antecedentes de investigaciones previas mencionados con anterioridad y los cuestionarios elaborados con anterioridad centrados en la temática que se aborda en la presente tesis doctoral (Consejería de Sanidad y Consumo, 2007; Martínez González et al., 2006; Navarro Botella, 2000; Peñafiel Pedrosa, 2009).

Al tratarse de un instrumento de elaboración propia, atendiendo a lo indicado por García López y Cabero Almenara (2011), necesariamente debía ser validado mediante algún procedimiento metodológicamente adecuado, por lo que se sometió a validación de contenido por agentes expertos en tres dimensiones clave: congruencia, claridad y relevancia de cada uno de los ítems.

El cuestionario, por tanto, fue enviado a un conjunto de agentes externos expertos, bien en la propia temática, bien en metodología de investigación, con el fin de recibir un segundo análisis y críticas de los/las especialistas en el ámbito de la investigación educativa. En opinión de Galicia Alarcón et al. (2017, p. 44), analizar los ítems que componen un instrumento solicitando el apoyo jueces expertos, propicia el surgimiento de “recomendaciones o sugerencias para mejorar la redacción o el contenido de los ítems que conforman el instrumento, las cuales deben ser consideradas para lograr una mejor definición del aspecto a medir”. Así, el cuestionario fue enviado a cinco personas que comprendían las características establecidas en la tabla 9:

Tabla 9. Agentes validadores del cuestionario

Sujetos	Sexo	Profesor/a universitario	Área
1	Mujer	Contratada doctora	Métodos de Investigación y Diagnóstico en Educación
2	Mujer	Titular de universidad	Métodos de Investigación y Diagnóstico en Educación
3	Hombre	Catedrático	Psicobiología
4	Hombre	Contratado doctor	Métodos de Investigación y Diagnóstico en Educación
5	Mujer	Titular de universidad	Psicología evolutiva y de la Educación

Nota. Elaboración propia

A partir de la literatura y del análisis de instrumentos validados, así como del proceso de validación establecido, se construyó el Cuestionario de determinación de factores de riesgo y protección asociados al consumo de alcohol y otras drogas en adolescentes de educación secundaria obligatoria (CUFARIPRO_AlcDro).

El cuestionario está configurado por nueve preguntas de identificación y 59 ítems de escala Likert (siento 1 totalmente en desacuerdo y 5 totalmente de acuerdo), estructurado en tres grandes dimensiones. Cada una de estas dimensiones se estructura en otras subdimensiones, como se puede apreciar en la tabla 10.

- La primera dimensión hace referencia a factores genético-biológicos y está formada por tres ítems.
- La segunda dimensión incluye aquellos aspectos referidos a los factores psicológicos; esta dimensión se subdivide en 5 dimensiones (autoestima y autoconcepto; búsqueda de sensaciones: depresión y ansiedad; factores de personalidad; y actitudes, valores y creencias) que agrupan 22 ítems.
- Y, por último, la dimensión referida a los factores sociales incluye 6 subdimensiones (representaciones sociales; ambiente social; familiares; grupo de iguales; escolares; y ambientales/contextuales) medidas por 34 ítems.

Tabla 10. Dimensiones y subdimensiones del cuestionario CUFARIPRO_AlcDro

Dimensiones	Subdimensiones	Ítems
Factores genético-biológicos		3 ítems
Factores psicológicos	Autoestima y autoconcepto	6 ítems
	Búsqueda de sensaciones	3 ítems
	Depresión y ansiedad	4 ítems
	Factores de personalidad	3 ítems
	Actitudes, valores, creencias	6 ítems
Factores sociales	Representaciones sociales	3 ítems
	Ambiente social	3 ítems
	Familiares	8 ítems
	Grupo de iguales	7 ítems
	Escolares	4 ítems
	Ambientales/contextuales	9 ítems

Nota. Elaboración propia

A continuación, en la tabla 11 se presenta la versión final del cuestionario tal y como se ha aplicado a la muestra productora de datos. Dicho cuestionario se presenta también en el anexo 2 con la finalidad de posibles consultas posteriores:

Tabla 11. Cuestionario CUFARIPRO_AlcDro

CUESTIONARIO DE DETERMINACIÓN DE FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN ASOCIADOS AL CONSUMO DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS EN ADOLESCENTES DE EDUCACIÓN SECUNDARIA OBLIGATORIA

Mediante la respuesta a este cuestionario podrás manifestar tu percepción acerca de cuáles son los factores que, en tu opinión, podrían dar lugar al consumo de alcohol y otras drogas, así como aquellos que podrían protegerte de hacerlo. La respuesta a este cuestionario es totalmente confidencial y con fin investigador. Solo tendrán acceso las personas investigadoras.

DATOS IDENTIFICATIVOS					
Centro educativo:					
Sexo:	Hombre	Mujer	Otro		
Edad:	12 años	13 años	14 años	Más de 16 años	
Curso:	1.º ESO	2.º ESO	3.º ESO	4.º ESO	
Rendimiento escolar:	Muy bajo	Bajo	Medio	Muy alto	
En tu familia, ¿hay o ha habido alguna persona que consuma alcohol?	Sí	No	No sé	Prefiero no contestar	
En tu familia, ¿hay o ha habido alguna persona que consuma otras drogas?	Sí	No	No sé	Prefiero no contestar	
Normalmente, ¿faltas a clase?	Sí	No			
Por la manera de vivir que tienes, en tu familia ¿en qué clase social te situarías?					
Muy Baja	Baja	Media	Alta	Muy alta	
				Prefiero no contestar	

Instrucciones: a continuación, se te presentan varias situaciones. Has de valorar con una “x” cada una de ellas, en función del grado en que te identificas con cada una de las preguntas, entendiendo las respuestas como:

1 (Totalmente en desacuerdo), 2 (En desacuerdo), 3 (Bastante de acuerdo), 4 (Muy de acuerdo), 5 (Totalmente de acuerdo), NS/NC (No sabe/no contesta)

Factores genético-biológicos (FGB)	1	2	3	4	5	NS/NC
1. Si en mi familia existe alguna persona que abuse del alcohol y/o otras drogas, tengo más posibilidades de hacerlo yo.						
2. Dependiendo de un género u otro, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas						
3. Si comienzo a consumir a una edad temprana, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas.						

Factores psicológicos: Autoestima y autoconcepto (FP_AA)	1	2	3	4	5	NS/NC
1. Si no tengo una actitud positiva hacia mí mismo, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas.						
2. Si no trato de ser mejor cada día, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas.						
3. Si no tengo expectativas positivas sobre mí o acerca de mi futuro, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas.						
4. Si no tengo un buen control de mí mismo, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas.						
5. Si no soy capaz de hacer frente a las desgracias, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas.						
6. Si no me resulta fácil decir no, a algo que me piden que haga, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas						

Factores psicológicos: Búsqueda de sensaciones (FP_BS)	1	2	3	4	5	NS/NC
1. Si las drogas me parecen algo que es preciso probar al menos una vez, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas.						
2. Si me gustan las sensaciones nuevas y excitantes, aunque causen un poco de miedo, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas.						
3. Si necesito estar realizando continuamente actividades divertidas para no aburrirme, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas.						

Factores psicológicos: Depresión y ansiedad (FP_DA)	1	2	3	4	5	NS/NC
1. Si creo que no sirvo para nada, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas.						
2. Si estoy siempre triste, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas.						
3. Si ocurren eventos tristes (muerte de un familiar, pérdida de empleo, etc.) tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas.						
4. Si tengo ansiedad, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas.						

Factores psicológicos: Factores de personalidad (FP_FP)	1	2	3	4	5	NS/NC
1. Si no tengo miedo a las drogas, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas.						
2. Si mantengo una actitud pasiva, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas.						
3. Si soy una persona impulsiva, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas.						

Factores psicológicos: Actitudes, valores, creencias (FP_AVC)	1	2	3	4	5	NS/NC
1. Si asumo que la mayoría de las personas de este colegio/instituto consumen alcohol y/o drogas con cierta frecuencia, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas.						
2. Si asumo que la mayoría de las personas del lugar donde vivo consumen alcohol y/o drogas con cierta frecuencia, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas.						
3. Si asumo que tomar alcohol y/o otras drogas es normal, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas.						
4. Si se legalizan algunas drogas, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas.						
5. Si asumo que tenemos que aprender a convivir con las drogas, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas.						
6. Si asumo que los posibles beneficios que pueden tener el alcohol y/o otras drogas compensan sus posibles riesgos, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas.						
Factores sociales: Representaciones sociales (FS_RS)	1	2	3	4	5	NS/NC
1. La falta de perspectivas personales y sociales puede inducirme a tener más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas.						

2. Si tengo problemas en mis estudios, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas.						
3. Si creo que tendré problemas en encontrar trabajo en el futuro, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas.						

Factores sociales: Ambiente social (FS_AS)

	1	2	3	4	5	NS/NC
1. Si no adquiero compromisos, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas.						
2. Si no soy una persona comprometida, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas.						
3. Si no cumplo con mis compromisos, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas.						

Factores sociales: Familiares (FS_F)

	1	2	3	4	5	NS/NC
1. Si no me siento querido/a, aceptado/a, comprendido/a, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas.						
2. Si en mi familia no existen unas normas de convivencia claras, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas.						
3. Si en mi familia toman decisiones por mí, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas.						
4. Si las celebraciones (cumpleaños, fiestas, aniversarios) no se realizan en familia, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas.						
5. Si mi familia no valora mis éxitos, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas.						
6. Si no existe estabilidad y cohesión en mi familia, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas.						
7. Si mi familia no mantiene contacto regular con mis profesores/as, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas.						
8. Si no mantengo conversaciones con mi familia, sobre lo malas que son las drogas, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas.						

Factores sociales: Grupo de iguales (FS_GI)					
1	2	3	4	5	NS/NC
1.	Si no realizo actividades divertidas con mis amigos y amigas, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas.				
2.	Si mi familia no valora positivamente mi grupo de amigos/as, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas.				
3.	Si estoy dispuesto a ser amigo/a de alguien que consume algún tipo de droga, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas.				
4.	Si en mi grupo de amigos/as hablamos en alguna ocasión de drogas, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas.				
5.	Si mis amigos/as me presionan para consumir alcohol y/o otras drogas, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas.				
6.	Si me siento insatisfecho en las relaciones con los/as demás, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas.				
7.	Si mi pareja o la persona que me gusta consume alcohol y/o otras drogas, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas.				

Factores sociales: Escolares (FS_E)					
1	2	3	4	5	NS/NC
1.	Si no tengo buenas notas, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas.				
2.	Si no existen unas normas de convivencia en mi colegio/instituto, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas.				
3.	Si percibo que lo que estudio en el colegio/instituto no me es útil, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas.				
4.	Si no aprendo a trabajar con otras personas, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas.				

Factores sociales: Ambientales/contextuales (FS_AC)						
	1	2	3	4	5	NS/NC
1. Si no participo en actividades parroquiales o relacionadas con alguna entidad religiosa, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas						
2. Si no cumplo como ciudadano/a con las normas de la comunidad (pueblo, barrio, ciudad), tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas.						
3. Si no tengo relación con entidades sin ánimo de lucro (ONGs, asociaciones culturales), tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas						
4. Si no conozco la normativa legal sobre el alcohol y otras drogas y, su consumo, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas.						
5. Si es fácil conseguir drogas en mi entorno, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas.						
6. Ante una carga excesiva de trabajo en los estudios u otras actividades, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas.						
7. Si mi ocio y tiempo libre consiste en ir de fiesta con mis amigos/as e ir a locales como discotecas, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas.						
8. Si mi ocio y tiempo libre consiste en realizar salidas frecuentes a bares o zonas de copas, hasta horas avanzadas de la madrugada, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas.						
9. Si me llega publicidad sobre las drogas, a través de los diferentes medios, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas.						
Muchas gracias por tu colaboración						

2.3.1.2. Variables del cuestionario

En el presente estudio se han tenido en cuenta diferentes variables, tanto con respecto a cada una de las muestras, como con respecto a los instrumentos empleados.

Así, en primer lugar, se han considerado las siguientes variables de identificación de la muestra de alumnado participante: centro educativo, sexo, edad, curso, percepción del rendimiento escolar, consumo de alcohol en la familia, consumo de otras drogas en la familia, asistencia/falta de asistencia al centro y percepción de la clase social.

En segundo lugar, las variables que se analizan en el instrumento de recogida de información dirigido al alumnado (cuestionario) se centran en los siguientes factores de riesgo y protección ante el consumo de sustancias (alcohol y otras drogas): factores genético-biológicos, factores psicológicos y factores sociales.

2.3.1.3. Administración del cuestionario

La administración del cuestionario se realizó a partir de un primer contacto con los departamentos de orientación de los cuatro centros participantes. Previa entrevista, en donde se explica el contenido de los cuestionarios, en qué consiste el estudio y cuál es el fin de la investigación, se obtiene el visto bueno y se administran, bien de manera presencial, bien de manera online, en función de sus necesidades.

2.3.1.4. Análisis psicométrico del cuestionario

A través de los siguientes análisis se pretende validar el cuestionario diseñado para evaluar la relevancia que tienen los factores de riesgo y de protección que rodean a los/las adolescentes en el consumo de alcohol y otras drogas.

El tratamiento de los datos se realizó mediante el paquete estadístico SPSS Statistics en su versión 24.0. Para llevar a cabo la validación del instrumento se calculó la fiabilidad a través del análisis de consistencia interna mediante el coeficiente Alfa de Cronbach y el análisis de discriminación de los ítems a través de índice de homogeneidad. El análisis de la validez se utilizó el análisis factorial exploratorio (AFE) con extracción de componentes principales y rotación Varimax.

Análisis de la fiabilidad

El Coeficiente Alfa de Cronbach, basado en la correlación inter-elementos promedio, asume que los ítems miden un mismo constructo y están altamente correlacionados. En este caso, el valor obtenido de fiabilidad es elevado pues el coeficiente es igual a .968.

Seguidamente se analizó la capacidad discriminativa de los ítems, para lo que se calculó el índice de homogeneidad, que podemos entender como el coeficiente de correlación de Pearson entre la puntuación en el ítem y la suma de las puntuaciones en los restantes ítems (Muñoz-Cantero et al., 2019). Para interpretar el índice de homogeneidad corregido suele

tomarse como valor de referencia .50. De manera que todos los ítems que presentan valores inferiores a 0.50 carecen de explicación suficiente y no deberían ser considerados en la interpretación final del análisis (Zamora et al., 2009).

En nuestro caso, y de acuerdo con los datos de la tabla 12, en la que se refleja la correlación elemento-total corregido (índice de homogeneidad) y el alfa de Cronbrach si se elimina el elemento, puede observarse que la mayoría de los ítems ofrecen valores superiores .5; pero en aquellos que están por debajo o en este valor, eliminarlos supone un aumento significativo en la fiabilidad.

Tabla 12. Valores de los índices de homogeneidad de cada ítem y el Alfa de Cronbach si se suprime el ítem

Ítems	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
Factores genético-biológicos		
FGB10 Si en mi familia existe alguna persona que abuse del alcohol y/o otras drogas, tengo más posibilidades de hacerlo yo	.461	.968
FGB11 Dependiendo de un género u otro tengo más posibilidades de consumir alcohol u otras drogas	.326	.968
FGB12 Si comienzo a consumir a una edad temprana, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas	.406	.968
Factores psicológicos: Autoestima y autoconcepto		
FP_AA13 Si no tengo una actitud positiva hacia mí mismo, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas	.639	.967
FP_AA14 Si no trato de ser mejor cada día, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas	.570	.967
FP_AA15 Si no tengo expectativas positivas sobre mí o acerca de mi futuro, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas	.655	.967
Factores psicológicos: Búsqueda de sensaciones		
FP_AA16 Si no tengo un buen control de mí mismo, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas	.624	.967
FP_AA17 Si no soy capaz de hacer frente a las desgracias, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas	.763	.967
FP_AA18 Si no me resulta fácil decir no, a algo que me piden que haga, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas	.345	.969
Factores psicológicos: Búsqueda de sensaciones		
FP_BS19 Si las drogas me parecen algo que es preciso probar al menos una vez, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas	.545	.967
FP_BS20 Si me gustan las sensaciones nuevas y excitantes, aunque causen un poco de miedo, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas	.533	.967
FP_BS21 Si necesito estar realizando continuamente actividades divertidas para no aburrirme, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas	.529	.967

Ítems	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
Factores psicológicos: Depresión y ansiedad.		
FP_DA22 Si creo que no sirvo para nada, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas	.700	.967
FP_DA23 Si estoy siempre triste, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas	.696	.967
FP_DA24 Si ocurren eventos tristes (muerte de un familiar, pérdida de empleo, etc.) tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas	.684	.967
FP_DA25 Si tengo ansiedad, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas	.660	.967
Factores psicológicos: Factores de personalidad		
FP_FP26 Si no tengo miedo a las drogas, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas	.482	.968
FP_FP27 Si mantengo una actitud pasiva, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas	.522	.967
FP_FP28 Si soy una persona impulsiva, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas	.479	.968
Factores psicológicos: Actitudes, valores, creencias		
FP_AVC29 Si asumo que la mayoría de las personas de este colegio/instituto consumen alcohol y/o drogas con cierta frecuencia, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas	.577	.967
FP_AVC30 Si asumo que la mayoría de las personas del lugar donde vivo consumen alcohol y/o drogas con cierta frecuencia, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas	.587	.967
FP_AVC31 Si asumo que tomar alcohol y/o otras drogas es normal, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas	.675	.967
FP_AVC32 Si se legalizan algunas drogas, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas	.273	.970
FP_AVC33 Si asumo que tenemos que aprender a convivir con las drogas, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas	.667	.967
FP_AVC34 Si asumo que los posibles beneficios que pueden tener el alcohol y/o otras drogas compensan sus posibles riesgos, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas	.671	.967
Factores sociales: Representaciones sociales		

Ítems	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
FS_RS35 La falta de perspectivas personales y sociales, me lleva a tener más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas	.662	.967
FS_RS36 Si tengo problemas en mis estudios, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas	.707	.967
FS_RS37 Si creo que tendré problemas en encontrar trabajo en el futuro, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas	.616	.967
Factores sociales: Ambiente social		
FS_AS38 Si no adquiero compromisos, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas	.626	.967
FS_AS39 Si no soy una persona comprometida, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas	.576	.967
FS_AS40 Si no cumplo con mis compromisos, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas	.538	.967
Factores sociales: Familiares		
FS_F41 Si no me siento querido/a, aceptado/a, comprendido/a, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas	.699	.967
FS_F42 Si en mi familia no existen unas normas de convivencia claras, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas	.556	.967
FS_F43 Si en mi familia toman decisiones por mí, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas	.570	.967
FS_F44 Si las celebraciones (cumpleaños, fiestas, aniversarios) no se realizan en familia, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas	.421	.968
FS_F45 Si mi familia no valora mis éxitos, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas	.659	.967
FS_F46 Si no existe estabilidad y cohesión en mi familia, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas	.753	.967
FS_F47 Si mi familia no mantiene contacto regular con mis profesores/as, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas	.508	.968
FS_F48 Si no mantengo conversaciones con mi familia, sobre lo malas que son las drogas, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas	.566	.967
Factores sociales: Grupo de iguales		
FS_GI49 Si no realizo actividades divertidas con mis amigos y amigas, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas	.484	.968
FS_GI50 Si mi familia no valora positivamente a mi grupo de amigos/as, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas	.689	.967

Ítems	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
FS_GI51 Si estoy dispuesto/a a ser amigo/a de alguien que consume algún tipo de droga, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas	.631	.967
FS_GI52 Si en mi grupo de amigos/as hablamos en alguna ocasión de drogas, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas	.525	.967
FS_GI53 Si mis amigos/as me presionan para consumir alcohol y/o otras drogas, tengo más posibilidades de consumirlas	.705	.967
FS_GI54 Si me siento insatisfecho en las relaciones con los/as demás, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas	.789	.967
FS_GI55 Si mi pareja o la persona que me gusta consume alcohol y/o otras drogas, tengo más posibilidades de consumirlas	.701	.967
Factores sociales: Escolares		
FS_E56 Si no tengo buenas notas, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas	.672	.967
FS_E57 Si no existen unas normas de convivencia en mi colegio/instituto, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas	.707	.967
FS_E58 Si percibo que lo que estudio en el colegio/instituto no me es útil, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas	.660	.967
FS_E59 Si no aprendo a trabajar con otras personas, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas	.670	.967
Factores sociales: Ambientales/contextuales		
FS_AC60 Si no participo en actividades parroquiales o relacionadas con alguna entidad religiosa, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas	.418	.968
FS_AC61 Si no cumplo como ciudadano/a con las normas de la comunidad (pueblo, barrio, ciudad), tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas	.576	.967
FS_AC62 Si no tengo relación con entidades sin ánimo de lucro (ONGs, asociaciones culturales), tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas	.362	.968
FS_AC63 Si no conozco la normativa legal de alcohol/drogas y su consumo, tengo más posibilidades de consumirlas	.539	.967
FS_AC64 Si es fácil conseguir drogas en mi entorno, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas	.677	.967

Ítems	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
FS_AC65 Ante una carga excesiva de trabajo en los estudios u otras actividades, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas	.652	.967
FS_AC66 Si mi ocio y tiempo libre consiste en ir de fiesta con mis amigos/as e ir a locales como discotecas, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas	.545	.967
FS_AC67 Si mi ocio y tiempo libre consiste en realizar salidas frecuentes a bares o zonas de copas, hasta horas avanzadas de la madrugada, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas	.672	.967
FS_AC68 Si me llega publicidad sobre las drogas, a través de los diferentes medios, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas	.590	.967

Nota. Elaboración propia

De este modo, tras la eliminación de dichos ítems, el cuestionario queda reducido a un total de 48 frente a 58 iniciales y a once dimensiones:

- Factores psicológicos (Autoestima y Autoconcepto) con 5 ítems.
- Factores psicológicos (Búsqueda de sensaciones) con 3 ítems.
- Factores psicológicos (Depresión y Ansiedad) con 4 ítems.
- Factores psicológicos (Factores de personalidad) con 1 ítem.
- Factores psicológicos (Actitudes, Valores, Creencias) con 5 ítems.
- Factores sociales (Representaciones sociales) con 3 ítems.
- Factores sociales (Ambiente social) con 3 ítems.
- Factores sociales (Familiares) con 7 ítems.
- Factores sociales (Grupo de Iguales) con 6 ítems.
- Factores sociales (Escolares) con 4 ítems.
- Factores sociales (Ambientales/contextuales) con 7 ítems.

Esta reducción considerable en el número de ítems guarda coherencia con el marco teórico puesto que: los ítems recogidos en la dimensión relativa a los factores genéticos ya estaban recogidos como variables identificativas en el cuestionario; existían varios ítems, cuya redacción puede dar lugar a una mala comprensión (“si no me resulta fácil decir que no, tengo más posibilidades de consumir alcohol y/o otras drogas”; “si no tengo miedo a las drogas, tengo más posibilidades de consumir alcohol y/o otras drogas”); otros parecen no guardar relación con el constructo a estudiar (“si soy una persona impulsiva, tengo más posibilidades de consumir alcohol y/o otras drogas”; “si se legalizan algunas drogas, tengo más posibilidades de consumir alcohol y/o otras drogas”; “si las celebraciones no se realizan en familia, tengo más posibilidades de consumir alcohol y/o otras drogas”; “si no realizo actividades divertidas con mis amigos, tengo más posibilidades de consumir alcohol y/o otras drogas”), e incluso algunos parecen no tener relación con los tiempos actuales: (“si no participo en actividades parroquiales o relacionadas con alguna entidad religiosa, tengo más posibilidades de consumir alcohol y/o otras drogas”; “si no tengo relación con entidades sin ánimo de lucro, tengo más posibilidades de consumir alcohol y/o otras drogas”).

Análisis factorial exploratorio

Con el fin de analizar cuál es la validez de constructo del cuestionario, se procedió a realizar un análisis factorial exploratorio con extracción de componentes principales. Winter y Dodou (2012) señalan que a través de este método podemos extraer sucesivamente factores con la finalidad de explicar la mayor parte de la varianza común. Posteriormente se aplica la rotación Varimax con el objetivo de minimizar el número de variables que tienen un factor acentuando las que tienen un componente de saturación más elevado.

Previamente a la realización de dichos análisis se procedió a la aplicación de la prueba de Kayser-Meyer-Olsen (KMO) y de la Prueba de Esfericidad de Barlett, para comprobar la adecuación muestral de los indicadores del cuestionario (Muñoz Cantero y Mato Vázquez, 2007; Muñoz Cantero et al., 2019), como se puede observar en la tabla 13.

Tabla 13. KMO y prueba de Bartlett

Adecuación muestral de los indicadores del cuestionario		
Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin		.943
	Chi-cuadrado aproximado	9616.657
Prueba de esfericidad de Bartlett	gl	1128
	Sig.	.000

Nota. Elaboración propia

El valor obtenido $KMO=.943$ y el resultado estadísticamente significativo de la prueba de esfericidad de Bartlett $\chi^2=9616.657$ ($p<.000$) confirman la pertinencia de realizar el análisis factorial con el objeto de determinar la estructura dimensional del cuestionario y comprobar si coincide con la estructura postulada a nivel teórico (Bryman, 2016).

Para la extracción de factores se ha hecho uso del método de extracción de componentes principales, método iterativo que, como señalan De Winter & Dodou (2012), se basa en la extracción sucesiva de factores que explican la mayor parte de la varianza común.

Con el fin de obtener una solución factorial lo más simple posible, se utilizó como método de rotación varimax, de carácter ortogonal que minimiza el número de variables que tienen un factor o componente de saturación sobre una variable acentuando así las que lo tienen más elevado.

Como se puede observar en la tabla 14, en la se recogen los porcentajes de la varianza total del modelo antes y después de la rotación no hay cambios en la varianza total explicada, siendo en ambos casos de 68,601; sin embargo, sí se producen cambios en el porcentaje de autovalores iniciales en cada uno de los componentes o factor. Por ejemplo, en el primer factor sin rotar se pasa de un 44,488% de varianza a un 14,958% en la rotada. Lo que podemos observar también en los demás componentes extraídos.

Tabla 14. Varianza total explicada. Método de extracción: análisis de componentes principales

Componentes	Autovalores iniciales			Suma de las saturaciones al cuadrado de la extracción		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	21,354	44,488	44,488	7,180	14,958	14,958
2	2,785	5,801	50,289	6,641	13,835	28,793
3	2,489	5,185	55,474	6,261	13,044	41,837
4	1,438	2,996	58,470	2,922	6,087	47,924
5	1,342	2,797	61,267	2,774	5,779	53,703
6	1,256	2,618	63,885	2,534	5,278	58,981
7	1,164	2,426	66,310	2,330	4,855	63,836

Componentes	Autovalores iniciales			Suma de las saturaciones al cuadrado de la extracción		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
8	1,100	2,291	68,601	2,288	4,766	68,601

Nota. Elaboración propia

El análisis de comunalidades nos muestra, como puede observarse en la tabla 15, que todos los ítems están bien explicados por la estructura factorial.

Tabla 15. Análisis de comunalidades

Ítems	Inicial	Extracción
FP_AA13 Si no tengo una actitud positiva hacia mí mismo, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas	1,000	.736
FP_AA14 Si no trato de ser mejor cada día, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas	1,000	.727
FP_AA15 Si no tengo expectativas positivas sobre mí o acerca de mi futuro, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas	1,000	.786
FP_AA16 Si no tengo un buen control de mí mismo, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas	1,000	.662
FP_AA17 Si no soy capaz de hacer frente a las desgracias, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas	1,000	.728
FP_BS19 Si las drogas me parecen algo que es preciso probar al menos una vez, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas	1,000	.603
FP_BS20 Si me gustan las sensaciones nuevas y excitantes, aunque causen un poco de miedo, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas	1,000	.691
FP_BS21 Si necesito estar realizando continuamente actividades divertidas para no aburrirme, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas	1,000	.650
FP_DA22 Si creo que no sirvo para nada, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas	1,000	.751
FP_DA23 Si estoy siempre triste, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas	1,000	.766
FP_DA24 Si ocurren eventos tristes (muerte de un familiar, pérdida de empleo, etc.) tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas	1,000	.709
FP_DA25 Si tengo ansiedad, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas	1,000	.703
FP_FP27 Si mantengo una actitud pasiva, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas	1,000	.691

Ítems	Inicial	Extracción
FP_AVC29 Si asumo que la mayoría de las personas de este colegio/instituto consumen alcohol y/o drogas con cierta frecuencia, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas	1,000	.796
FP_AVC30 Si asumo que la mayoría de las personas del lugar donde vivo consumen alcohol y/o drogas con cierta frecuencia, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas	1,000	.630
FP_AVC31 Si asumo que tomar alcohol y/o otras drogas es normal, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas	1,000	.733
FP_AVC33 Si asumo que tenemos que aprender a convivir con las drogas, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas	1,000	.614
FP_AVC34 Si asumo que los posibles beneficios que pueden tener el alcohol y/o otras drogas compensan sus posibles riesgos, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas	1,000	.657
FS_RS35 La falta de perspectivas personales y sociales, me lleva a tener más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas	1,000	.638
FS_RS36 Si tengo problemas en mis estudios, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas	1,000	.698
FS_RS37 Si creo que tendré problemas en encontrar trabajo en el futuro, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas	1,000	.541
FS_AS38 Si no adquiero compromisos, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas	1,000	.643
FS_AS39 Si no soy una persona comprometida, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas	1,000	.756
FS_AS40 Si no cumplo con mis compromisos, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas	1,000	.738
FS_F41 Si no me siento querido/a, aceptado/a, comprendido/a, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas	1,000	.764
FS_F42 Si en mi familia no existen unas normas de convivencia claras, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas	1,000	.533
FS_F43 Si en mi familia toman decisiones por mí, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas	1,000	.657
FS_F45 Si mi familia no valora mis éxitos, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas	1,000	.712
FS_F46 Si no existe estabilidad y cohesión en mi familia, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas	1,000	.694
FS_F47 Si mi familia no mantiene contacto regular con mis profesores/as, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas	1,000	.636
FS_F48 Si no mantengo conversaciones con mi familia, sobre lo malas que son las drogas, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas	1,000	.598
FS_GI50 Si mi familia no valora positivamente a mi grupo de amigos/as, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras droga	1,000	.657

Ítems	Inicial	Extracción
FS_GI51 Si estoy dispuesto/a a ser amigo/a de alguien que consuma algún tipo de droga, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas	1,000	.673
FS_GI52 Si en mi grupo de amigos/as hablamos en alguna ocasión de drogas, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas	1,000	.668
FS_GI53 Si mis amigos/as me presionan para consumir alcohol y/o otras drogas, tengo más posibilidades de consumirlas	1,000	.707
FS_GI54 Si me siento insatisfecho en las relaciones con los/as demás, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas	1,000	.685
FS_GI55 Si mi pareja o la persona que me gusta consume alcohol y/o otras drogas, tengo más posibilidades de consumirlas	1,000	.658
FS_E56 Si no tengo buenas notas, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas	1,000	.707
FS_E57 Si no existen unas normas de convivencia en mi colegio/instituto, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas	1,000	.669
FS_E58 Si percibo que lo que estudio en el colegio/instituto no me es útil, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas	1,000	.686
FS_E59 Si no aprendo a trabajar con otras personas, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas	1,000	.735
FS_AC61 Si no cumplo como ciudadano/a con las normas de la comunidad (pueblo, barrio, ciudad), tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas	1,000	.659
FS_AC63 Si no conozco la normativa legal de alcohol/drogas y su consumo, tengo más posibilidades de consumirlas	1,000	.628
FS_AC64 Si es fácil conseguir drogas en mi entorno, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas	1,000	.707
FS_AC65 Ante una carga excesiva de trabajo en los estudios u otras actividades, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas	1,000	.692
FS_AC66 Si mi ocio y tiempo libre consiste en ir de fiesta con mis amigos/as e ir a locales como discotecas, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas	1,000	.721
FS_AC67 Si mi ocio y tiempo libre consiste en realizar salidas frecuentes a bares o zonas de copas, hasta horas avanzadas de la madrugada, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas	1,000	.737
FS_AC68 Si me llega publicidad sobre las drogas, a través de los diferentes medios, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas	1,000	.700

Nota. Elaboración propia

Analizando la matriz de componentes rotados, como se puede apreciar en la tabla 16, los ítems se distribuyen ahora en ocho factores:

Tabla 16. Matriz de componentes rotados

	Componente							
	1	2	3	4	5	6	7	8
FP_AA13 Si no tengo una actitud positiva hacia mí mismo, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas	,078	,391	,277	,638	,176	,058	,241	,034
FP_AA14 Si no trato de ser mejor cada día, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas	,298	,361	,155	,671	-,104	,109	-,023	,103
FP_AA15 Si no tengo expectativas positivas sobre mí o acerca de mi futuro, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas	,166	,482	,273	,637	,139	-,034	,040	,151
FP_AA16 Si no tengo un buen control de mí mismo, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas	-,007	,534	,298	,240	,002	,051	,444	,173
FP_AA17 Si no soy capaz de hacer frente a las desgracias, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas	,105	,562	,377	,310	,136	,272	,208	,166
FP_BS19 Si las drogas me parecen algo que es preciso probar al menos una vez, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas	,086	,214	,352	,135	,207	,143	,586	,008
FP_BS 20 Si me gustan las sensaciones nuevas y excitantes, aunque causen un poco de miedo, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas	,197	,254	,126	,091	,042	,105	,714	,202
FP_BS 21 Si necesito estar realizando continuamente actividades divertidas para no aburrirme, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas	,540	,034	-,052	,422	,223	,089	,294	,181
FP_DA22 Si creo que no sirvo para nada, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas	,232	,731	,177	,317	,110	,111	,003	,082
FP_DA23 Si estoy siempre triste, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas	,239	,774	,077	,178	,140	,043	,196	,107

	Componente							
	1	2	3	4	5	6	7	8
FP_DA24 Si ocurren eventos tristes (muerte de un familiar, pérdida de empleo, etc.) tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas	,162	,704	,202	,090	,233	,079	,259	,102
FP_DA25 Si tengo ansiedad, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas	,276	,702	,105	,060	,171	,062	,154	,250
FP_FP27 Si mantengo una actitud pasiva, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas	,339	,074	,022	,491	,218	,382	,356	-,094
FP_AVC29 Si asumo que la mayoría de las personas de este colegio/instituto consumen alcohol y/o drogas con cierta frecuencia, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas	,203	,239	,324	,061	,037	,084	,129	,751
FP_AVC30 Si asumo que la mayoría de las personas del lugar donde vivo consumen alcohol y/o drogas con cierta frecuencia, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas	,100	,162	,398	,181	,169	,164	,146	,572
FP_AVC31 Si asumo que tomar alcohol y/o otras drogas es normal, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas	,066	,325	,516	,030	,039	,289	,324	,407
FP_AVC33 Si asumo que tenemos que aprender a convivir con las drogas, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas	,135	,089	,492	,327	,118	,336	,219	,254
FP_AVC34 Si asumo que los posibles beneficios que pueden tener el alcohol y/o otras drogas compensan sus posibles riesgos, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas	,040	,212	,432	,247	,209	,501	,136	,223
FS_RS35 La falta de perspectivas personales y sociales, me lleva a tener más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas	,323	,362	,219	,297	,151	,476	,086	,099
FS_RS36 Si tengo problemas en mis estudios, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas	,442	,468	,088	,240	,320	,320	,101	,058
FS_RS37 Si creo que tendré problemas en encontrar trabajo en el futuro, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas	,395	,377	,234	,245	,285	,193	,061	-,076

	Componente							
	1	2	3	4	5	6	7	8
tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas								
FS_AS38 Si no adquiero compromisos, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas	,585	,351	,270	,165	,073	,230	,049	-,128
FS_AS39 Si no soy una persona comprometida, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas	,733	,254	,263	,091	-,026	,214	,008	-,174
FS_AS40 Si no cumplo con mis compromisos, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas	,754	,232	,244	,082	-,099	,067	,120	-,142
FS_F41 Si no me siento querido/a, aceptado/a, comprendido/a, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas	,146	,672	,391	,161	,085	,309	,081	-,035
FS_F42 Si en mi familia no existen unas normas de convivencia claras, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas	,366	,399	,449	,018	,073	,145	-,076	-,076
FS_F43 Si en mi familia toman decisiones por mí, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas	,361	,354	,084	-,032	,081	,575	,185	,151
FS_F45 Si mi familia no valora mis éxitos, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas	,339	,508	,160	,064	,174	,511	,030	,131
FS_F46 Si no existe estabilidad y cohesión en mi familia, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas	,284	,420	,516	,122	,236	,293	,102	,062
FS_F47 Si mi familia no mantiene contacto regular con mis profesores/as, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas	,702	,000	,082	,288	,166	,031	-,013	,157
FS_F48 Si no mantengo conversaciones con mi familia, sobre lo malas que son las drogas, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas	,380	,060	,635	,105	,045	,117	-,039	,135
FS_GI50 Si mi familia no valora positivamente a mi grupo de amigos/as, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas	,564	,172	,225	,123	,292	,246	,086	,301
FS_GI51 Si estoy dispuesto/a a ser amigo/a de alguien que consuma algún	,348	,061	,569	,123	,201	,047	,408	,024

	Componente							
	1	2	3	4	5	6	7	8
tipo de droga, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas								
FS_GI52 Si en mi grupo de amigos/as hablamos en alguna ocasión de drogas, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas	,574	,121	,322	-,136	,104	-,128	,364	,204
FS_GI53 Si mis amigos/as me presionan para consumir alcohol y/o otras drogas, tengo más posibilidades de consumirlas	,212	,299	,690	,189	,107	,138	,122	,126
FS_GI54 Si me siento insatisfecho en las relaciones con los/as demás, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas	,402	,445	,326	,286	,241	,214	,085	,163
FS_GI55 Si mi pareja o la persona que me gusta consume alcohol y/o otras drogas, tengo más posibilidades de consumirlas	,295	,180	,607	,169	,094	,155	,194	,267
FS_E56 Si no tengo buenas notas, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas	,557	,446	,064	,015	,339	,176	,094	,196
FS_E57 Si no existen unas normas de convivencia en mi colegio/instituto, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas	,547	,162	,452	,131	,163	,142	,068	,266
FS_E58 Si percibo que lo que estudio en el colegio/instituto no me es útil, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas	,650	,307	,139	,018	,243	,153	,170	,195
FS_E59 Si no aprendo a trabajar con otras personas, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas	,720	,179	,117	,222	,136	,098	,114	,283
FS_AC61 Si no cumplo como ciudadano/a con las normas de la comunidad (pueblo, barrio, ciudad), tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas	,659	,139	,434	-,013	,043	-,053	,049	,100
FS_AC63 Si no conozco la normativa legal de alcohol/drogas y su consumo, tengo más posibilidades de consumirlas	,218	,182	,605	,007	,370	-,135	,149	,067
FS_AC64 Si es fácil conseguir drogas en mi entorno, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas	,089	,253	,638	,069	,336	,255	,174	,122

	Componente							
	1	2	3	4	5	6	7	8
FS_AC65 Ante una carga excesiva de trabajo en los estudios u otras actividades, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas	,233	,413	,162	,074	,580	,192	,001	,251
FS_AC66 Si mi ocio y tiempo libre consiste en ir de fiesta con mis amigos/as e ir a locales como discotecas, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas	,142	,209	,349	,061	,708	,086	,150	,007
FS_AC67 Si mi ocio y tiempo libre consiste en realizar salidas frecuentes a bares o zonas de copas, hasta horas avanzadas de la madrugada, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas	,192	,245	,394	,169	,649	,119	,125	,075
FS_AC68 Si me llega publicidad sobre las drogas, a través de los diferentes medios, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas	,262	,162	,593	,139	,219	-,275	,101	,316

Nota. Elaboración propia. Método de extracción: Análisis de componentes principales. Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.

a. La rotación ha convergido en 19 iteraciones.

En la tabla 17 se establece la estructura con cada uno de ochos factores resultantes y los ítems que comprende cada uno de ellos.

El primer factor explica el 14,958% e incluye un total de trece ítems; en él se agrupan uno de los que hacía referencia a Factores Psicológicos (Búsqueda de Sensaciones) acompañado de 12 ítems que estaban contemplados en el cuestionario inicial bajo la denominación de Factores Sociales (uno de Representaciones Sociales, los tres de Ambiente Social, uno de Familiares, dos de Grupos de Iguales, cuatro de Escolares y uno de Ambientales/Contextuales).

El segundo explica un 13,835% de la varianza y comprende nueve ítems: seis que hacían referencia a Factores Psicológicos (dos de Autoestima y Autoconcepto y cuatro de Depresión y Ansiedad), y tres de Factores Sociales (uno de Representaciones Sociales, uno de Familiares y uno de Grupo de Iguales).

El tercer factor explica un 13,044% de la varianza y agrupa diez ítems que se corresponden con los siguientes bloques del cuestionario inicial: Factores Psicológicos (dos ítems referidos a Actitudes, Valores, Creencias) y Factores Sociales (tres Familiares, tres de Grupo de Iguales y tres de Ambientales/Contextuales).

El cuarto que explica el 6,087% de la varianza está compuesto por cuatro ítems: referentes a Factores Psicológicos (tres de Autoestima y Autoconcepto y uno de Factores de Personalidad).

El quinto factor, que explica el 5,779% de la varianza, agrupa tres ítems referidos a Factores Sociales Ambientales/Contextuales.

El sexto factor, que explica el 5,278% de la varianza está formado por cuatro ítems: uno de ellos referido a Factores Psicológicos (Actitudes, Valores, Creencias) y tres Sociales (uno de Representaciones Sociales y dos Familiares).

El séptimo factor, que explica el 4,855% de la varianza está formado por dos ítems referidos a Factores Psicológicos (Búsqueda de Sensaciones).

El octavo factor, que explica el 4,766% de la varianza está formado por dos ítems referidos a Factores Psicológicos (Actitudes, Valores, Creencias).

Tabla 17. Estructura de factores resultantes

Factores	Ítems
Factor 1: Nivel de tolerancia personal a la frustración (FTF)	FTF_01 Si necesito estar realizando continuamente actividades divertidas para no aburrirme, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas. FTF_02 Si creo que tendré problemas en encontrar trabajo en el futuro, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas. FTF_03 Si no adquiero compromisos, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas. FTF_04 Si no soy una persona comprometida, tengo más posibilidades

Factores	Ítems
	<p>de consumir alcohol y otras drogas.</p> <p>FTF_05 Si no cumplo con mis compromisos, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas.</p> <p>FTF_06 Si mi familia no mantiene contacto regular con mis profesores/as, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas.</p> <p>FTF_07 Si mi familia no valora positivamente a mi grupo de amigos/as, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas.</p> <p>FTF_08 Si en mi grupo de amigos/as hablamos en alguna ocasión de drogas, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas.</p> <p>FTF_09 Si no tengo buenas notas, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas.</p> <p>FTF_10 Si no existen unas normas de convivencia en mi colegio/instituto, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas.</p> <p>FTF_11 Si percibo que lo que estudio en el colegio/instituto no me es útil, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas.</p> <p>FTF_12 Si no aprendo a trabajar con otras personas, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas.</p> <p>FTF_13 Si no cumplo como ciudadano/a con las normas de la comunidad (pueblo, barrio, ciudad), tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas.</p>
<p>Factor 2: Factores psicológicos asociados a autocontrol, depresión y ansiedad (FP)</p>	<p>FP_14 Si no tengo un buen control de mí mismo, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas.</p> <p>FP_15 Si no soy capaz de hacer frente a las desgracias, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas.</p> <p>FP_16 Si creo que no sirvo para nada, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas.</p> <p>FP_17 Si estoy siempre triste, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas.</p> <p>FP_18 Si ocurren eventos tristes (muerte de un familiar, pérdida de empleo, etc.) tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas.</p> <p>FP_19 Si tengo ansiedad, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas.</p>
<p>Factor 3: Factores sociales (FS)</p>	<p>FS_20 Si tengo problemas en mis estudios, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas.</p> <p>FS_21 Si no me siento querido/a, aceptado/a, comprendido/a, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas.</p> <p>FS_22 Si me siento insatisfecho en las relaciones con los/as demás,</p>

Factores	Ítems
	<p>tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas.</p> <p>FS_23 Si asumo que tomar alcohol y/o otras drogas es normal, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas.</p> <p>FS_24 Si asumo que tenemos que aprender a convivir con las drogas, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas.</p> <p>FS_25 Si en mi familia no existen unas normas de convivencia claras, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas.</p> <p>FS_26 Si no existe estabilidad y cohesión en mi familia, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas.</p> <p>FS_27 Si no mantengo conversaciones con mi familia, sobre lo malas que son las drogas, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas.</p> <p>FS_28 Si estoy dispuesto/a a ser amigo/a de alguien que consuma algún tipo de droga, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas.</p> <p>FS_29 Si mis amigos/as me presionan para consumir alcohol y/o otras drogas, tengo más posibilidades de consumirlas.</p> <p>FS_30 Si mi pareja o la persona que me gusta consume alcohol y/o otras drogas, tengo más posibilidades de consumirlas.</p> <p>FS_31 Si no conozco la normativa legal de alcohol/drogas y su consumo, tengo más posibilidades de consumirlas.</p> <p>FS_32 Si es fácil conseguir drogas en mi entorno, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas.</p> <p>FS_33 Si me llega publicidad sobre las drogas, a través de los diferentes medios, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas.</p>
<p>Factor 4: Factores relacionados con el autoconcepto (FA)</p>	<p>FA_34 Si no tengo una actitud positiva hacia mí mismo, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas.</p> <p>FA_35 Si no trato de ser mejor cada día, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas.</p> <p>FA_36 Si no tengo expectativas positivas sobre mí o acerca de mi futuro, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas.</p> <p>FA_37 Si mantengo una actitud pasiva, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas.</p>
<p>Factor 5: Factores relacionados con la dificultad para el manejo del tiempo libre (FTL)</p>	<p>FTL_38 Ante una carga excesiva de trabajo en los estudios u otras actividades, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas.</p> <p>FTL_39 Si mi ocio y tiempo libre consiste en ir de fiesta con mis amigos/as e ir a locales como discotecas, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas.</p>

Factores	Ítems
Factor 6: Factores relacionados con el estilo educativo (FEE)	FTL_40 Si mi ocio y tiempo libre consiste en realizar salidas frecuentes a bares o zonas de copas, hasta horas avanzadas de la madrugada, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas. FEE_41 Si asumo que los posibles beneficios que pueden tener el alcohol y/o otras drogas compensan sus posibles riesgos, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas. FEE_42 La falta de perspectivas personales y sociales, me lleva a tener más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas. FEE_43 Si en mi familia toman decisiones por mí, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas. FEE_44 Si mi familia no valora mis éxitos, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas.
Factor 7: Factores relacionados con la búsqueda de sensaciones (FBS)	FBS_45 Si las drogas me parecen algo que es preciso probar al menos una vez, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas. FBS_46 Si me gustan las sensaciones nuevas y excitantes, aunque causen un poco de miedo, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas.
Factor 8: Factores relacionados con la tolerancia social al consumo (FTC)	FTC_47 Si asumo que la mayoría de las personas de este colegio/instituto consumen alcohol y/o drogas con cierta frecuencia, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas. FTC_48 Si asumo que la mayoría de las personas del lugar donde vivo consumen alcohol y/o drogas con cierta frecuencia, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas.

Nota. Elaboración propia

El resultado del análisis de consistencia interna y de los estadísticos de fiabilidad para los elementos que lo componen ha llevado a la modificación del instrumento original que quedó configurado por un total de 48 ítems, presentando tras este reajuste una elevada fiabilidad.

Por su parte, la estructura mediante el análisis factorial exploratorio muestra un modelo de ocho factores que hacen referencia a factores relacionados con el nivel de tolerancia personal a frustración, factores psicológicos relacionados con el autocontrol, depresión y ansiedad; factores de carácter social; factores relacionados con el autoconcepto; factores relacionados con la dificultad para el manejo del tiempo libre, factores en relación con el estilo educativo; la búsqueda de sensaciones nuevas y la tolerancia social al consumo, hallazgos en la línea de investigaciones previas (Fernández Bustos, 2010; Freixa SanFeliu, 1991; García Márquez, 2012; Martínez-González, 2006; Navarro Botella, 2000; Sánchez Pardo, 2011).

Los resultados obtenidos confirman la validez de un instrumento, útil y fiable para la detección de factores de riesgo y protección en el ámbito escolar. Por otro lado, se considera una herramienta valiosa para llevar a cabo un diagnóstico de dichos factores por parte del alumnado. Todo ello, posibilitará la adopción de medidas de carácter preventivo.

2.3.2. INSTRUMENTO DE RECOGIDA DE INFORMACIÓN CUALITATIVA DIRIGIDO A LOS/LAS DIRECTORES/AS Y ORIENTADORES/AS

2.3.2.1. Diseño de la entrevista

El principal objetivo de una entrevista, como señala Folgueira Bertomeu (2016), es “obtener información de forma oral y personalizada sobre acontecimientos, experiencias, opiniones de personas” (p. 2), en la cual participan, como mínimo, dos personas que generan una interacción en torno a una temática de estudio.

En el caso de este estudio, en cada una de las entrevistas han participado tres personas (dos ejercían el rol de entrevistadoras y la otra era entrevistada); por ello, las entrevistas han sido de carácter individual.

Por otra parte, teniendo en cuenta el guion establecido, las entrevistas han sido marcadas por un carácter semiestructurado (las preguntas del guion empleado se establecieron de antemano, teniendo en cuenta los factores de riesgo y protección estudiados pero su información se trasladaba de forma abierta, de manera que se podía recoger información más rica y con más matices que en las entrevistas de carácter estructurado; además, las entrevistadoras mostraban una actitud abierta y flexible, de tal forma que podían ir cambiando el orden de las preguntas según las respuestas que las personas entrevistadas iban dando e incluso incorporar nuevas cuestiones).

Y, finalmente, según el momento de la aplicación, puede considerarse una entrevista final, ya que se implementaban en el momento en el que ya se disponía de las respuestas del alumnado del centro de la persona que se estaba entrevistando.

En el anexo 3, puede accederse a la presentación que se empleaba durante el desarrollo de las entrevistas.

2.3.2.2. Variables

En el presente estudio se han tenido en cuenta diferentes variables, tanto con respecto a cada una de las muestras, como con respecto a los instrumentos empleados.

Así, en primer lugar, las variables de identificación tenidas en cuenta en la muestra participante de los equipos de dirección y de orientación de los centros educativos son las siguientes: sexo y puesto desempeñado en el centro educativo.

En segundo lugar, las variables que se analizan en el instrumento de recogida de información dirigido a los equipos directivos y/o orientadores/as de los centros (entrevista) se centran en los siguientes factores de riesgo y protección ante el consumo de sustancias (alcohol y otras drogas) derivados del análisis factorial realizado una vez analizados los datos del cuestionario aplicado al alumnado: factores psicológicos y factores sociales.

2.3.2.3. Administración de las entrevistas

La administración de las entrevistas se realizó contactando con las cuatro personas dispuestas de los cuatro centros participantes. Todas las entrevistas han sido efectuadas de manera presencial.

Cada una de las entrevistas efectuadas, se ha comenzado con una pequeña presentación de las personas entrevistadoras y facilitando la información relevante del estudio. También, se ha informado sobre el tiempo de duración y el lugar donde se han realizado siempre ha sido escogido, previamente, por cada una de las personas que iban a ser entrevistadas.

Durante el desarrollo de las entrevistas, las conversaciones han sido registradas con una grabadora, mediante la solicitud previa a las cuatro personas y se les ha informado sobre los motivos de la grabación y el uso que se iba a hacer de los datos registrados.

Así mismo, los datos recogidos han sido tratados de manera confidencial lo cual implica que las personas entrevistadoras conocían los datos de las personas entrevistadas, pero sólo han sido utilizados para el objetivo del trabajo. Para garantizar su anonimato se ha empleado un código.

3. RESULTADOS

En el presente epígrafe se realizará la descripción detallada de cada una de las variables e ítems que componen el cuestionario en sus distintas dimensiones. Así mismo, antes de cada análisis descriptivo se presenta una tabla compendio con los principales datos descriptivos (frecuencia absoluta, media, mediana, moda, desviación típica y varianza) para cada una de las variables e ítems, que sirve como eje para el posterior análisis e interpretación individual de cada uno de dichos ítems.

3.1. RESULTADOS DEL CUESTIONARIO

3.1.1. ESTADÍSTICOS DESCRIPTIVOS DE LOS FACTORES

En primer lugar, se ha realizado un análisis descriptivo de cada uno de los factores. Analizando los valores obtenidos en la tabla 18, puede observarse que el valor de la media es menor en el factor FTF (Nivel de tolerancia personal a la frustración) (1,8179) estando por encima de 2.29 en todos los demás factores. La mediana oscila entre 1.693 y 3; siendo la moda 1 en todos los factores excepto en FBS (Factores relacionados con la búsqueda de sensaciones) que es 2.5.

Tabla 18. Estadísticos de los factores del cuestionario

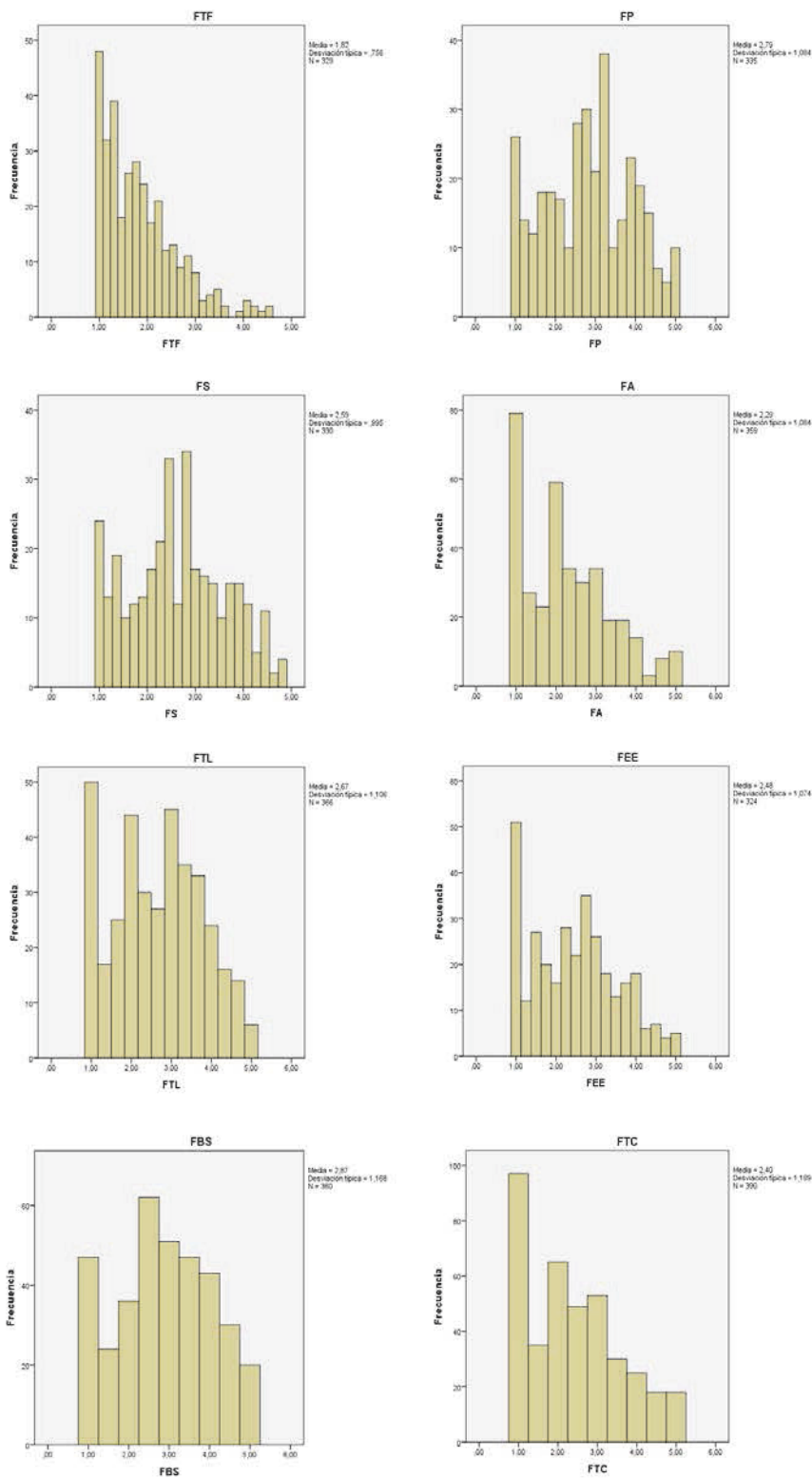
		Estadísticos							
		FTF	FP	FS	FA	FTL	FEE	FBS	FTC
N	Válidos	329	335	330	359	366	324	360	390
	Perdidos	77	71	76	47	40	82	46	16
	Media	1,8179	2.7927	2.5912	2.2897	2.6712	2.4776	2.8736	2.4026
	Mediana	1,6923	2.7778	2.6364	2.0000	2.6667	2.5000	3.0000	2.0000
	Moda	1,00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	2.50	1.00
	Desv. típ.	,75566	1.08357	.99460	1.08354	1.10581	1.07393	1.16829	1.18885
	Mínimo	1,00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
	Máximo	4,54	5.00	4.73	5.00	5.00	5.00	5.00	5.00
Percentiles	25	1.2308	1.8889	1.8182	1.3333	1.6667	1.5000	2.0000	1.3750
	50	1.6923	2.7778	2.6364	2.0000	2.6667	2.5000	3.0000	2.0000
	75	2.2308	3.6667	3.3636	3.0000	3.6667	3.2500	4.0000	3.0000

Nota. Elaboración propia

Si se analiza la figura 14, puede observarse que en los Factores FTF (Nivel de tolerancia personal a la frustración), FS (factores sociales) y FP (Factores psicológicos asociados a autocontrol, depresión y ansiedad) la mayoría de las puntuaciones de valoración se sitúan entre el 1 y 2. En estos factores parece existir un total desacuerdo o un desacuerdo con las afirmaciones realizadas.

Sin embargo, también puede observarse que en todos los factores la mayoría de las puntuaciones oscilan entre 3 y 5, con una tendencia al 3, lo que señala que existen un cierto grado de acuerdo en las afirmaciones realizadas.

Figura 14. Estadísticos de cada uno de los factores del cuestionario



Nota. Elaboración propia

3.1.2. COMPROBACIÓN DE LOS SUPUESTOS DE NORMALIDAD Y HOMOGENEIDAD

Para realizar un análisis descriptivo, se hace necesario comprobar la distribución muestral, teniendo en cuenta valores como son la asimetría (g1) y la curtosis (g2) a partir de los supuestos de normalidad de la muestra y homocedasticidad de la varianza.

Los datos recogidos en la tabla 19 reflejan que la asimetría en casi todos los factores (a excepción de FBS – Factores relacionados con la búsqueda de sensaciones -) es positiva, por lo que se extienden valores superiores a la media; mientras que los valores de la curtosis son negativos, lo que indica que se trata de distribuciones platicúrticas; existe una menor concentración de datos respecto a la media y por tanto una mayor dispersión.

Como excepción a lo anteriormente comentado, el factor FTF indicaría que se trata de una distribución leptocúrtica y por tanto los valores se concentran más en torno a la media.

Todos los valores son diferentes a 0 lo que indica que las muestras no se distribuyen normalmente. Así, se ha procedido a estudiar la distribución de la muestra en todos los factores obtenidos mediante la prueba de bondad de ajuste de Kolmogorov-Smirnov (K-S) con el fin de comprobar si la distribución empírica de la muestra se corresponde a la población normal. Los resultados obtenidos muestran valores $p < .05$ por lo que se determina el rechazo de la H_0 de normalidad y, por lo tanto, se emplearán contrastes no paramétricos en los análisis posteriores.

Tabla 19. Resultado del análisis de la normalidad y homogeneidad Kolmogorov-Smirnov

	N válidos	Media	DT	Asimetría (g1)	Curtosis (g2)	Kolmogorov- Smirnov ^a	
						Estadístico	p
FTF	329	1.81	0.75	1.227	1.271	.150	.000
FP	335	2.79	1.08	.069	-.863	.070	.004
FS	330	2.59	0.99	.182	-.820	.061	.023
FA	359	2.28	1.08	.698	-.192	.127	.000
FTL	366	2.67	1.10	.221	-.871	.121	.000
FEE	324	2.47	1.07	.359	-.651	.101	.000
FBS	360	2.87	1.16	-.009	-.949	.098	.000
FTC	390	2.40	1.18	.568	-.574	.141	.000

Nota. Elaboración propia

Dado el carácter no normal de la distribución, los descriptivos más apropiados para ser comentados, como se ha realizado anteriormente, son la mediana, los cuartiles y como medida de desviación el rango como las diferencias entre puntuaciones máximas y mínimas.

3.1.3. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LOS FACTORES

A continuación, se presenta el análisis descriptivo de cada uno de los factores a evaluar, calculados a partir de la media de las puntuaciones obtenidas en cada uno de los ítems que los componen.

En lo referente al factor relacionado con el nivel de tolerancia personal a la frustración (FTF) (tabla 20) el ítem cuyo valor medio es mayor es el de “Si creo que tendré problemas en encontrar trabajo en el futuro, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas” (M = 2.14), siendo su variabilidad o dispersión una de las más altas dentro de este apartado (DT = 1.203); y el menor “Si mi familia no mantiene contacto regular con mis profesores/as, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas” (M = 1.53) con una variabilidad de las más bajas (DT = 0.924).

Tabla 20. Análisis descriptivo del factor nivel de tolerancia personal a la frustración (FTF)

Estadísticos Factor nivel de tolerancia personal a la frustración (FTF)						
	N		Media	Mediana	Moda	Desv. típ.
	Válidos	Perdidos				
FTF_01 Si necesito estar realizando continuamente actividades divertidas para no aburrirme. tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas	392	14	1.72	1.00	1	1.062
FTF_02 Si creo que tendré problemas en encontrar trabajo en el futuro. tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas	393	13	2.14	2.00	1	1.203
FTF_03 Si no adquiero compromisos. tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas	380	26	1.86	1.00	1	1.054
FTF_04 Si no soy una persona comprometida. tengo más posibilidades de	386	20	1.79	1.00	1	1.068

Estadísticos Factor nivel de tolerancia personal a la frustración (FTF)

	N		Media	Mediana	Moda	Desv. típ.
	Válidos		Perdidos			
consumir alcohol y otras drogas						
FTF_05 Si no cumplo con mis compromisos. tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas	386	20	1.82	1.00	1	1.060
FTF_06 Si mi familia no mantiene contacto regular con mis profesores/as. tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas	388	18	1.53	1.00	1	.924
FTF_07 Si mi familia no valora positivamente a mi grupo de amigos/as. tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas	386	20	1.99	2.00	1	1.185
FTF_08 Si en mi grupo de amigos/as hablamos en alguna ocasión de drogas. tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas	387	19	1.82	1.00	1	1.078
FTF_09 Si no tengo buenas notas. tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas	387	19	1.95	2.00	1	1.167

Estadísticos Factor nivel de tolerancia personal a la frustración (FTF)

	N	Media	Mediana	Moda	Desv. típ.	
Válidos Perdidos						
FTF_10 Si no existen unas normas de convivencia en mi colegio/instituto. tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas	393	13	2.08	2.00	1	1.229
FTF_11 Si percibo que lo que estudio en el colegio/instituto no me es útil. tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas	391	15	1.92	1.00	1	1.192
FTF_12 Si no aprendo a trabajar con otras personas. tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas	389	17	1.66	1.00	1	.988
FTF_13 Si no cumplo como ciudadano/a con las normas de la comunidad (pueblo. barrio. ciudad). tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas	385	21	1.87	2.00	1	1.095

Nota. Elaboración propia

En lo referente a los factores psicológicos asociados a autocontrol, depresión y ansiedad (tabla 21) el que tiene una mayor puntuación media es “Si no tengo un buen control de mí mismo, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas” (M = 3.17) cuya dispersión o desviación típica es también de las más altas (DT = 1.390) y el ítem que posee la media menor es “Si tengo ansiedad, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas” (M = 2.70) con la desviación típica en la línea del ítem anterior (DT = 1.345).

Tabla 21. Análisis descriptivo factores psicológicos asociados a autocontrol, depresión y ansiedad (FP)

Estadísticos factores psicológicos (autocontrol. depresión y ansiedad) (FP)						
	N		Media	Mediana	Moda	Desv. típ.
	Válidos Perdidos					
FP_14 Si no tengo un buen control de mí mismo. tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas	381	25	3.17	3.00	4	1.390
FP_15 Si no soy capaz de hacer frente a las desgracias. tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas	384	22	3.09	3.00	4	1.420
FP_16 Si creo que no sirvo para nada. tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas	384	22	2.86	3.00	1	1.418
FP_17 Si estoy siempre triste. tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas	380	26	2.97	3.00	3	1.375
FP_18 Si ocurren eventos tristes (muerte de un familiar. pérdida de empleo. etc.) tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas	381	25	3.03	3.00	3	1.380
FP_19 Si tengo ansiedad. tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas	386	20	2.70	3.00	3	1.345

Nota. Elaboración propia

En el apartado de factores sociales (tabla 22), el ítem con la media mayor es “Si asumo que tomar alcohol y/o otras drogas es normal, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas” (M = 3.24) y entre los mayores valores de dispersión o desviación típica dentro de este apartado (DT = 1.442); en cambio, el ítem con una media menor es “Si me llega publicidad sobre las drogas, a través de los diferentes medios, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas” (M = 2.02) cuya desviación típica o variabilidad es la menor (DT = 1.243).

Tabla 22. Análisis descriptivo factores sociales

Estadísticos factores sociales (FS)						
	N		Media	Mediana	Moda	Desv. típ.
	Válidos					
	Perdidos					
FS_20 Si tengo problemas en mis estudios. tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas	386	20	2,18	2,00	1	1,280
FS_21 Si no me siento querido/a. aceptado/a. comprendido/a. tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas	391	15	2,99	3,00	1	1,446
FS_22 Si me siento insatisfecho en las relaciones con los/as demás. tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas	389	17	2,29	2,00	1	1,281
FS_23 Si asumo que tomar alcohol y/o otras drogas es normal. tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas	381	25	3,24	3,00	5	1,442
FS_24 Si asumo que tenemos que aprender a convivir con las drogas. tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas	383	23	2,46	2,00	1	1,337
FS_25 Si en mi familia no existen unas normas de convivencia claras. tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas	392	14	2,43	2,00	1	1,355

Estadísticos factores sociales (FS)

	N	Media	Mediana	Moda	Desv. típ.	
Válidos Perdidos						
FS_26 Si no existe estabilidad y cohesión en mi familia. tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas	386	20	2,85	3,00	3	1,385
FS_27 Si no mantengo conversaciones con mi familia. sobre lo malas que son las drogas. tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas	389	17	2,27	2,00	1	1,335
FS_28 Si estoy dispuesto/a a ser amigo/a de alguien que consume algún tipo de droga. tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas	387	19	2,51	2,00	1	1,349
FS_29 Si mis amigos/as me presionan para consumir alcohol y/o otras drogas. tengo más posibilidades de consumirlas	378	28	2,83	3,00	1	1,444
FS_30 Si mi pareja o la persona que me gusta consume alcohol y/o otras drogas. tengo más posibilidades de consumirlas	390	16	2,51	2,00	1	1,331
FS_31 Si no conozco la normativa legal de alcohol/drogas y su consumo. tengo más posibilidades de consumirlas	387	19	2,43	2,00	1	1,317

Estadísticos factores sociales (FS)						
	N		Media	Mediana	Moda	Desv. típ.
Válidos Perdidos						
FS_32 Si es fácil conseguir drogas en mi entorno. tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas	380	26	2,83	3,00	3	1,374
FS_33 Si me llega publicidad sobre las drogas. a través de los diferentes medios. tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas	387	19	2,02	2,00	1	1,243

Nota. Elaboración propia

En el apartado de factores relacionados con el autoconcepto (tabla 23), el ítem con la media mayor es “Si no tengo una actitud positiva hacia mí mismo, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas” (M = 2.51) y entre los mayores valores de dispersión o desviación típica dentro de este apartado (DT = 1.368); en cambio, el ítem con una media menor es “Si mantengo una actitud pasiva, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas” (M = 1.85) cuya desviación típica o variabilidad es también alta (DT = 1.122).

Tabla 23. Análisis descriptivo factores relacionados con el autoconcepto (FA)

Estadísticos factores relacionados con el autoconcepto (FA)						
	N		Media	Mediana	Moda	Desv. típ.
Válidos Perdidos						
FA_34 Si no tengo una actitud positiva hacia mí mismo. tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas	380	26	2.51	2.00	1	1.368
FA_35 Si no trato de ser mejor cada día. tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas	382	24	1.98	2.00	1	1.094

Estadísticos factores relacionados con el autoconcepto (FA)

	N		Media	Mediana	Moda	Desv. típ.
	Válidos Perdidos					
FA_36 Si no tengo expectativas positivas sobre mí o acerca de mi futuro. tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas	386	20	2.42	2.00	1	1.295
FA_37 Si mantengo una actitud pasiva. tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas	373	33	1.85	1.00	1	1.122

Nota. Elaboración propia

El ítem con la media mayor, dentro del apartado de factores relacionados con la dificultad para el manejo del tiempo libre (tabla 24) es el que se refiere a “Si mi ocio y tiempo libre consiste en ir de fiesta con mis amigos/as e ir a locales como discotecas, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas” (M = 2.94) cuya dispersión o variabilidad es la mayor (DT = 1.387). En cambio, el ítem con la media menor es “Ante una carga excesiva de trabajo en los estudios u otras actividades, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas” (M = 2.28) con la menor desviación típica (DT = 1.297).

Tabla 24. Análisis descriptivo factores relacionados con la dificultad para el manejo del tiempo libre (FTL)

Estadísticos factores relacionados con la dificultad para el manejo del tiempo libre (FTL)

	N		Media	Mediana	Moda	Desv. típ.
	Válidos Perdidos					
FTL_38 Ante una carga excesiva de trabajo en los estudios u otras actividades. tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas	376	30	2.28	2.00	1	1.297

Estadísticos factores relacionados con la dificultad para el manejo del tiempo libre (FTL)

	N		Media	Mediana	Moda	Desv. típ.
	Válidos	Perdidos				
FTL_39 Si mi ocio y tiempo libre consiste en ir de fiesta con mis amigos/as e ir a locales como discotecas. tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas	386	20	2.94	3.00	3	1.387
FTL_40 Si mi ocio y tiempo libre consiste en realizar salidas frecuentes a bares o zonas de copas. hasta horas avanzadas de la madrugada. tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas	401	5	2.88	3.00	3	1.319

Nota. Elaboración propia

En lo referente al apartado de factores relacionados con el estilo educativo (tabla 25) el ítem cuya media es mayor es el de “Si asumo que los posibles beneficios que pueden tener el alcohol y/o otras drogas compensan sus posibles riesgos, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas” (M = 2.76) con la mayor variabilidad dentro de este apartado (DT = 1.499); y el ítem con la media menor es “Si en mi familia toman decisiones por mí, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas” (M = 2.27) con la menor desviación típica (DT = 1.252).

Tabla 25. Análisis descriptivo factores relacionados con el estilo educativo (FEE)

Estadísticos Factores relacionados con el Estilo Educativo (FEE)						
	N		Media	Mediana	Moda	Desv. típ.
	Válidos Perdidos					
FEE_41 Si asumo que los posibles beneficios que pueden tener el alcohol y/o otras drogas compensan sus posibles riesgos, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas	363	43	2.76	3.00	1	1.499
FEE_42 La falta de perspectivas personales y sociales, me lleva a tener más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas	375	31	2.47	2.00	1	1.316
FEE_43 Si en mi familia toman decisiones por mí, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas	376	30	2,27	2,00	1	1,252
FEE_44 Si mi familia no valora mis éxitos, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas	378	28	2,62	3,00	1	1,340

Nota. Elaboración propia

El ítem cuya media es mayor dentro de los factores relacionados con la búsqueda de sensaciones (tabla 26) es “Si las drogas me parecen algo que es preciso probar al menos una vez, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas” ($M = 2.91$) con la mayor variabilidad en este apartado ($DT = 1.406$); el que tiene la media menor es “Si me gustan las sensaciones nuevas y excitantes, aunque causen un poco de miedo, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas” ($M = 2.82$) con la desviación típica más baja ($DT = 1.327$). Al ser los dos únicos ítems que conforman el factor es necesario hacer referencia a la proximidad de los valores otorgados en ambos casos.

Tabla 26. Análisis descriptivo factores relacionados con la búsqueda de sensaciones (FBS)

Estadísticos Factores relacionados con la Búsqueda de Sensaciones (FBS)						
	N		Media	Mediana	Moda	Desv. típ.
Válidos Perdidos						
FBS_45 Si las drogas me parecen algo que es preciso probar al menos una vez. tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas	376	30	2.91	3.00	1	1.406
FBS_46 Si me gustan las sensaciones nuevas y excitantes. aunque causen un poco de miedo. tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas	377	29	2.82	3.00	3	1.327

Nota. Elaboración propia

En el apartado de factores relacionados con la tolerancia social al consumo (tabla 27) el ítem cuya media es mayor es el de “Si asumo que la mayoría de las personas del lugar donde vivo consumen alcohol y/o drogas con cierta frecuencia, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas” (M = 2.53) con la desviación típica más alta (DT = 1.327) y la media menor la tiene en ítem “Si asumo que la mayoría de las personas del lugar donde vivo consumen alcohol y/o drogas con cierta frecuencia, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas” (M = 2.28) con la desviación típica más baja (DT = 1.282). Al ser los dos únicos ítems que conforman el factor es necesario hacer referencia a la proximidad de los valores otorgados en ambos casos.

Tabla 27. Análisis descriptivo factores relacionados con la tolerancia social hacia el consumo (FTC)

Estadísticos factores relacionados con la tolerancia social hacia el consumo (FTC)						
	N		Media	Mediana	Moda	Desv. típ.
	Válidos	Perdidos				
FTC_47 Si asumo que la mayoría de las personas de este colegio/instituto consumen alcohol y/o drogas con cierta frecuencia. tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas	394	12	2.28	2.00	1	1.282
FTC_48 Si asumo que la mayoría de las personas del lugar donde vivo consumen alcohol y/o drogas con cierta frecuencia. tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas	390	16	2.53	2.00	1	1.327

Nota. Elaboración propia

3.1.4. ANÁLISIS INFERENCIAL

A continuación, se procede a realizar el análisis inferencial entre los factores a evaluar y las diferentes variables de identificación que se habían solicitado en el cuestionario.

3.1.4.1. Análisis inferencial factores – centro educativo

En la tabla 28 se muestran los estadísticos de cada uno de los factores teniendo en cuenta la variable centro educativo. Esta variable establece cuatro categorías de distribución de los datos: Centro educativo 1 SMM, Centro educativo 2 GOA, Centro educativo 3 CPM y Centro educativo 4 IESM.

A continuación, se contrastan los diferentes factores con la variable centro educativo utilizando la prueba de H de Kruskal-Wallis que indica la presencia o no de diferencias estadísticamente significativas dentro de cada una de las categorías en relación a cada factor. El contraste de la prueba H indica que existen diferencias estadísticamente significativas en el factor FP al encontrar una $p=.041 < .05$

Tabla 28. Prueba H de Kruskal-Wallis. Factores del cuestionario con la variable centro educativo

Factores	Centro	N	Rango promedio	X ²	gl	p
FTF	Centro educativo 1 SMM	144	157.89	5.095	3	.165
	Centro educativo 2 GOA	56	171.11			
	Centro educativo 3 CPM	41	146.89			
	Centro educativo 4 IESM	88	181.19			
	Total	329				
FP	Centro educativo 1 SMM	138	169.54	8.246	3	.041
	Centro educativo 2 GOA	59	186.18			
	Centro educativo 3 CPM	47	133.44			
	Centro educativo 4 IESM	91	171.73			
	Total	335				
FS	Centro educativo 1 SMM	135	171.29	5.670	3	.129
	Centro educativo 2 GOA	58	168.51			
	Centro educativo 3 CPM	46	134.54			
	Centro educativo 4 IESM	91	170.64			
	Total	330				
FA	Centro educativo 1 SMM	159	180.89	4.070	3	.254
	Centro educativo 2 GOA	60	181.33			
	Centro educativo 3 CPM	47	153.93			
	Centro educativo 4 IESM	93	190.80			
	Total	359				
FTL	Centro educativo 1 SMM	154	173.87	4.275	3	.233
	Centro educativo 2 GOA	62	197.70			
	Centro educativo 3 CPM	54	172.83			
	Centro educativo 4 IESM	96	195.78			
	Total	366				
FEE	Centro educativo 1 SMM	135	152.19	7.343	3	0.62
	Centro educativo 2 GOA	61	173.92			
	Centro educativo 3 CPM	43	143.76			
	Centro educativo 4 IESM	85	180.16			
	Total	324				
FBS	Centro educativo 1 SMM	148	183.39	4.892	3	.180
	Centro educativo 2 GOA	66	187.05			
	Centro educativo 3 CPM	53	151.88			
	Centro educativo 4 IESM	93	187.56			
	Total	360				
FTC	Centro educativo 1 SMM	168	208.32	6.550	3	.088
	Centro educativo 2 GOA	66	181.67			
	Centro educativo 3 CPM	55	168.45			
	Centro educativo 4 IESM	101	197.95			
	Total	390				

Nota. Diferencias estadísticamente significativas para un nivel de confianza de 95%.

Siglas N: número de sujetos, X² (Chi-cuadrado), g=grados de libertad; p= significatividad para un nivel de confianza del 95%.

Con el fin de comprobar donde residen las diferencias, se ha utilizado la prueba de U de Mann-Whitney que permite realizar un análisis par a par. En la Tabla 29 se reflejan los resultados obtenidos fruto de este contraste. Encontramos que en el grupo de centro educativo 3 CPM se producen diferencias significativas donde el rango promedio es menor en todos los casos.

Tabla 29. Prueba U de Mann-Whitney. Factores Psicológicos asociados al autocontrol, depresión y ansiedad en función del centro educativo

Factor	Centro	N	Rango promedio	Suma de rangos	U de Mann Whitney	W de Winconson	Z	Sig. Asintót. (bilateral)
FP	Centro educativo 1 SMM	138	96.36	13297.50	3706.500	13297.500	-995	.320
	Centro educativo 2 GOA	59	105.18	6205.50				
	Total	197						
	Centro educativo 1 SMM	138	97.97	13520.50	2556.500	3684.500	-2.167	.030
	Centro educativo 3 CPM	47	78.39	3684.50				
	Total	185						
	Centro educativo 1 SMM	138	114.21	15761.00	6170.000	15761.000	-2.222	.824
	Centro educativo 4 IESM	91	116.20	10574.00				
	Total	229						
	Centro educativo 2 GOA	59	60.69	3580.50	962.500	2090.500	-2.699	.007
	Centro educativo 3 CPM	47	44.48	2090.50				
	Total	106						
	Centro educativo 2 GOA	59	80.31	4738.50	2400.500	6586.500	-1.094	.274
	Centro educativo 4 IESM	91	72.38	6586.50				
	Total	150						
	Centro educativo 3 CPM	47	58.56	2752.50	1624.500	2752.500	-2.311	.021
	Centro educativo 4 IESM	91	75.15	6838.50				
	Total	138						

Nota. Diferencias estadísticamente significativas para un nivel de confianza de 95%.

Siglas N: número de sujetos, p= significatividad para un nivel de confianza del 95%.

3.1.4.2. Análisis inferencial factores - edad

224

La tabla 30 muestra los estadísticos de cada uno de los factores teniendo en cuenta la variable edad. Esta variable establece siete categorías de distribución de los datos: 11 años, 12 años, 13 años, 14 años, 15 años, 16 años y más de 16 años.

A continuación, se contrastan los diferentes factores con la variable edad utilizando la prueba de H de Kruskal-Wallis que, al igual que en el caso anterior, indica la presencia o no de diferencias estadísticamente significativas dentro de cada una de las categorías en relación a cada factor. El contraste de la prueba H indica que no existen diferencias estadísticamente significativas en ninguno de los factores pues se obtienen valores de $p \geq .05$

Tabla 30. Prueba H de Kruskal-Wallis. Factores del cuestionario con la variable edad

Factores	Edad	N	Rango promedio	X ²	gl	p
FTF	11 años	1	108.50	6.421	6	.378
	12 años	7	142.00			
	13 años	6	212.33			
	14 años	155	154.67			
	15 años	105	177.92			
	16 años	47	165.27			
	Más de 16 años	8	185.63			
	Total	329				
FP	11 años	1	66.00	7.902	6	.245
	12 años	8	99.69			
	13 años	11	178.36			
	14 años	150	167.91			
	15 años	106	177.99			
	16 años	49	153.43			

Factores	Edad	N	Rango promedio	X ²	gl	p				
FS	Más de 16 años	10	188.30	5.598	6	.470				
	Total	335								
	11 años	1	124.50							
	12 años	7	86.50							
	13 años	8	181.06							
	14 años	149	168.32							
	15 años	107	168.57							
	16 años	47	160.23							
	Más de 16 años	11	162.64							
	Total	330								
FA	11 años	1	40.00	2.928	6	.818				
	12 años	8	147.50							
	13 años	11	195.64							
	14 años	171	180.31							
	15 años	110	181.05							
	16 años	49	180.86							
	Más de 16 años	9	181.94							
	Total	359								
	11 años	1	114.50							
	12 años	8	94.38							
FTL	13 años	11	222.00	8.381	6	.211				
	14 años	165	180.98							
	15 años	118	186.97							
	16 años	52	185.77							
	Más de 16 años	11	206.00							
	Total	366								
	11 años	1	118.50							
	12 años	8	112.44							
	13 años	9	192.17							
	14 años	144	157.59							
FEE	15 años	106	170.22	4.691	6	.584				
	16 años	46	165.70							
	Más de 16 años	10	154.40							
	Total	324								
	11 años	1	289.00							
	12 años	8	117.88							
	13 años	12	243.79							
	14 años	162	178.09							
	FBS	15 años	112				183.50	9.052	6	.171
		16 años	54				173.32			
Más de 16 años		11	187.32							
Total		360								
11 años		1	222.00							
12 años		8	99.75							
13 años		11	205.91							
14 años		181	201.65							
FTC		15 años	122	190.25	6.964	6	.324			
		16 años	54	198.98						
	Más de 16 años	13	192.77							

Factores	Edad	N	Rango promedio	X ²	gl	p
	Total	390				

Nota. Diferencias estadísticamente significativas para un nivel de confianza de 95%.

Siglas N: número de sujetos, X² (Chi-cuadrado), g=grados de libertad; p= significatividad para un nivel de confianza del 95%

3.1.4.3. Análisis inferencial factores - curso

La tabla 31 muestra los estadísticos de cada uno de los factores teniendo en cuenta la variable curso. Esta variable establece cuatro categorías de distribución de los datos: 1.º ESO, 2.º ESO, 3.º ESO y 4.º ESO. El contraste de la prueba H indica que existen diferencias estadísticamente significativas en los factores FTL (Factores relacionados con la dificultad para el manejo del tiempo libre) y FEE (Factores relacionados con el estilo educativo) pues se obtienen valores de $p < .05$.

Tabla 31. Prueba H de Kruskal-Wallis. Factores del cuestionario con la variable curso

Factores	Curso	N	Rango promedio	X ²	gl	p
FTF	1º ESO	12	138.71	6.632	3	.085
	2º ESO	7	184.64			
	3º ESO	196	156.02			
	4º ESO	114	182.00			
	Total	329				
FP	1º ESO	17	128.03	6.522	3	.089
	2º ESO	8	149.25			
	3º ESO	191	163.05			
	4º ESO	119	182.91			
	Total	335				
FS	1º ESO	13	108.23	6.611	3	.085
	2º ESO	10	166.15			
	3º ESO	189	162.26			
	4º ESO	118	176.95			
	Total	330				
FA	1º ESO	18	141.22	5.328	3	.149
	2º ESO	8	184.88			
	3º ESO	211	175.04			
	4º ESO	122	193.99			
	Total	359				
FTL	1º ESO	17	134.00	11.595	3	.009
	2º ESO	10	207.80			
	3º ESO	211	173.31			
	4º ESO	128	204.98			
	Total	366				
FEE	1º ESO	15	129.63	9.237	3	.026
	2º ESO	8	193.50			
	3º ESO	185	152.48			
	4º ESO	116	180.59			
	Total	324				
FBS	1º ESO	18	173.78	.469	3	.926
	2º ESO	9	182.94			
	3º ESO	203	177.99			
	4º ESO	130	185.18			
	Total	360				

Factores	Curso	N	Rango promedio	X ²	gl	p
FTC	Total	360				
	1º ESO	17	161.59			
	2º ESO	10	167.45	2.988	3	.394
	3º ESO	228	201.37			
	4º ESO	135	191.94			
	Total	390				

Nota. Diferencias estadísticamente significativas para un nivel de confianza de 95%.

Siglas N: número de sujetos, X² (Chi-cuadrado), g=grados de libertad; p= significatividad para un nivel de confianza del 95%

Con el fin de comprobar donde residen las diferencias en el factor FTL (Factores relacionados con la dificultad para el manejo del tiempo libre), se emplea la prueba de U de Mann-Whitney lo que permitirá realizar un análisis par a par. En la tabla 32 se reflejan los resultados obtenidos fruto de este contraste. Se encuentra que el grupo de 4.º ESO es el que produce diferencias significativas con los cursos de 1.º ESO y 3.º ESO, donde el rango promedio es mayor.

Tabla 32. Prueba U de Mann-Whitney. Factores relacionados con la dificultad para el manejo del tiempo libre en función del curso

Factor	Curso	N	Rango promedio	Suma de rangos	U de Mann Whitney	W de Winconson	Z	Sig. Asintót. (bilateral)
	1º ESO	17	12.18	207.00	54.000	207.000	-1.572	.116
	2º ESO	10	17.10	171.00				
	Total	27						
	1º ESO	17	90.32	1535.50	1382.500	1535.500	-1.580	.114
	3º ESO	211	116.45	24570.50				
	Total	228						
FTL	1º ESO	17	49.50	841.50	688.500	841.500	-2.468	.014
	4º ESO	128	76.12	9743.50				
	Total	145						
	2º ESO	10	131.25	1312.50	852.500	23218.500	-1.031	.303
	3º ESO	211	110.04	23218.50				
	Total	221						
	2º ESO	10	70.45	704.50	630.500	8886.500	-.078	.937
	4º ESO	128	69.43	8886.50				
	Total	138						
	3º ESO	211	158.82	33510.50				
	4º ESO	128	188.43	24119.50	11144.500	33510.500	-2.710	.007
	Total	339						

Nota. Diferencias estadísticamente significativas para un nivel de confianza de 95%.

Siglas N: número de sujetos, p= significatividad para un nivel de confianza del 95%

Con el fin de comprobar donde residen las diferencias en el factor FEE (Factores relacionados con el Estilo Educativo), se ha empleado la prueba U de Mann-Whitney que permite realizar un análisis par a par. En la tabla 33, se reflejan los resultados obtenidos fruto de este contraste. Se aprecia que el grupo de 4.º ESO es el que produce diferencias significativas con los cursos de 1.º ESO y 3.º ESO, donde el rango promedio es mayor.

Tabla 33. Prueba U de Mann-Whitney. Factores relacionados con el estilo educativo en función del curso

Factor	Centro	N	Rango promedio	Suma de rangos	U de Mann Whitney	W de Winconson	Z	Sig. Asintót. (bilateral)
FEE	1º ESO	15	10.23	153.50	33.500	153.500	-1.720	.086
	2º ESO	8	15.31	122.50				
	Total	23						
	1º ESO	15	88.40	1326.00	1206.000	1326.000	-.847	.397
	3º ESO	185	101.48	18774.00				
	Total	200						
	1º ESO	15	47.00	705.00	585.000	705.000	-2.067	.039
	4º ESO	116	68.46	7941.00				
	Total	131						
	2º ESO	8	121.44	971.50	544.500	17749.500	-1.271	.204
	3º ESO	185	95.94	17749.50				
	Total	193						
	2º ESO	8	65.75	526.00	438.000	7224.000	-.265	.791
	4º ESO	116	62.28	7224.00				
	Total	124						
	3º ESO	185	141.06	26096.00	8891.000	26096.000	-2.513	.012
	4º ESO	116	166.85	19355.00				
	Total	301						

Nota. Diferencias estadísticamente significativas para un nivel de confianza de 95%.

Siglas N: número de sujetos, p= significatividad para un nivel de confianza del 95%

3.1.4.4. Análisis inferencial factores - rendimiento

La tabla 34 muestra los estadísticos de cada uno de los factores teniendo en cuenta la variable rendimiento. Esta variable establece cinco categorías de distribución de los datos: 1. Muy bajo; 2. Bajo; 3. Medio; 4. Alto; 5. Muy alto.

A continuación, se contrastan los diferentes factores con la variable rendimiento utilizando la prueba H de Kruskal-Wallis que, al igual que en el caso anterior, indica la presencia o no de diferencias estadísticamente significativas dentro de cada una de las categorías en relación a cada factor. El contraste de la prueba H indica que no existen

diferencias estadísticamente significativas en ninguno de los factores pues obtenemos valores de $p \geq .05$.

Tabla 34. Prueba H de Kruskal-Wallis. Factores del cuestionario con la variable rendimiento

Factores	Rendimiento	N	Rango promedio	X ²	gl	p
FTF	1. Muy bajo	8	175.63	1.216	4	.875
	2. Bajo	26	172.81			
	3. Medio	162	159.26			
	4. Alto	110	170.02			
	5. Muy alto	23	168.89			
	Total	329				
FP	1. Muy bajo	10	134.60	1.510	4	.825
	2. Bajo	26	167.38			
	3. Medio	161	167.76			
	4. Alto	109	168.91			
	5. Muy alto	29	177.97			
	Total	335				
FS	1. Muy bajo	10	120.10	9.362	4	.053
	2. Bajo	25	130.60			
	3. Medio	157	162.45			
	4. Alto	111	174.60			
	5. Muy alto	27	194.93			
	Total	330				
FA	1. Muy bajo	10	153.20	5.561	4	.234
	2. Bajo	30	147.35			
	3. Medio	177	179.94			
	4. Alto	114	185.04			
	5. Muy alto	28	204.45			
	Total	359				
FTL	1. Muy bajo	10	150.10	2.215	4	.696
	2. Bajo	31	170.48			
	3. Medio	177	181.82			
	4. Alto	117	189.61			
	5. Muy alto	31	193.79			
	Total	366				
FEE	1. Muy bajo	10	133.55	3.115	4	.539
	2. Bajo	22	141.52			
	3. Medio	158	161.35			
	4. Alto	109	167.46			
	5. Muy alto	25	178.20			
	Total	324				
FBS	1. Muy bajo	7	159.21	5.878	4	.208
	2. Bajo	31	146.89			
	3. Medio	176	179.20			
	4. Alto	114	194.68			
	5. Muy alto	32	174.33			
	Total	360				
FTC	1. Muy bajo	10	135.90	6.316	4	.177
	2. Bajo	32	171.00			
	3. Medio	191	193.29			
	4. Alto	128	208.60			
	5. Muy alto	29	199.81			
	Total	390				

Nota. Diferencias estadísticamente significativas para un nivel de confianza de 95%.

Siglas N: número de sujetos, X² (Chi-cuadrado), g=grados de libertad; p= significatividad para un nivel de confianza del 95%

3.1.4.5. Análisis inferencial factores - alcohol

La tabla 35 muestra los estadísticos de cada uno de los factores teniendo en cuenta la variable alcohol. Esta variable establece cuatro categorías de distribución de los datos: 1. Sí; 2. No; 3. No sé; 4. Prefiero no contestar.

A continuación, se contrastan los diferentes factores con la variable alcohol utilizando la prueba H de Kruskal-Wallis que indica la presencia o no de diferencias estadísticamente significativas dentro de cada una de las categorías en relación a cada factor. El contraste de la prueba H indica que existen diferencias estadísticamente significativas en los factores FTL (Factores relacionados con la dificultad para el manejo del tiempo libre) y FTC (Factores relacionados con la tolerancia social al consumo) al encontrar sus valores $p < .05$.

Tabla 35. Prueba H de Kruskal-Wallis. Factores del cuestionario con la variable alcohol

Factores	Rendimiento	N	Rango promedio	χ^2	gl	p
FTF	1. Sí	129	173.74	6.015	3	.111
	2. No	182	157.80			
	3. No sé	14	198.04			
	4. Prefiero no responder	4	95.00			
	Total	329				
FP	1. Sí	141	178.67	7.090	3	.069
	2. No	176	160.79			
	3. No sé	16	171.25			
	4. Prefiero no responder	2	24.75			
	Total	335				
FS	1. Sí	137	178.99	7.300	3	.063
	2. No	171	155.18			
	3. No sé	17	179.18			
	4. Prefiero no responder	5	102.20			
	Total	330				
FA	1. Sí	149	185.99	6.886	3	.076
	2. No	184	172.51			
	3. No sé	23	214.22			
	4. Prefiero no responder	3	79.67			
	Total	359				
FTL	1. Sí	151	200.75	8.967	3	.030
	2. No	192	171.61			
	3. No sé	18	186.06			
	4. Prefiero no responder	5	109.70			
	Total	366				
FEE	1. Sí	135	169.18	7.583	3	.055
	2. No	172	155.79			
	3. No sé	13	207.00			
	4. Prefiero no responder	4	81.13			
	Total	324				
FBS	1. Sí	155	192.23	5.906	3	.116
	2. No	181	174.12			
	3. No sé	20	164.30			

Factores	Rendimiento	N	Rango promedio	X ²	gl	p
FTC	4. Prefiero no responder	4	95.38	12.630	3	.006
	Total	360				
	1. Sí	159	213.23			
	2. No	203	188.85			
	3. No sé	23	155.54			
	4. Prefiero no responder	5	85.40			
Total	390					

Nota. Diferencias estadísticamente significativas para un nivel de confianza de 95%.

Siglas N: número de sujetos, X² (Chi-cuadrado), g=grados de libertad; p= significatividad para un nivel de confianza del 95%

Con el fin de comprobar donde residen las diferencias, se emplea la prueba U de Mann-Whitney que permite realizar un análisis par a par. En las tablas 36 y 37, se reflejan los resultados obtenidos fruto de este contraste.

Con respecto al factor FTL (Factores relacionados con la dificultad para el manejo del tiempo libre) se aprecia que las diferencias significativas se producen entre los valores Sí/No, siendo el "No" donde el rango promedio es menor.

Tabla 36. Prueba U de Mann-Whitney. Factores relacionados con la dificultad para manejo del tiempo libre FTL en función del alcohol

Factor	Alcohol	N	Rango promedio	Suma de rangos	U de Mann Whitney	W de Winconson	Z	Sig. Asintót. (bilateral)
FTL	Sí	151	187.47	28307.50	12160.500	30688.500	-2.574	.010
	No	192	159.84	30688.50				
	Total	343						
	Sí	151	85.57	12921.00	1273.000	1444.000	-.440	.660
	No sé	18	80.22	1444.00				
	Total	169						
	Sí	151	79.72	12037.00	194.000	209.000	-1.856	.063
	Prefiero no contestar	5	41.80	209.00				
	Total	156						
	No	192	104.90	20140.50	1612.500	20140.500	-.471	.638
	No sé	18	111.92	2014.50				
	Total	210						
	No	192	99.88	19177.00	311.000	326.000	-1.351	.177
	Prefiero no contestar	5	65.20	326.00				
	Total	197						
	No sé	18	12.92	232.50	28.500	43.500	-1.241	.215
	Prefiero no contestar	5	8.70	43.50				
	Total	23						

Nota. Diferencias estadísticamente significativas para un nivel de confianza de 95%.

Siglas N: número de sujetos, p= significatividad para un nivel de confianza del 95%

Con respecto al factor FTC (Factores relacionados con la tolerancia social al consumo), se aprecia que las diferencias significativas se producen entre los valores Sí/No, siendo el “No” donde el rango promedio es menor; entre Sí/No sé, siendo el “No sé” donde el rango promedio es menor; entre Sí/Prefiero no contestar, siendo el “Prefiero no contestar” donde el rango promedio es menor; y entre No/Prefiero no contestar, siendo “Prefiero no contestar” donde el rango promedio es menor.

Tabla 37. Prueba U de Mann-Whitney. Factores relacionados con la tolerancia social hacia el consumo en función del alcohol

Factor	Alcohol	N	Rango promedio	Suma de rangos	U de Mann Whitney	W de Winconson	Z	Sig. Asintót. (bilateral)
FTC	Sí	159	194.34	30900.00	14097.000	34803.000	-2.092	.036
	No	203	171.44	34803.00				
	Total	362						
	Sí	159	94.88	15085.50	1291.500	1567.500	-2.305	.021
	No sé	23	68.15	1567.50				
	Total	182						
	Sí	159	84.02	13358.50	156.500	171.500	-2.336	.020
	Prefiero no contestar	5	34.30	171.50				
	Total	164						
	No	203	115.50	23446.00	1929.000	2205.000	-1.384	.166
	No sé	23	95.87	2205.00				
	Total	226						
No	203	105.91	21499.50	221.500	236.500	-2.182	.029	
Prefiero no contestar	5	47.30	236.50					
Total	208							
No sé	23	15.52	357.00	34.000	49.000	-1.464	.143	
Prefiero no contestar	5	9.80	49.00					
Total	28							

Nota. Diferencias estadísticamente significativas para un nivel de confianza de 95%.
Siglas N: número de sujetos, p= significatividad para un nivel de confianza del 95%

3.1.4.6. Análisis inferencial factores - drogas

La tabla 38 muestra los estadísticos de cada uno de los factores teniendo en cuenta la variable drogas. Esta variable establece cuatro categorías de distribución de los datos: 1. Sí; 2. No; 3. No sé; 4. Prefiero no contestar.

A continuación, se contrastan los diferentes factores con la variable drogas utilizando la prueba H de Kruskal-Wallis que indica la presencia o no de diferencias estadísticamente

significativas dentro de cada una de las categorías en relación a cada factor. El contraste de la prueba H indica que existen diferencias estadísticamente significativas en varios de los factores: factor FP (Factores psicológicos asociados a autocontrol, depresión y ansiedad; $p=.024<.05$), factor FA (Factores relacionados con el autoconcepto; $p=.028<.05$), factor FTL (Factores relacionados con la dificultad para el manejo del tiempo libre; $p=.025<.05$) y factor FBS (Factores relacionados con la búsqueda de sensaciones; $p=.048<.05$).

Tabla 38. Prueba H de Kruskal-Wallis. Factores del cuestionario con la variable drogas

Factores	Rendimiento	N	Rango promedio	χ^2	gl	p
FTF	1. Sí	38	195.03	6.201	3	.102
	2. No	251	158.02			
	3. No sé	36	180.10			
	4. Prefiero no responder	4	181.88			
	Total	329				
FP	1. Sí	44	206.18	9.477	3	.024
	2. No	250	160.49			
	3. No sé	38	168.54			
	4. Prefiero no responder	3	227.17			
	Total	335				
FS	1. Sí	43	188.28	3.172	3	.366
	2. No	245	160.93			
	3. No sé	38	170.36			
	4. Prefiero no responder	4	154.13			
	Total	330				
FA	1. Sí	51	215.26	9.116	3	.028
	2. No	261	171.12			
	3. No sé	44	187.95			
	4. Prefiero no responder	3	236.50			
	Total	359				
FTL	1. Sí	51	224.43	9.332	3	.025
	2. No	273	178.08			
	3. No sé	38	170.78			
	4. Prefiero no responder	4	152.50			
	Total	366				
FEE	1. Sí	41	183.01	2.944	3	.400
	2. No	242	157.70			
	3. No sé	37	171.18			
	4. Prefiero no responder	4	162.63			
	Total	324				
FBS	1. Sí	52	190.59	7.907	3	.048
	2. No	264	172.55			
	3. No sé	41	213.12			
	4. Prefiero no responder	3	259.33			
	Total	360				
FTC	1. Sí	56	226.76	6.967	3	.073
	2. No	286	187.23			
	3. No sé	44	211.08			
	4. Prefiero no responder	4	177.63			
	Total					

Factores	Rendimiento	N	Rango promedio	X ²	gl	p
Total		390				

Nota. Diferencias estadísticamente significativas para un nivel de confianza de 95%.

Siglas N: número de sujetos, X² (Chi-cuadrado), g=grados de libertad; p= significatividad para un nivel de confianza del 95%

Con el fin de comprobar donde residen las diferencias, se emplea la prueba U de Mann-Whitney que permite realizar un análisis par a par. En las tablas 39-42, se reflejan los resultados obtenidos fruto de este contraste.

Con respecto al factor FP (Factores psicológicos asociados a autocontrol, depresión y ansiedad) se aprecia que las diferencias significativas se producen entre los valores Sí/No, siendo el “No” donde el rango promedio es menor.

Tabla 39. Prueba U de Mann-Whitney. Factores psicológicos asociados al autocontrol, depresión y ansiedad con la variable drogas

Factor	Alcohol	N	Rango promedio	Suma de rangos	U de Mann Whitney	W de Winconson	Z	Sig. Asintót. (bilateral)
FP	Sí	44	181.84	8001.00	3989.000	35364.000	-2.908	.004
	No	250	141.46	35364.00				
	Total	294						
	Sí	44	45.78	2014.50	647.500	1388.500	-1.754	.079
	No sé	38	36.54	1388.50				
	Total	82						
	Sí	44	23.56	1036.50	46.500	1036.500	-.850	.396
	Prefiero no contestar	3	30.50	91.50				
	Total	47						
	No	250	143.59	35898.50	4523.500	35898.500	-.474	.636
	No sé	38	150.46	5717.50				
	Total	288						
	No	250	126.44	31609.50	234.500	31609.500	-1.116	.264
	Prefiero no contestar	3	173.83	521.50				
	Total	253						
	No sé	38	20.54	780.50	39.500	780.500	-.879	.379
	Prefiero no contestar	3	26.83	80.50				
	Total	41						

Nota. Diferencias estadísticamente significativas para un nivel de confianza de 95%.

Siglas N: número de sujetos, p= significatividad para un nivel de confianza del 95%

Con respecto al factor FA (Factores relacionados con el autoconcepto) se aprecia que las diferencias significativas se producen entre los valores Sí/No, siendo el “No” donde el rango promedio es menor.

Tabla 40. Prueba U de Mann-Whitney. Factores relacionados con el autoconcepto con la variable drogas

Factor	Alcohol	N	Rango promedio	Suma de rangos	U de Mann Whitney	W de Winconson	Z	Sig. Asintót. (bilateral)				
FA	Sí	51	188.28	9602.50	5034.500	39225.500	-2.777	.005				
	No	261	150.29	39225.50								
	Total	312										
	Sí	51	51.85	2644.50					925.500	1915.500	-1.478	.139
	No sé	44	43.53	1915.50								
	Total	95										
	Sí	51	27.13	1383.50					57.500	1383.500	-0.722	.470
Prefiero no contestar	3	33.83	101.50									
Total	54											
No	261	150.83	39367.50	5176.500	39367.500	-1.056	.291					
No sé	44	165.85	7297.50									
Total	305											
No	261	132.00	34451.00	260.000	34451.000	-1.011	.312					
Prefiero no contestar	3	176.33	529.00									
Total	264											
No sé	44	23.57	1037.00	47.000	1037.000	-0.841	.400					
Prefiero no contestar	3	30.33	91.00									
Total	47											

Nota. Diferencias estadísticamente significativas para un nivel de confianza de 95%.
Siglas N: número de sujetos, p= significatividad para un nivel de confianza del 95%

236

Con respecto al factor FTL (Factores relacionados con la dificultad para el manejo del tiempo libre) se aprecia que las diferencias significativas se producen entre los valores Sí/No, siendo el “No” donde el rango promedio es menor; y entre Sí/No sé, siendo el “No sé” donde el rango promedio es menor.

Tabla 41. Prueba U de Mann-Whitney. Factores relacionados con la dificultad para el manejo del tiempo libre con la variable drogas

Factor	Alcohol	N	Rango promedio	Suma de rangos	U de Mann Whitney	W de Winconson	Z	Sig. Asintót. (bilateral)
FTL	Sí	51	196.99	10046.50	5202.500	42603.500	-2.878	.004
	No	273	156.06	42603.50				
	Total	324						
Sí	51	50.64	2582.50	681.500	1422.500	-2.398	.016	
No sé	38	37.43	1422.50					
Total	89							
Sí	51	28.80	1469.00	61.000	71.000	-1.336	.182	
Prefiero no contestar	4	17.75	71.00					
Total	55							
No	273	156.74	42790.50	4984.500	5725.500	-0.392	.695	
No sé	38	150.67	5725.50					
Total	311							
No	273	139.28	38023.50	469.500	479.500	-0.483	.629	

Factor	Alcohol	N	Rango promedio	Suma de rangos	U de Mann Whitney	W de Winconson	Z	Sig. Asintót. (bilateral)
	Prefiero no contestar	4	119.88	479.50				
	Total	277						
	No sé	38	21.67	823.50	69.500	79.500	-.284	.777
	Prefiero no contestar	4	19.88	79.50				
	Total	42						

Nota. Diferencias estadísticamente significativas para un nivel de confianza de 95%.
Siglas N: número de sujetos, p= significatividad para un nivel de confianza del 95%

Con respecto al factor FBS (Factores relacionados con la búsqueda de sensaciones) se aprecia que las diferencias significativas se producen entre los valores No/No sé, siendo el “No” donde el rango promedio es menor.

Tabla 42. Prueba U de Mann-Whitney. Factores relacionados con la búsqueda de sensaciones con la variable drogas

Factor	Alcohol	N	Rango promedio	Suma de rangos	U de Mann Whitney	W de Winconson	Z	Sig. Asintót. (bilateral)
FBS	Sí	52	171.69	8928.00	6178.000	41158.000	-1.149	.250
	No	264	155.90	41158.00				
	Total	316						
	Sí	52	44.47	2312.50	934.500	2312.500	-1.026	.305
	No sé	41	50.21	2058.50				
	Total	93						
	Sí	52	27.42	1426.00	48.000	1426.000	-1.121	.262
	Prefiero no contestar	3	38.00	114.00				
	Total	55						
	No	264	148.37	39168.50	4188.500	39168.500	-2.348	.019
	No sé	41	182.84	7496.50				
	Total	305						
	No	264	133.28	35187.00	207.000	35187.000	-1.434	.152
	Prefiero no contestar	3	197.00	591.00				
	Total	267						
	No sé	41	22.07	905.00	44.000	905.000	-.824	.410
	Prefiero no contestar	3	28.33	85.00				
	Total	44						

Nota. Diferencias estadísticamente significativas para un nivel de confianza de 95%.
Siglas N: número de sujetos, p= significatividad para un nivel de confianza del 95%

3.1.4.7. Análisis inferencial factores – clase social

La tabla 43 muestra los estadísticos de cada uno de los factores teniendo en cuenta la variable clase social. Esta variable establece cinco categorías de distribución de los datos: 1. Muy baja; 2. Baja; 3. Media; 4. Alta; 5. Muy alta.

A continuación, se contrastan los diferentes factores con la variable clase social utilizando la prueba H de Kruskal-Wallis que indica la presencia o no de diferencias

estadísticamente significativas dentro de cada una de las categorías en relación a cada factor. El contraste de la prueba H indica que existen diferencias estadísticamente significativas en varios de los factores: factor FTF (Factor nivel de tolerancia personal a la frustración; $p=.002<.05$), factor FA (Factores relacionados con el autoconcepto; $p=.010<.05$), factor FTL (Factores relacionados con la dificultad para el manejo del tiempo libre; $p=.016<.05$), factor FEE (Factores relacionados con el estilo educativo; $p=.009<.05$) y factor FBS (Factores relacionados con la búsqueda de sensaciones; $p=.018<.05$).

Tabla 43. Prueba H de Kruskal-Wallis. Factores del cuestionario con la variable clase social

Factores	Rendimiento	N	Rango promedio	X ²	gl	p
FTF	1. Muy baja	1	127.50	17.015	4	.002
	2. Baja	3	63.50			
	3. Media	206	165.87			
	4. Alta	97	141.17			
	5. Muy alta	12	238.29			
	Total	319				
FP	1. Muy baja	1	161.00	6.184	4	.186
	2. Baja	4	124.63			
	3. Media	209	167.35			
	4. Alta	98	147.23			
	5. Muy alta	11	205.59			
	Total	323				
FS	1. Muy baja	1	100.00	9.013	4	.061
	2. Baja	5	126.30			
	3. Media	206	167.98			
	4. Alta	97	140.93			
	5. Muy alta	10	203.45			
	Total	319				
FA	1. Muy baja	1	38.50	13.261	4	.010
	2. Baja	6	184.25			
	3. Media	223	179.84			
	4. Alta	104	151.65			
	5. Muy alta	11	242.27			
	Total	345				
FTL	1. Muy baja	1	349.50	12.171	4	.016
	2. Baja	5	110.90			
	3. Media	226	187.54			
	4. Alta	108	156.56			
	5. Muy alta	12	160.88			
	Total	352				
FEE	1. Muy baja	1	266.50	13.504	4	.009
	2. Baja	4	68.00			
	3. Media	195	163.50			
	4. Alta	100	139.56			
	5. Muy alta	12	204.21			
	Total	312				

Factores	Rendimiento	N	Rango promedio	X ²	gl	p
FBS	1. Muy baja	1	234.50	11.955	4	.018
	2. Baja	5	118.90			
	3. Media	222	187.13			
	4. Alta	106	151.46			
	5. Muy alta	13	150.12			
	Total	347				
FTC	1. Muy baja	1	46.50	5.254	4	.262
	2. Baja	7	189.86			
	3. Media	242	186.17			
	4. Alta	111	183.78			
	5. Muy alta	12	243.54			
	Total	373				

Nota. Diferencias estadísticamente significativas para un nivel de confianza de 95%.

Siglas N: número de sujetos, X² (Chi-cuadrado), g=grados de libertad; p= significatividad para un nivel de confianza del 95%

Con el fin de comprobar donde residen las diferencias, se emplea la prueba U de Mann-Whitney que permite realizar un análisis par a par. En las tablas 44-48, se reflejan los resultados obtenidos fruto de este contraste.

Con respecto al factor FTF (Factores relacionados con el nivel de tolerancia personal a la frustración) se aprecia que las diferencias significativas se producen entre los valores Baja/media; Baja/muy alta; Media/alta; Media/muy alta; y Alta/muy alta, siendo el rango promedio menor en el caso de una clase social más baja, excepto en el caso de Media/alta.

Tabla 44. Prueba U de Mann-Whitney. Factor nivel de tolerancia personal a la frustración con la variable clase social

Factor	Clase social	N	Rango promedio	Suma de rangos	U de Mann Whitney	W de Winconson	Z	Sig. Asintót. (bilateral)
FTF	1. Muy baja	1	3.00	3.00	1.000	7.000	-.471	.637
	2. Baja	3	2.33	7.00				
	Total	4						
	1. Muy baja	1	77.00	77.00	76.000	77.000	-.453	.651
	3. Media	206	104.13	21451.00				
	Total	207						
	1. Muy baja	1	47.50	47.50	46.500	47.500	-.071	.943
	4. Alta	97	49.52	4803.50				
	Total	98						
	1. Muy baja	1	3.00	3.00	2.000	3.000	-1.069	.285
	5. Muy alta	12	7.33	88.00				
	Total	13						
	2. Baja	3	36.67	110.00	104.000	110.000	-1.975	.048
	3. Media	206	106.00	21835.00				
	Total	209						
	2. Baja	3	27.50	82.50	76.500	82.500	-1.409	.159
	4. Alta	97	51.21	4967.50				
	Total	100						

Factor	Clase social	N	Rango promedio	Suma de rangos	U de Mann Whitney	W de Winconson	Z	Sig. Asintót. (bilateral)
	2. Baja	3	3.00	9.00	3.000	9.000	-2.173	.030
	5. Muy alta	12	9.25	111.00				
	Total	15						
	3. Media	206	159.65	32887.50	8415.500	13168.500	-2.220	.026
	4. Alta	97	135.76	13168.50				
	Total	303						
	3. Media	206	106.59	21958.50	637.500	21958.500	-2.822	.005
	5. Muy alta	12	159.38	1912.50				
	Total	218						
	4. Alta	97	51.68	5013.00	260.000	5013.000	-3.140	.002
	5. Muy alta	12	81.83	982.00				
	Total	109						

Nota. Diferencias estadísticamente significativas para un nivel de confianza de 95%.
Siglas N: número de sujetos, p= significatividad para un nivel de confianza del 95%

Con respecto al factor FA (Factores relacionados con el autoconcepto) se aprecia que las diferencias significativas se producen entre los valores Media/alta; Media/muy alta; y Alta/muy alta, siendo el rango promedio menor en el caso de una clase social más baja, excepto en el caso de Media/alta.

Tabla 45. Prueba U de Mann-Whitney. Factores relacionados con el autoconcepto con la variable clase social

Factor	Clase social	N	Rango promedio	Suma de rangos	U de Mann Whitney	W de Winconson	Z	Sig. Asintót. (bilateral)
FA	1. Muy baja	1	1.50	1.50	.500	1.500	-1.285	.199
	2. Baja	6	4.42	26.50				
	Total	7						
	1. Muy baja	1	21.00	21.00	20.000	21.000	-1.428	.153
	3. Media	223	112.91	25179.00				
	Total	224						
	1. Muy baja	1	17.50	17.50	16.500	17.500	-1.195	.232
	4. Alta	104	53.34	5547.50				
	Total	105						
	1. Muy baja	1	1.50	1.50	.500	1.500	-1.459	.145
	5. Muy alta	11	6.95	76.50				
	Total	12						
	2. Baja	6	119.50	717.00	642.000	25618.000	-.170	.865
	3. Media	223	114.88	25618.00				
	Total	229						
	2. Baja	6	64.33	386.00	259.000	5719.000	-.710	.478
	4. Alta	104	54.99	5719.00				
	Total	110						
	2. Baja	6	6.50	39.00	18.000	39.000	-1.514	.130

Factor	Clase social	N	Rango promedio	Suma de rangos	U de Mann Whitney	W de Winconson	Z	Sig. Asintót. (bilateral)
	5. Muy alta	11	10.36	114.00				
	Total	17						
	3. Media	223	172.60	38489.50	9678.500	15138.500	-2.432	.015
	4. Alta	104	145.56	15138.50				
	Total	327						
	3. Media	223	115.45	25745.50	769.500	25745.500	-2.103	.035
	5. Muy alta	11	159.05	1749.50				
	Total	234						
	4. Alta	104	55.26	5747.00	287.000	5747.000	-2.754	.006
	5. Muy alta	11	83.91	923.00				
	Total	115						

Nota. Diferencias estadísticamente significativas para un nivel de confianza de 95%.
Siglas N: número de sujetos, p= significatividad para un nivel de confianza del 95%

Con respecto al factor FTL (Factores relacionados con la dificultad para el manejo del tiempo libre) se aprecia que las diferencias significativas se producen entre los valores Media/alta; siendo el rango promedio menor en el caso de una clase social más alta.

Tabla 46. Prueba U de Mann-Whitney. Factores relacionados con la dificultad para el manejo del tiempo libre con la variable clase social

Factor	Clase social	N	Rango promedio	Suma de rangos	U de Mann Whitney	W de Winconson	Z	Sig. Asintót. (bilateral)
FTL	1. Muy baja	1	6.00	6.00	.000	15.000	-1.485	.137
	2. Baja	5	3.00	15.00				
	Total	6						
	1. Muy baja	1	224.50	224.50	2.500	25653.500	-1.694	.090
	3. Media	226	113.51	25653.50				
	Total	227						
	1. Muy baja	1	109.00	109.00	.000	5886.000	-1.732	.083
	4. Alta	108	54.50	5886.00				
	Total	109						
	1. Muy baja	1	13.00	13.00	.000	78.000	-1.624	.104
	5. Muy alta	12	6.50	78.00				
	Total	13						
	2. Baja	5	67.50	337.50	322.500	337.500	-1.648	.099
	3. Media	226	117.07	26458.50				
	Total	231						
	2. Baja	5	41.80	209.00	194.000	209.000	-1.071	.284
	4. Alta	108	57.70	6232.00				
	Total	113						
	2. Baja	5	7.60	38.00	23.000	38.000	-.751	.453
	5. Muy alta	12	9.58	115.00				
	Total	17						

Factor	Clase social	N	Rango promedio	Suma de rangos	U de Mann Whitney	W de Winconson	Z	Sig. Asintót. (bilateral)
	3. Media	226	177.04	40012.00	10047.000	15933.000	-2.625	.009
	4. Alta	108	147.53	15933.00				
	Total	334						
	3. Media	226	120.41	27213.50	1149.500	1227.500	-.893	.372
	5. Muy alta	12	102.29	1227.50				
	Total	238						
	4. Alta	108	60.33	6516.00	630.000	6516.000	-.159	.874
	5. Muy alta	12	62.00	744.00				
	Total	120						

Nota. Diferencias estadísticamente significativas para un nivel de confianza de 95%.
Siglas N: número de sujetos, p= significatividad para un nivel de confianza del 95%

Con respecto al factor FEE (Factores relacionados con el estilo educativo) se aprecia que las diferencias significativas se producen entre los valores Baja/Media; Baja/Muy alta; Media/alta y Alta/Muy alta; siendo el rango promedio menor en el caso de una clase social más baja, excepto en el caso de Media/Alta.

Tabla 47. Prueba U de Mann-Whitney. Factores relacionados con el estilo educativo con la variable clase social

Factor	Clase social	N	Rango promedio	Suma de rangos	U de Mann Whitney	W de Winconson	Z	Sig. Asintót. (bilateral)
FEE	1. Muy baja	1	5.00	5.00	.000	10.000	-1.491	.136
	2. Baja	4	2.50	10.00				
	Total	5						
	1. Muy baja	1	170.00	170.00	26.000	19136.000	-1.268	.205
	3. Media	195	98.13	19136.00				
	Total	196						
	1. Muy baja	1	86.00	86.00	15.000	5065.000	-1.210	.226
	4. Alta	100	50.65	5065.00				
	Total	101						
	1. Muy baja	1	8.50	8.50	4.500	82.500	-.405	.686
	5. Muy alta	12	6.88	82.50				
	Total	13						
	2. Baja	4	39.75	159.00	149.000	159.000	-2.121	.034
	3. Media	195	101.24	19741.00				
	Total	199						
	2. Baja	4	29.25	117.00	107.000	117.000	-1.586	.113
	4. Alta	100	53.43	5343.00				
	Total	104						
	2. Baja	4	4.00	16.00	6.000	16.000	-2.209	.027
	5. Muy alta	12	10.00	120.00				
	Total	16						
	3. Media	195	155.79	30379.50	8230.500	13280.500	-2.200	.028
	4. Alta	100	132.81	13280.50				

Factor	Clase social	N	Rango promedio	Suma de rangos	U de Mann Whitney	W de Winconson	Z	Sig. Asintót. (bilateral)
	Total	295						
	3. Media	195	102.34	19956.50	846.500	19956.500	-1.612	.107
	5. Muy alta	12	130.96	1571.50				
	Total	207						
	4. Alta	100	54.18	5417.50	367.500	5417.500	-2.204	.028
	5. Muy alta	12	75.88	910.50				
	Total	112						

Nota. Diferencias estadísticamente significativas para un nivel de confianza de 95%.
Siglas N: número de sujetos, p= significatividad para un nivel de confianza del 95%

Con respecto al factor FBS (Factores relacionados con la búsqueda de sensaciones) se aprecia que las diferencias significativas se producen entre los valores Media/alta; siendo el rango promedio menor en el caso de una clase social más alta.

Tabla 48. Prueba U de Mann-Whitney. Factores relacionados con la búsqueda de sensaciones con la variable clase social

Factor	Clase social	N	Rango promedio	Suma de rangos	U de Mann Whitney	W de Winconson	Z	Sig. Asintót. (bilateral)
FBS	1. Muy baja	1	5.00	5.00	1.000	16.000	-.905	.366
	2. Baja	5	3.20	16.00				
	Total	6						
	1. Muy baja	1	141.50	141.50	81.500	24834.500	-.462	.644
	3. Media	222	111.87	24834.50				
	Total	223						
	1. Muy baja	1	80.50	80.50	26.500	5697.500	-.868	.385
	4. Alta	106	53.75	5697.50				
	Total	107						
	1. Muy baja	1	10.50	10.50	3.500	94.500	-.751	.453
	5. Muy alta	13	7.27	94.50				
	Total	14						
	2. Baja	5	70.90	354.50	339.500	354.500	-1.496	.135
	3. Media	222	114.97	25523.50				
	Total	227						
	2. Baja	5	45.60	228.00	213.000	228.000	-.749	.454
	4. Alta	106	56.49	5988.00				
	Total	111						
	2. Baja	5	8.20	41.00	26.000	41.000	-.648	.517
	5. Muy alta	13	10.00	130.00				
	Total	18						
	3. Media	222	175.39	38937.50	9347.500	15018.500	-3.036	.002
	4. Alta	106	141.68	15018.50				
	Total	328						

Factor	Clase social	N	Rango promedio	Suma de rangos	U de Mann Whitney	W de Winconson	Z	Sig. Asintót. (bilateral)
	3. Media	222	119.40	26506.00	1133.000	1224.000	-1.312	.190
	5. Muy alta	13	94.15	1224.00				
	Total	235						
	4. Alta	106	60.04	6364.00	685.000	776.000	-.034	.973
	5. Muy alta	13	59.69	776.00				
	Total	119						

Nota. Diferencias estadísticamente significativas para un nivel de confianza de 95%.
Siglas N: número de sujetos, p= significatividad para un nivel de confianza del 95%

3.1.4.8. Análisis inferencial factores – asistencia

Dada la cualidad de la variable asistencia (dicotómica), con el fin de comprobar donde residen las diferencias, se emplea la prueba de U de Mann-Whitney que permitirá realizar un análisis par a par. En la tabla 49 se reflejan los resultados obtenidos fruto de este contraste. Las diferencias se dan en los factores FTF (Nivel de tolerancia personal a la frustración), FP (Factores psicológicos asociados a autocontrol, depresión y ansiedad), FA (Factores relacionados con el autoconcepto) y FEE (Factores relacionados con el estilo educativo), siendo el rango promedio menor en el caso de la no asistencia a clase.

Tabla 49. Prueba U de Mann-Whitney. Factores en función de la asistencia al aula

Factor	Asistencia	N	Rango promedio	Suma de rangos	U de Mann Whitney	W de Winconson	Z	Sig. Asintót. (bilateral)
FTF	1. Sí	16	231.09	3697.50	1446.500	50587.500	-2.856	.004
	2.No	313	161.62	50587.50				
	Total	329						
FP	1. Sí	15	230.53	3458.00	1462.000	52822.000	-2.560	.010
	2.No	320	165.07	52822.00				
	Total	335						
FS	1. Sí	16	190.53	3048.50	2111.500	51566.500	-1.077	.282
	2.No	314	164.22	51566.50				
	Total	330						
FA	1. Sí	15	243.80	3657.00	1623.000	60963.000	-2.455	.014
	2.No	344	177.22	60963.00				
	Total	359						
FTL	1. Sí	17	228.12	3878.00	2208.000	63283.000	-1.789	.074
	2.No	349	181.33	63283.00				
	Total	366						
FEE	1. Sí	16	219.81	3517.00	1547.000	49133.000	-2.520	.012
	2.No	308	159.52	49133.00				
	Total	324						
FBS	1. Sí	15	190.47	2857.00	2438.000	62123.000	-.382	.702
	2.No	345	180.07	62123.00				
	Total	360						

Factor	Asistencia	N	Rango promedio	Suma de rangos	U de Mann Whitney	W de Winconson	Z	Sig. Asintót. (bilateral)
FTC	1. Sí	17	236.65	4023.00	2471.000	72222.000	-1.559	.119
	2.No	373	193.62	72222.00				
	Total	390						

Nota. Diferencias estadísticamente significativas para un nivel de confianza de 95%.
Siglas N: número de sujetos, p= significatividad para un nivel de confianza del 95%

3.1.4.9. Análisis inferencial factores – sexo

Dada la cualidad de la variable sexo (dicotómica), con el fin de comprobar donde residen las diferencias, se emplea la prueba de U de Mann-Whitney que permitirá realizar un análisis par a par. En la tabla 50 se reflejan los resultados obtenidos fruto de este contraste. Las diferencias se dan en los factores FTL (Factores relacionados con la dificultad para el manejo del tiempo libre) y FEE (Factores relacionados con el estilo educativo), siendo el rango promedio menor en el caso de los hombres.

Tabla 50. Prueba U de Mann-Whitney. Factores en función del sexo

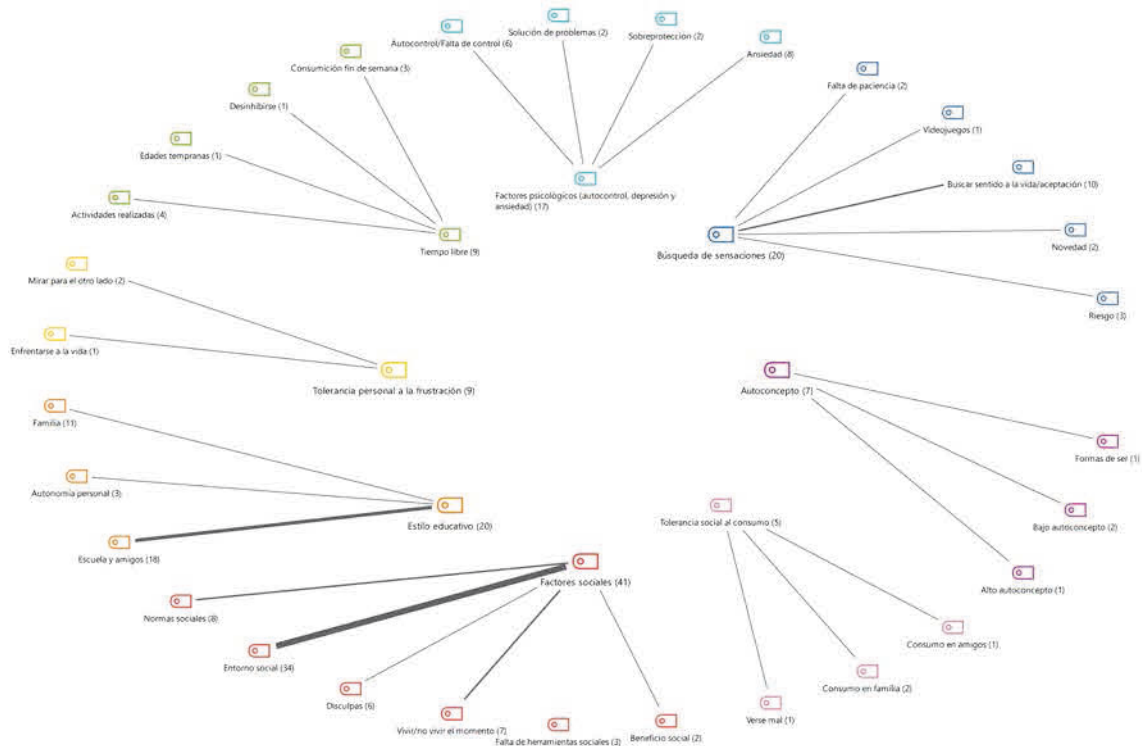
Factor	Sexo	N	Rango promedio	Suma de rangos	U de Mann Whitney	W de Winconson	Z	Sig. Asintót. (bilateral)
FTF	1. Hombre	162	166.64	26995.00	12614.000	25980.000	-.697	.486
	2. Mujer	163	159.39	25980.00				
	Total	325						
FP	1. Hombre	165	161.16	26591.00	12896.000	26591.000	-.919	.358
	2. Mujer	166	170.81	28355.00				
	Total	331						
FS	1. Hombre	162	158.71	25711.50	12508.500	25711.500	-.912	.362
	2. Mujer	164	168.23	27589.50				
	Total	326						
FA	1. Hombre	179	177.53	31777.00	15667.000	31777.000	-.364	.716
	2. Mujer	179	181.47	32484.00				
	Total	358						
FTL	1. Hombre	180	168.78	30379.50	14089.500	30379.500	-2.312	.021
	2. Mujer	182	194.09	35323.50				
	Total	362						
FEE	1. Hombre	163	150.49	24529.50	11163.500	24529.500	-1.981	.048
	2. Mujer	157	170.89	26830.50				
	Total	320						
FBS	1. Hombre	178	184.45	32832.00	14961.000	31071.000	-1.003	.316
	2. Mujer	179	173.58	31071.00				
	Total	357						
FTC	1. Hombre	192	189.56	36396.00	17868.000	36396.000	-.699	.484
	2. Mujer	194	197.40	38295.00				
	Total	386						

Nota. Diferencias estadísticamente significativas para un nivel de confianza de 95%.
Siglas N: número de sujetos, p= significatividad para un nivel de confianza del 95%

3.2. RESULTADOS DE LAS ENTREVISTAS

Las respuestas ofrecidas por las personas encuestadas se recogen en la figura 15, creando diferentes categorías y códigos interrelacionados entre sí, en base a los ocho factores de riesgo y protección en los que se han reagrupado las respuestas del alumnado encuestado y que se comentan a continuación.

Figura 15. Categorías



Nota. Elaboración propia.

A continuación, se realiza un análisis por cada uno de los factores teniendo en cuenta las respuestas proporcionadas por las personas entrevistadas.

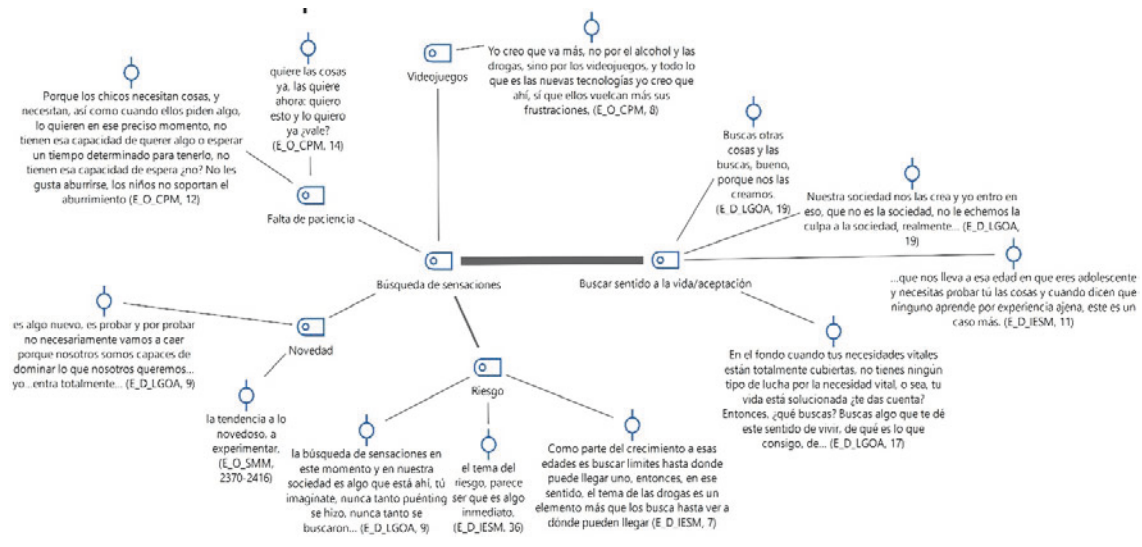
3.2.1. BÚSQUEDA DE SENSACIONES

La búsqueda de sensaciones es el factor con mayor puntuación por parte del alumnado, en donde se destaca que las drogas y/o el alcohol es algo que deben de probar al menos una vez en la vida y que, ante el gusto por sensaciones nuevas y excitantes, a pesar de que les generen algo de miedo, les acerca más hacia el consumo.

En este sentido, las personas entrevistadas, como se aprecia en la figura 16, lo que nos destacan es que esta búsqueda de sensaciones puede ser debida a varias cuestiones: en

primer lugar, se centran mayoritariamente en que esa búsqueda de sensaciones proviene de que los/las adolescentes intentan en este momento buscar sentido a la vida/aceptación; en segundo lugar, en ese sentido del riesgo que a estas edades se percibe desde otro ángulo, en tercer lugar, nos citan que puede ser debido a la falta de paciencia y a la par, la novedad y, en último lugar, nos mencionan el refugio a través de los videojuegos.

Figura 16. Categoría Búsqueda de sensaciones



Nota. Elaboración propia.

A continuación, se exponen cada uno de ellos de manera más pormenorizada, atendiendo a los comentarios que han ido trasladando.

Lo que más destacan las personas encuestadas en relación con esta búsqueda de sensaciones es que puede darse a raíz de buscarle un sentido a la vida, una aceptación de la misma a través de la experimentación "...que nos lleva a esa edad en que eres adolescente y necesitas probar tú las cosas y cuando dicen que ninguno aprende por experiencia ajena, este es un caso más" [E_D_IJESM; Posición: 11 - 11].

Una orientadora hace hincapié en que sería muy importante que diesen una mayor importancia al superarse y ser mejor cada día,

Pero yo pondría esta como la primera ("si no trato de ser mejor cada día") porque tratar de ser mejor cada día, no es que tú estás compitiendo con otra persona, es mejor persona cada día, trato de ser mejor en cada ámbito ¿no? en el que mejor persona, mejor estudiante, mejor hijo, mejor hermano... la capacidad que yo tengo para avanzar [E_O_CPM; Posición: 97 - 97].

Y por otro lado nos trasladan que buscan la aceptación de los demás,

Es el buscar la aceptación en los demás, es decir, yo, mi motivación es una motivación extrínseca, por lo tanto, yo, mi motivación la saco de todos los demás, de mis profes cuando me dicen que hice bien un examen, de mis amigos cuando me dicen, qué ropa más bonita llevas, de mis padres cuando apruebo un examen con buena nota, todo eso me está dando a mí la motivación para continuar [E_O_CPM; Posición: 72 - 72], o bien, Ahí no veo yo la motivación intrínseca de tengo que buscar mi camino, voy a ser mayor y necesito tener un empleo, un trabajo, el dinero necesario para vivir, para tener una familia, un futuro, yo ahí no veo una proyección al futuro para nada. Es decir, veo que si los demás me aceptan y veo que me elevan, que me refuerzan en lo que hago, me aceptan, bien, sigo. Ahora, como dejen de aceptarme, me voy a caer enseguida, es decir, su motivación está cogida por pincitas ¡eh! [E_O_CPM; Posición: 72 - 72].

Entran en una fase de experimentación que "una vez superada esa fase de experimentación en muchos alumnos, cuál es el motivo por el que uno decide seguir consumiendo y otros lo dejan como una experiencia y queda ahí" [E_D_IESM; Posición: 57 - 57], "Buscas otras cosas y las buscas, bueno, porque nos las creamos" [E_D_LGOA; Posición: 19 - 19].

Con respecto a esta búsqueda de sensaciones, nos comentan que hoy en día, prácticamente tienen de todo los/las niños/as y que,

En el fondo cuando tus necesidades vitales están totalmente cubiertas, no tienes ningún tipo de lucha por la necesidad vital, o sea, tu vida está solucionada ¿te das cuenta? Entonces, ¿qué buscas? Buscas algo que te dé este sentido de vivir, de qué es lo que consigo, de... [E_D_LGOA; Posición: 17 - 17].

Relacionado con el comentario de que actualmente casi lo tienen todo, nos comentan que la juventud de hoy en día es hedonista y no se trata de culpar únicamente a la sociedad "Nuestra sociedad nos las crea y yo entro en eso, que no es la sociedad, no le echamos la culpa a la sociedad, realmente..." [E_D_LGOA; Posición: 19 - 19],

Sí... esa dopamina, esa serotonina, esa alteración de los niveles, sí ...de los neurotransmisores que les incitan a estar bien, pues sí, yo creo que es la búsqueda... yo creo que del placer total ¡eh! siempre, en cualquier momento... es así. Son muy hedonistas... [E_O_CPM; Posición: 16 - 16].

Finalmente, señalan que en esta búsqueda de sensaciones es en el fondo, una búsqueda del placer, dentro de este buscar el sentido a la vida "Bueno la búsqueda es un modo de placer, ellos están aprendiendo, ellos están buscando su sitio, están buscando su sitio en un mundo que ellos no saben situarse, dónde estoy" [E_O_CPM; Posición: 57 - 57].

En segundo lugar, nos encontramos con que las personas entrevistadas asocian esta búsqueda de sensaciones con el riesgo, que tan presente está en la adolescencia "la búsqueda de sensaciones en este momento y en nuestra sociedad es algo que está ahí, tú imagínate, nunca tanto *puenting* se hizo, nunca tanto se buscaron..." [E_D_LGOA; Posición: 9 - 9] y que forma parte del crecimiento y el aprendizaje en nuestra sociedad "Como parte del crecimiento a esas edades es buscar límites hasta dónde puede llegar uno, entonces, en ese sentido, el

tema de las drogas es un elemento más que los busca hasta ver a dónde pueden llegar" [E_D_IESM; Posición: 7 - 7] y como algo que "el tema del riesgo, parece ser que es algo inmediato" [E_D_IESM; Posición: 36 - 36].

En tercer lugar, comentan que las respuestas del alumnado pueden ser debido a la falta de paciencia o a la búsqueda de la novedad. En relación con la falta de paciencia, indicando lo siguiente "quiere las cosas ya, las quiere ahora: quiero esto y lo quiero ya ¿vale?" [E_O_CPM; Posición: 14 - 14] o bien,

Porque los chicos necesitan cosas, y necesitan, así como cuando ellos piden algo, lo quieren en ese preciso momento, no tienen esa capacidad de querer algo o esperar un tiempo determinado para tenerlo, no tienen esa capacidad de espera ¿no? No les gusta aburrirse, los niños no soportan el aburrimiento" [E_O_CPM; Posición: 12 - 12].

Otra de las cuestiones que nos comentan con la que está relacionada esta búsqueda de sensaciones es la novedad "es algo nuevo, es probar y por probar no necesariamente vamos a caer porque nosotros somos capaces de dominar lo que nosotros queremos... yo...entra totalmente..." [E_D_LGOA; Posición: 9 - 9], "la tendencia a lo novedoso, a experimentar" [E_O_SMM; Posición: 1: 2370 - 1: 2415].

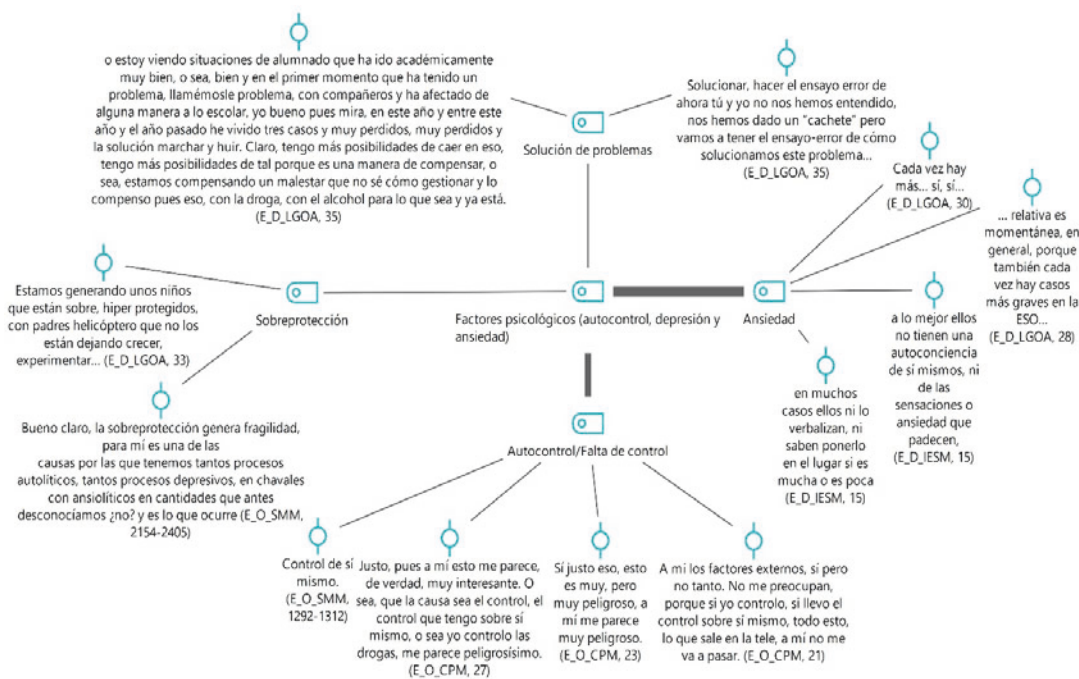
Por último, nos comentan que esa búsqueda de sensaciones se puede relacionar con un tema muy de auge hoy en día, los videojuegos, manifestando "Yo creo que va más, no por el alcohol y las drogas, sino por los videojuegos, y todo lo que es las nuevas tecnologías yo creo que ahí, sí que ellos vuelcan más sus frustraciones," [E_O_CPM; Posición: 8 - 8].

3.2.2. FACTORES PSICOLÓGICOS ASOCIADOS A AUTOCONTROL, DEPRESIÓN Y ANSIEDAD

Los factores psicológicos son los segundos más señalados por el alumnado encuestado. Los ítems están relacionados con temas como el manejo del control de uno mismo, el saber afrontar las desgracias que nos brinda la vida, cómo reaccionamos ante eventos tristes en nuestro entorno, la percepción negativa que puede tener uno de sí mismo o el estar siempre triste y, por último, si tengo ansiedad, me acercarán más hacia el consumo.

En relación con estos factores psicológicos, los/las entrevistadas, nos comentan que pueden estar interrelacionados, en primer lugar, con la ansiedad, en segundo lugar, pueden ser debido a la falta de control/autocontrol, y, en tercer lugar, con las mismas puntuaciones, nos encontramos con la búsqueda de solución de problemas junto con la sobreprotección, como podemos observar en la figura 17.

Figura 17. Categoría Autocontrol, depresión, ansiedad



Nota. Elaboración propia.

En primer lugar, los/as encuestados, dentro de estos factores psicológicos nos hablan de que puede estar muy relacionado con la ansiedad, comentando que no llegan a controlar, ni manejar lo que es en sí la ansiedad, confundiéndola con otros estados del ánimo y costándole identificarla, en ocasiones "en muchos casos ellos ni lo verbalizan, ni saben ponerlo en el lugar si es mucha o es poca" [E_D_IJESM; Posición: 15 - 15], "Ya ocurría antes... pero bueno... los chicos estrés y ansiedad son palabras que confunden y ..." [E_O_SMM; Posición: 3: 800 - 3: 897], "Entonces a veces confunden estar estresado, con que es ansioso... se utiliza mucho ataques de ansiedad, tengo un ataque de ansiedad, cuando bueno... realmente hay alguno que sí lo tienen, pero..." [E_O_SMM; Posición: 3: 937 - 3: 1136], "A lo mejor ellos no tienen una autoconciencia de sí mismos, ni de las sensaciones o ansiedad que padecen" [E_D_IJESM; Posición: 15 - 15].

Igualmente, tanto como hacen referencia a que les cuesta identificarla, también nos transmiten que "estamos hablando de adolescentes y los procesos de ansiedad en ellos, salvo cosas o hechos muy puntuales son relativos. Es una ansiedad puntual y ..." [E_D_LGOA; Posición: 26 - 26], "Cada vez hay más... sí, sí..." [E_D_LGOA; Posición: 30 - 30], "... Relativa es momentánea, en general, porque también cada vez hay casos más graves en la ESO..." [E_D_LGOA; Posición: 28 - 28] Pero también ha habido un, "incremento significativo de todo lo que tiene que ver con desajustes también personal, ansiedad, estrés" [E_O_SMM; Posición: 2: 1659 - 2: 1764].

En segundo lugar, nos hacen referencia a esa típica frase de "no te preocupes, yo controlo" en relación con el autocontrol, "Control de sí mismo" [E_O_SMM; Posición: 2: 1292 -

2: 1311], y la falta de control que forma parte del autoengaño del consumir alcohol y/o otras drogas,

La falta de control, ellos asumen que es la falta de control, o sea, yo controlo. Cuando ellos dicen esa típica frase, "no te preocupes, yo controlo", "no bebas demasiado", "no tomes esto, no tomes lo otro" o "no empieces a consumir porros porque luego te pasas a otras sustancias más peligrosas o más fuertes...", "No te preocupes, yo controlo" esa es la frase que ellos tienen, por lo tanto, ellos asumen una causa del consumo de drogas o de alcohol el control [E_O_CPM; Posición: 19 - 19].

Nos comentan lo peligrosa que es esa creencia que comentan y esa falsa seguridad de que a ellos esas cosas que se ven desde fuera, en la televisión, distan mucho de que les suceda a ellos, "A mí los factores externos, sí pero no tanto. No me preocupan, porque si yo controlo, si llevo el control sobre sí mismo, todo esto, lo que sale en la tele, a mí no me va a pasar [E_O_CPM; Posición: 21 - 21].

Y a raíz de estas falsas creencias, manifiestan la peligrosidad que acarrea en nuestros adolescentes "Justo, pues a mí esto me parece, de verdad, muy interesante. O sea, que la causa sea el control, el control que tengo sobre sí mismo, o sea yo controlo las drogas, me parece peligrosísimo" [E_O_CPM; Posición: 27 - 27], "Sí justo eso, esto es muy, pero muy peligroso, a mí me parece muy peligroso" [E_O_CPM; Posición: 23 - 23] que asocian con "problemas de autoimagen, autoconcepto" [E_O_SMM; Posición: 3: 6 - 3: 42].

En tercer y último lugar, como bien comentábamos al principio, nos hablan de esa búsqueda de solución de problemas y de una sobreprotección excesiva, principalmente por parte de la familia.

En relación con estos factores psicológicos, nos comentan que ven este acercamiento hacia el consumo como una solución de problemas "Solucionar, hacer el ensayo error de ahora tú y yo no nos hemos entendido, nos hemos dado un "cachete" pero vamos a tener el ensayo-error de cómo solucionamos este problema..." [E_D_LGOA; Posición: 35 - 35], o bien,

O estoy viendo situaciones de alumnado que ha ido académicamente muy bien, o sea, bien y en el primer momento que han tenido un problema, llamémosle problema, con compañeros y ha afectado de alguna manera a lo escolar, yo bueno pues mira, en este año y entre este año y el año pasado he vivido tres casos y muy perdidos, muy perdidos y la solución marchar y huir. Claro, tengo más posibilidades de caer en eso, tengo más posibilidades de tal porque es una manera de compensar, o sea, estamos compensando un malestar que no sé cómo gestionar y lo compenso pues eso, con la droga, con el alcohol para lo que sea y ya está [E_D_LGOA; Posición: 35 - 35].

Nos hablan de una sobreprotección excesiva, que impide un desarrollo y crecimiento "sano y natural" por parte del alumnado, que dentro de estos factores psicológicos afectan y pueden llevar en un futuro, hacia un consumo problemático u otros problemas psicológicos "Bueno claro, la sobreprotección genera fragilidad, para mí es una de las causas por las que tenemos tantos procesos autolíticos, tantos procesos depresivos, en chavales con ansiolíticos en cantidades que antes desconocíamos ¿no? y es lo que ocurre" [E_O_SMM; Posición: 6:

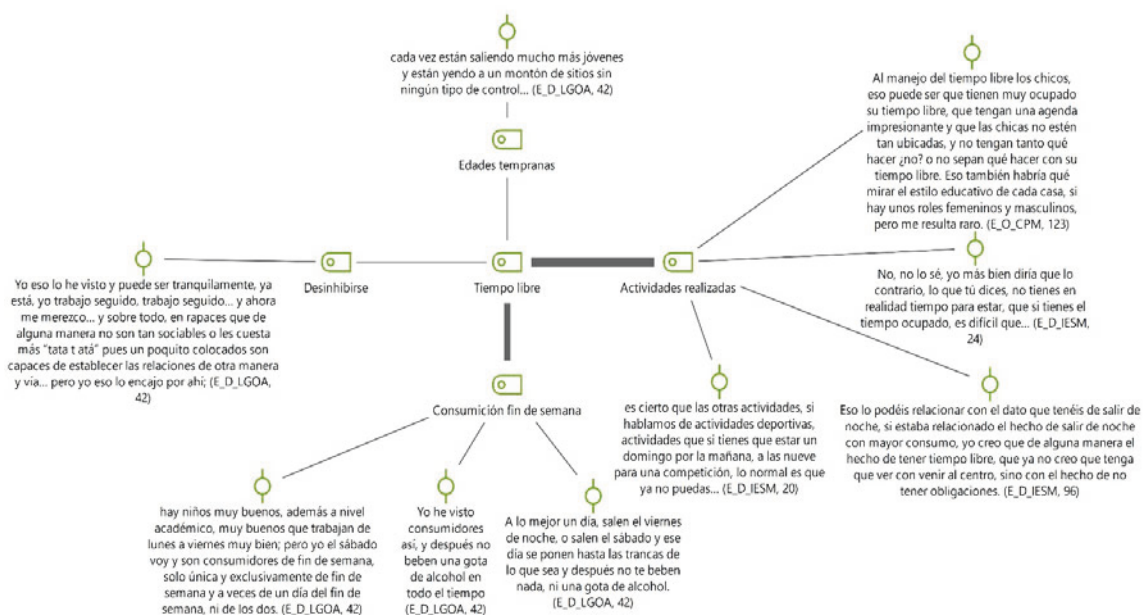
2154 - 6: 2404], "Estamos generando unos niños que están sobre, hiper protegidos, con padres helicóptero que no los están dejando crecer, experimentar..." [E_D_LGOA; Posición: 33 - 33].

3.2.3. FACTORES RELACIONADOS CON LA DIFICULTAD PARA EL MANEJO DEL TIEMPO LIBRE

Los factores relacionados con la dificultad para el manejo del tiempo libre son los terceros más señalados por los/las alumnos y alumnas; el orden en los que los señalan es el siguiente: en primer lugar, los ítems relacionados con la manera de disfrutar el tiempo libre (casi con el mismo valor), y, en segundo lugar, si ante una carga excesiva de trabajo en los estudios u otras actividades, tienen más posibilidades de consumir.

Las respuestas por parte de los/las entrevistados/as, ante los resultados obtenidos, véanse en la figura 18, los engloban a que puede estar relacionado en torno a cuatro posibles factores: en primer lugar, lo enlazan con las diferentes actividades que realizan, en segundo lugar, comentan que pueda estar directamente relacionado con el consumo del fin de semana y, en tercer y último lugar, puede estar relacionado con dos posibles factores, las edades tempranas y el desinhibirse.

Figura 18. Categoría Tiempo libre



Nota. Elaboración propia.

Relacionándolo con las actividades realizadas, nos encontramos con opiniones diferentes "No, no lo sé, yo más bien diría que lo contrario, lo que tú dices, no tienes en realidad tiempo para estar, que, si tienes el tiempo ocupado, es difícil que..." [E_D_IESM; Posición: 24 - 24], o bien si tienes actividades en las mañanas de los domingos, comentan que "lo normal" sería no realizar salidas en exceso "Es cierto que las otras actividades, si hablamos de actividades deportivas, actividades que, si tienes que estar un domingo por la mañana, a las nueve para una competición, lo normal es que ya no puedas..." [E_D_IESM; Posición: 20 - 20].

Es comentada la relación tiempo libre-salidas nocturnas,

Eso lo podéis relacionar con el dato que tenéis de salir de noche, si estaba relacionado el hecho de salir de noche con mayor consumo, yo creo que de alguna manera el hecho de tener tiempo libre, que ya no creo que tenga que ver con venir al centro, sino con el hecho de no tener obligaciones [E_D_IESM; Posición: 96 - 96].

Antes las diferencias que salen en cuanto al consumo en chicos y chicas, nos comentan,

Al manejo del tiempo libre los chicos, eso puede ser que tienen muy ocupado su tiempo libre, que tengan una agenda impresionante y que las chicas no estén tan ubicadas, y no tengan tanto qué hacer ¿no? o no sepan qué hacer con su tiempo libre. Eso también habría qué mirar el estilo educativo de cada casa, si hay unos roles femeninos y masculinos, pero me resulta raro [E_O_CPM; Posición: 123 - 123].

En segundo lugar, en esta dificultad para el manejo del tiempo libre también puede verse relacionado con el hecho de ser consumidores/as de fin de semana, como premio a un esfuerzo semanal, "A lo mejor un día, salen el viernes de noche, o salen el sábado y ese día se ponen hasta las trancas de lo que sea y después no te beben nada, ni una gota de alcohol" [E_D_LGOA; Posición: 42 - 42], "Yo he visto consumidores así, y después no beben una gota de alcohol en todo el tiempo" [E_D_LGOA; Posición: 42 - 42]

Hay niños muy buenos, además a nivel académico, muy buenos que trabajan de lunes a viernes muy bien; pero yo el sábado voy y son consumidores de fin de semana, solo única y exclusivamente de fin de semana y a veces de un día del fin de semana, ni de los dos [E_D_LGOA; Posición: 42 - 42].

En tercer y último lugar, dentro de este manejo del tiempo libre, nos comentan que puede tener relación con el hecho de desinhibirse y las edades tempranas de inicio en el consumo.

Las edades de salir, cada vez son antes y esto repercute en el manejo del tiempo libre como bien comentan, debido a que "cada vez están saliendo mucho más jóvenes y están yendo a un montón de sitios sin ningún tipo de control..." [E_D_LGOA; Posición: 42 - 42].

Otro factor que puede ser consecuencia de esta dificultad para el manejo del tiempo libre puede verse relacionado con el hecho de querer desinhibirse, la vergüenza, ...

Yo eso lo he visto y puede ser tranquilamente, ya está, yo trabajo seguido, trabajo seguido... y ahora me merezco... y, sobre todo, en rapaces que de alguna manera no

son tan sociables o les cuesta más “tata tatá” pues un poquito colocados son capaces de establecer las relaciones de otra manera y vía... pero yo eso lo encajo por ahí [E_D_LGOA; Posición: 42 - 42].

3.2.4. FACTORES SOCIALES

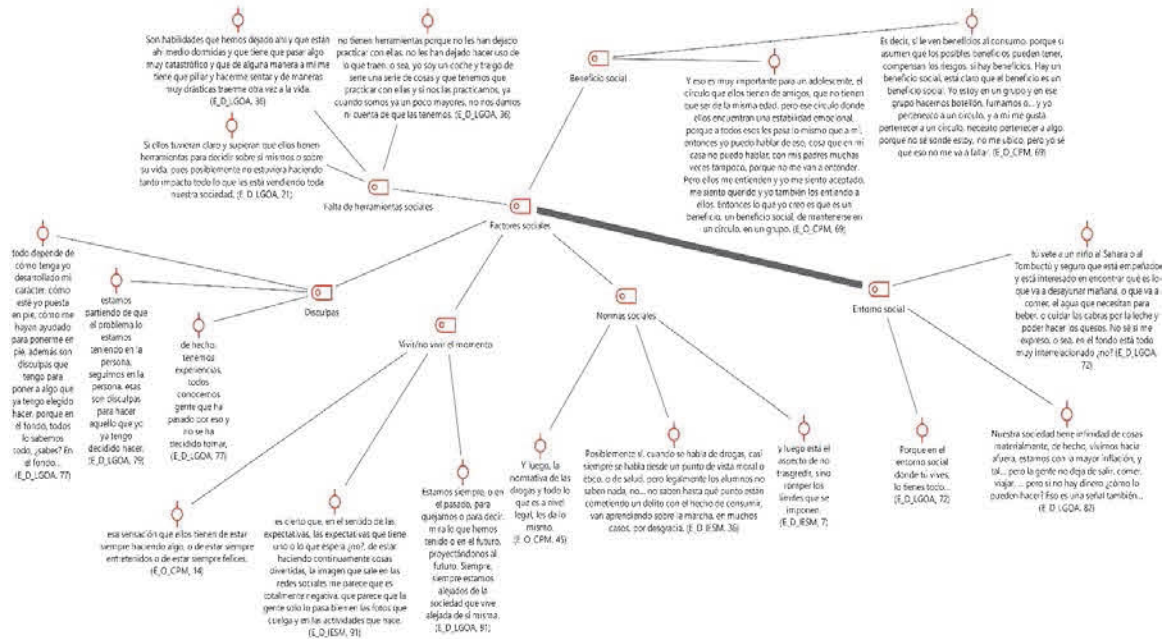
Los factores sociales son los cuartos más señalados, han sido muchos los ítems en este apartado, teniendo que dividirlos en dos grandes subgrupos: los que se refieren a acciones derivadas de terceros (amigos/as, entorno, pareja, familia, ...) cuyo valor está por encima de 2.5; y aquellos que se refieren a aspectos relacionados con la convivencia con las drogas, las normas, la publicidad, cuyos valores están por debajo del 2.5.

Dentro de estos factores sociales, nos encontramos con ítems entre los que le dan mayor importancia y que los acerca al consumo, están: si asumo que tomar alcohol y drogas es normal, si no me siento querido/a, aceptado/a, comprendido/a, si en mi familia no hay cohesión, si mis amigos me presionan para que consuma, si puedo conseguir droga fácilmente, si estoy dispuesto a ser amigo de consumidores de droga o si la persona que me gusta consume.

Por otro lado, los ítems que tienen una puntuación menor al 2.5, son los siguientes: si asumo que tenemos que aprender a vivir con las drogas, si en mi familia no existen normas de convivencia claras, si no conozco la normativa legal del alcohol/drogas, si me siento insatisfecho en las relaciones con los demás, si mantengo conversaciones con mi familia sobre lo malas que son drogas, si tengo problemas en mis estudios y si me llega publicidad sobre las drogas, me acercan todas ellas más hacia el consumo.

En este sentido, las personas encuestadas apuntan que podría ser debido a varios factores (véanse en la figura 19): en primer lugar y con una gran diferencia con respecto al resto de los factores, nos encontramos con la importancia y relación que le ven las personas entrevistadas al entorno social; en segundo lugar, nos hablan de las normas sociales; en tercero, el vivir/no vivir el momento; el cuarto lugar es para las disculpas que se plantean para no hacer lo que en realidad deberían de hacer; en quinto lugar, nos hablan de la falta de herramientas sociales con las que se encuentra el alumnado y; por último, ocupando el sexto lugar, nos hablan del beneficio social.

Figura 19. Categoría Factores sociales



Nota. Elaboración propia.

En primer lugar y con diferencia del resto de los factores, nos hablan de la influencia que puede ejercer el entorno social hacia el consumo, existiendo disparidad de opiniones al respecto y que comentaremos a continuación.

El entorno social, al que las personas encuestadas le dan gran importancia, haciendo hincapié en el contexto social en el que se desarrolla el alumnado, pero por un lado comentan que no es determinante en el consumo, "Hay muchos que no dependen en sí de la procedencia social del alumnado" [E_D_IJSM; Posición: 30 - 30],

Dependiendo del contexto social que desenvuelve cada alumno, puede ser que tenga no más acceso, pero que esté más presente, que sea más visible, o que tenga personas que consumen, que ellos lo hagan o lo normalicen de alguna manera, pero no creo que sea determinante en el consumo, pienso que no [E_D_IJSM; Posición: 7 - 7] o,

Yo creo que este ejemplo puede servir, pues relacionado con el extracto social, con el ambiente en el que te muevas, si al lado de tu centro se vende y consume droga puede llegar a funcionar como rechazo, en vez de atraer, porque es una realidad que es cercana y son realidades paralelas que si funcionan de alguna manera puede ser como rechazo total... [E_D_IJSM; Posición: 81 - 81].

Pero por otro lado sí comentan que este contexto social sí es determinante para el inicio en el consumo, "Porque en el entorno social donde tú vives, lo tienes todo..." [E_D_LGOA; Posición: 72 - 72],

Hombre... yo pienso que el contexto social sí es determinante a la hora de comenzar a consumir, principalmente alcohol, que se empieza por ahí ¿no?, la presencia de alcohol

en todos los actos sociales para ellos es un factor indudablemente que influye [E_D_IESM; Posición: 50 - 50] o bien,

Sí porque al final es un concepto de contagio, grupal e influye tanto. Sí sobre todo porque hay una relación directa entre tipología del colegio y tipología de ubicación, eso hay bastante relación. Me llama la atención que haya tanta disparidad" [E_O_SMM; Posición: 7: 954 - 7: 1204].

No nos podemos olvidar de la influencia dentro de este entorno social de lo que influye la sociedad en general, tal y como nos comentan "La sociedad influye, influye y nosotros como adolescentes, como son ahí, ellos como adolescentes no tienen las estrategias para ser conscientes de que nadie les obliga a hacer absolutamente nada que no quieren hacer" [E_D_LGOA; Posición: 21 - 21], comentando también la influencia de esa parte de la sociedad rota y su influencia en la adolescencia,

Creo que nuestra sociedad está bastante, en general, no absoluto, hay gente muy maja, familias muy majas, todo muy majo... pero sí es verdad que hay un tanto por ciento bastante significativo que está muy roto ¡eh!, que está muy roto, tenemos a niños en edades de adolescencia que están muy rotos [E_D_LGOA; Posición: 36 - 36].

Es muy comentado el hecho de que en nuestra sociedad no vivimos el momento y que vivimos de cara al exterior, buscando la aprobación del ajeno, ya que "Nuestra sociedad no está viviendo hacia adentro, está viviendo hacia afuera..." [E_D_LGOA; Posición: 23 - 23], "Nuestra sociedad está expuesta..." [E_D_LGOA; Posición: 89 - 89],

Nuestra sociedad tiene infinidad de cosas materialmente, de hecho, vivimos hacia afuera, estamos con la mayor inflación, y tal... pero la gente no deja de salir, comer, viajar, ... pero si no hay dinero ¿cómo lo pueden hacer? Eso es una señal también... [E_D_LGOA; Posición: 82 - 82], y la falta de poder vivir en el presente,

Es una sociedad que no se para a vivir el momento, esa gente nunca vive el momento, siempre lo vive a destiempo, porque cuando está en el momento no está preocupada de disfrutar de lo que pasa, está preocupada de la cámara... [E_D_LGOA; Posición: 91 - 91].

Y comparándola con otras sociedades, nos comentan,

Tú vete a un niño al Sahara o al Tombuctú y seguro que está empeñado y está interesado en encontrar qué es lo que va a desayunar mañana, o que va a comer, el agua que necesitan para beber, o cuidar las cabras por la leche y poder hacer los quesos. No sé si me expreso, o sea, en el fondo está todo muy interrelacionado ¿no? [E_D_LGOA; Posición: 72 - 72].

Toma un papel relevante en cuanto al inicio en el consumo la presión social de los/las amigos/as, como bien nos comentan, "Y, después está la presión social de los amigos, claro, que también es un factor muy importante" [E_D_IESM; Posición: 30 - 30], "Hay que ser muy fuerte en este sentido, para estar en un grupo de amigos y que todos estén haciendo algo y decir que no" [E_D_IESM; Posición: 32 - 32], "Creo que lo normal es que acabes cambiando de amistades ¡no! porque..." [E_D_IESM; Posición: 32 - 32].

Ante esta presión por parte del grupo de iguales, "Les cuesta reconocer que se sienten presionados por el grupo, a todos nos cuesta reconocer que "somos marionetas"" [E_O_SMM; Posición: 5: 1093 - 5: 1206], "No tengo duda de que están más presionados que otras generaciones, para mí, indudablemente..." [E_O_SMM; Posición: 6: 599 - 6: 692], "Y qué consumes más..., te fumas un porro o qué... o te tomas una copa, o te vas de botellón un sábado, es decir, es un poco la rutina de vida que tienen hoy en día" [E_O_CPM; Posición: 31 - 31].

Algo muy común en estas edades, nos comentan que es el no sentirse querido, "Porque el no sentirse querido a esas edades parece ser que es algo universal y entonces es un motivo de consumo" [E_D_IESM; Posición: 30 - 30],

Pero tienen importancia en el sentido de pertenencia social, yo creo que es importante cuando a esas edades todos se sienten solos o incomprendidos de alguna manera, yo creo que el hecho de pertenecer, de sentirse partícipe de alguna comunidad, o de alguna familia, amigos... [E_D_IESM; Posición: 86 - 86] o,

Pero...bueno... es cierto que el concepto de amistad en cuarto de la ESO, que es el curso que son, a veces, es la influencia social ellos no la perciben como influencia social, como si tuvieran 18, 19 o 20 años, pero... me extraña, me extraña sí... [E_O_SMM; Posición: 4: 2550 - 5: 134].

Nos hablan todos los/las entrevistados/as dentro de estos factores sociales, de la importancia que tiene el papel de la familia ante las decisiones de acercarse o no hacia el alcohol y/o las drogas, "Si tienes varios puntos de vista, la opinión de la familia, la opinión de los amigos, si tienes ciertos conocimientos, yo creo que todo ello te ayuda a tomar una decisión" [E_D_IESM; Posición: 36 - 36],

Pero bueno, yo creo que sí con el mero hecho de hablar, está claro, en ese sentido, tener una familia, dentro que de estas edades los hay más o menos comunicativos, pero tener una familia que saque el tema, que, de alguna manera, ponga encima de la mesa para tratarlo más o menos, creo que es importante" [E_D_IESM; Posición: 36 - 36].

Igualmente, es importante que sea una familia con una línea de conexión y comunicación fluida, ya que de lo contrario el "no tener estabilidad en la familia" [E_D_IESM; Posición: 30 - 30], les acerca hacia el consumo. Y comentan que muchas veces vienen buscando en el instituto esa estabilidad que no encuentran en su familia

Tenemos que ser más conscientes de que los niños vienen aquí muchas veces de su casa de un ambiente muy desfavorecedor para ellos, no hablo económicamente, sino que hablo emocionalmente y buscan en nosotros algo que, a lo mejor, no somos capaces de llegar ¿verdad? y tenemos que escuchar más a los niños" [E_O_CPM; Posición: 105 - 105].

Aunque ante el hecho de que la familia tome decisiones por ellos/as, no lleva más que a buscar la culpa en lo externo, ya que

la capacidad que tienen los chicos o por lo menos la sensación que tenemos de ser muy frágiles y ante la situación de que me desajusto o tengo un problema de desajuste, o mis padres ... si mi familia toma decisiones por mí, entonces al final como que la culpa, el locus control lo tienen otros, eso sí que ocurre mucho en este sentido [E_O_SMM; Posición: 6: 703 - 6: 1045].

Dentro de este entorno social, nos comentan que buscan en el alcohol y/o drogas recompensas a sus tareas como estudiantes, "Yo me cargo de trabajo toda la semana, o tengo mogollón de exámenes, acabo los exámenes y voy a hacer un botellón el fin de semana, bueno, porque me lo merezco, me lo merezco... tengo un premio..." [E_O_CPM; Posición: 31 - 31], o bien,

Ya terminé lo que tenía que hacer. Yo creo que estos niños trabajan por objetivos, o sea, bueno ya pasé los exámenes, ya pasé la primera evaluación, pues lo voy a celebrar, me lo merezco, es una celebración ¿no? ¿y lo celebran con qué? Pues con sustancias, con alcohol, con.... yo es que yo los veo por la calle, niños de 3º y de 4º con sus bolsas, pero lo que, de verdad, yo no me explico, es que como en esos centros cómo consiguen las bebidas alcohólicas, cómo lo consiguen, porque yo cuando paso por una caja, me llevo una cerveza o una botella de vino, a mí me viene la señora, me mira a la cara y me dice, pues sí, eres mayor de 18... [E_O_CPM; Posición: 33 - 33].

Dentro de este entorno social y su relación con la escuela-grupo de amigos, nos comentan que, "Por lo cual, en el cole, realmente, no hacen amigos para salir. La mayoría de los niños entonces su círculo de amigos no está dentro del colegio, está fuera." [E_O_CPM; Posición: 77 - 77], y hablan de un control grande por parte del colegio en el control del consumo,

En los colegios hay muchísimo control sobre eso, por lo tanto, aquí no se consume, está tan bien organizado todo, que es imposible. Es decir, si tenemos esa lectura, bien. Es decir, en los colegios hay muchísimo control sobre el consumo de sustancias, por lo tanto, yo desde luego en el colegio, como no voy a consumir nada, ni me voy a traer tal... pero claro, si enfrente de casa hay un parque donde hacemos botellón mis colegas y yo iguay, vale! ahora que, si me tengo que desplazar al quinto pimiento, pues a lo mejor lo evito [E_O_CPM; Posición: 78 - 78].

Comentan acerca del acceso a la compra del alcohol y/o drogas según las edades, y cuando no tienen acceso a las mismas, que gestionan esa frustración de otras formas

Yo creo que no tienen acceso los niños tan pequeños de 1º y 2º, ya de 3º y 4º ya es otra cosa, porque ya hay niños de 3º que son repetidores, ya son niños mayores y los de 4º yo creo que sí, sí que tienen acceso al alcohol y las drogas, y sí que realmente son los que más consumen; pero yo creo que los niños del primer ciclo, de 1º y 2º son los niños que no tienen acceso al alcohol, no tienen acceso a las drogas y la frustración la gestionan de otra manera [E_O_CPM; Posición: 10 - 10].

Comentan la importancia del contexto social del alumnado en que hay disparidad de opiniones, algunos/as no creen que sea un factor determinante hacia el consumo,

Dependiendo del contexto social que desenvuelve cada alumno, puede ser que tenga no más acceso, pero que esté más presente, que sea más visible, o que tenga personas que consumen, que ellos lo hagan o lo normalicen de alguna manera, pero no creo que sea determinante en el consumo, pienso que no [E_D_IESM; Posición: 7 - 7], o bien,

Yo creo que este ejemplo puede servir, pues relacionado con el extracto social, con el ambiente en el que te muevas, si al lado de tu centro se vende y consume droga puede llegar a funcionar como rechazo, en vez de atraer, porque es una realidad que es cercana y son realidades paralelas que si funcionan de alguna manera puede ser como rechazo total... [E_D_IESM; Posición: 81 - 81]

Y, sin embargo, otros sí creen que es un factor determinante hacia el consumo,

Hombre... yo pienso que el contexto social sí es determinante a la hora de comenzar a consumir, principalmente alcohol, que se empieza por ahí ¿no?, la presencia de alcohol en todos los actos sociales para ellos es un factor indudablemente que influye [E_D_IESM; Posición: 50 - 50].

Dentro de la sociedad en la que vivimos y a pesar de que siempre hablan de que la información es excesiva y que hoy en día los/las chavales/as saben y acceden a todo, en cuestión de drogas, no saben bien si está transgrediendo la ley o no...

Posiblemente sí, cuando se habla de drogas, casi siempre se habla desde un punto de vista moral o ético, o de salud, pero legalmente los alumnos no saben nada, no... no saben hasta qué punto están cometiendo un delito con el hecho de consumir, van aprendiendo sobre la marcha, en muchos casos, por desgracia [E_D_IESM; Posición: 36 - 36].

Destacan la importancia de la familia dentro de este factor social, y que es importante su opinión acerca de las drogas y/o alcohol, sobre todo para que tengan diferentes puntos de vista, no solo de los/las amigos/as,

Pero bueno, yo creo que sí con el mero hecho de hablar, está claro, en ese sentido, tener una familia, dentro que de estas edades los hay más o menos comunicativos, pero tener una familia que saque el tema, que, de alguna manera, ponga encima de la mesa para tratarlo más o menos, creo que es importante [E_D_IESM; Posición: 36 - 36] y, además,

Pero yo creo que, si tienes varios puntos de vista, la opinión de la familia, la opinión de los amigos, si tienes ciertos conocimientos, yo creo que todo ello te ayuda a tomar una decisión o no ... porque son irreflexivos de por sí, a esas edades más, hay ahí un punto de irreflexión, de impulsividad, pero pienso que es importante, sí más que la normativa, tener a alguien que hable con ellos de una forma más cercana... sin enjuiciar así a priori..." [E_D_IESM; Posición: 36 - 36].

El segundo lugar dentro de estos factores sociales, lo toma el tema de las normas sociales, en donde nos comentan que puede ser consecuencia de las normas sociales, ya que "lo mejor en la adolescencia es saltarse la norma" [E_D_LGOA; Posición: 68 - 68], "Y luego está el aspecto de no trasgredir, sino romper los límites que se imponen" [E_D_IESM; Posición: 7 -

7] y, "Porque las normas se saltan, su lema es "las normas están para saltarse"" [E_O_CPM; Posición: 47 - 47].

Nos comentan que en inicio los/las jóvenes comentan que poseen falta de información, algo que se ve contradicho,

Te achacan mucho de que no tienen la información suficiente, cuando realmente sean de las generaciones con más información sobre estas temáticas que hay, pero siempre es como que no nos informan mucho de esto, bueno información a mí me consta que tienen y por muchas vías eh... pero bueno, sí que me llama la atención un poco esto... [E_O_SMM; Posición: 5: 1221 - 5: 1559].

Y sin embargo, "Y luego, la normativa de las drogas y todo lo que es a nivel legal, les da lo mismo" [E_O_CPM; Posición: 45 - 45], "Es más y qué pasa si alguien me para y... llevo pues un botellín de cerveza ¿qué me hacen? Tampoco está penado como para que los niños se asusten..." [E_O_CPM; Posición: 51 - 51].

Yo como paso de la adolescencia a la etapa adulta, ¿cómo hago el tránsito? Yo tengo que hacer el tránsito igual que lo hicieron todas las demás generaciones, pues yo tengo que traspasar esas normas, yo tengo que pasar por encima de esas normas, yo creo que no es solo en nuestra sociedad es que es en todas, en todas las tribus, en todas partes. Entonces las normas les importan bastante poco [E_O_CPM; Posición: 49 - 49].

Lo que conlleva que,

Posiblemente sí, cuando se habla de drogas, casi siempre se habla desde un punto de vista moral o ético, o de salud, pero legalmente los alumnos no saben nada, no ... no saben hasta qué punto están cometiendo un delito con el hecho de consumir, van aprendiendo sobre la marcha, en muchos casos, por desgracia [E_D_IESM; Posición: 36 - 36].

Cabe mencionar aquí, la relación que puede existir con el tema de la normalización de las drogas, "Esto está bien, la normalización del alcohol y de las drogas..." [E_O_CPM; Posición: 40 - 40], "Estamos normalizando y en los medios de comunicación y en todo... y en las pelis se ve... que todo el mundo toma su copita... bien, bien, normalizamos todo y todo es normal y es aceptado por la sociedad, bien" [E_O_CPM; Posición: 42 - 42].

En tercer lugar, nos encontramos con el hecho de vivir/no vivir el momento, y se comenta que las redes sociales no son de gran ayuda en estas etapas en las que se busca estar divirtiéndose a menudo, "esa sensación que ellos tienen de estar siempre haciendo algo, o de estar siempre entretenidos o de estar siempre felices" [E_O_CPM; Posición: 14 - 14], creando las redes falsas expectativas o poca transparencia de lo que es la vida real, que no siempre es fiesta,

Es cierto que, en el sentido de las expectativas, las expectativas que tiene uno o lo que espera ¿no?, de estar haciendo continuamente cosas divertidas, la imagen que sale en las redes sociales me parece que es totalmente negativa, que parece que la gente solo lo pasa bien en las fotos que cuelga y en las actividades que hace [E_D_IESM; Posición: 91 - 91].

En este vivir/no vivir el momento nos comentan que estamos en una etapa en la que "No somos capaces de pararnos a vivir el momento" [E_D_LGOA; Posición: 91 - 91], que "Estamos siempre, o en el pasado, para quejarnos o para decir, mira lo que hemos tenido o en el futuro, proyectándonos al futuro. Siempre, siempre estamos alejados de la sociedad que vive alejada de sí misma" [E_D_LGOA; Posición: 91 - 91].

Por otro lado, comentan que en este vivir la vida, se dan "premios" ante los esfuerzos realizados, como compensación "Y qué consumes más..., te fumas un porro o qué... o te tomas una copa, o te vas de botellón un sábado, es decir, es un poco la rutina de vida que tienen hoy en día" [E_O_CPM; Posición: 31 - 31] y ante una semana cargada de trabajos, exámenes... "Yo me cargo de trabajo toda la semana, o tengo mogollón de exámenes, acabo los exámenes y voy a hacer un botellón el fin de semana, bueno, porque me lo merezco, me lo merezco... tengo un premio..." [E_O_CPM; Posición: 31 - 31], y cuando cumplen sus objetivos,

Ya terminé lo que tenía que hacer. Yo creo que estos niños trabajan por objetivos, o sea, bueno ya pasé los exámenes, ya pasé la primera evaluación, pues lo voy a celebrar, me lo merezco, es una celebración ¿no? ¿y lo celebran con qué? Pues con sustancias, con alcohol, con.... yo es que yo los veo por la calle, niños de 3º y de 4º con sus bolsas, pero lo que, de verdad, yo no me explico, es que como en esos centros cómo consiguen las bebidas alcohólicas, cómo lo consiguen, porque yo cuando paso por una caja, me llevo una cerveza o una botella de vino, a mí me viene la señora, me mira a la cara y me dice, pues sí, eres mayor de 18... [E_O_CPM; Posición: 33 - 33].

262

En el cuarto puesto, nos hablan de esas disculpas que a veces se ponen, aún a sabiendas que ya hay un fin que poner en marcha, comentando las disculpas que se ponen y el no asumir responsabilidades y "echar balones fuera", llegando a culpar a los demás que las decisiones que toma uno/a, "Yo creo que realmente es el problema de mirar hacia afuera y culpar al mundo de todo lo que sucede" [E_D_LGOA; Posición: 32 - 32], "Nada de eso es real, porque al final, todo eso son disculpas para la decisión que yo tomo de consumir, nada de eso es real" [E_D_LGOA; Posición: 77 - 77], "No asumimos el riesgo de ser cómo somos y como no asumimos el riesgo de ser quiénes somos, lo que hacemos es eso, culpar al exterior de las decisiones que yo tomo" [E_D_LGOA; Posición: 81 - 81].

Y a pesar de tener a gente conocida que haya consumido, siguen poniendo disculpas "de hecho, tenemos experiencias, todos conocemos gente que ha pasado por eso y no se ha decidido tomar" [E_D_LGOA; Posición: 77 - 77] y personificando las situaciones para no asumir responsabilidades y encubrir decisiones ya meditadas "Estamos partiendo de que el problema lo estamos teniendo en la persona, seguimos en la persona, esas son disculpas para hacer aquello que yo ya tengo decidido hacer" [E_D_LGOA; Posición: 79 - 79].

Todo depende de cómo tenga yo desarrollado mi carácter, cómo esté yo puesta en pie, cómo me hayan ayudado para ponerme en pie, además son disculpas que tengo para poner a algo que ya tengo elegido hacer, porque en el fondo, todos lo sabemos todo, ¿sabes? En el fondo... [E_D_LGOA; Posición: 77 - 77].

En quinto lugar, y penúltimo, hablamos de una falta de herramientas sociales, como habilidades que se han dejado a un lado,

Son habilidades que hemos dejado ahí y que están ahí medio dormidas y que tiene que pasar algo muy catastrófico y que de alguna manera a mí me tiene que pillar y hacerme sentar y de maneras muy drásticas traerme otra vez a la vida [E_D_LGOA; Posición: 36 - 36].

Hacen hincapié en que esta falta de herramientas es debido a no dejarlas desarrollar, a no cultivarlas por un exceso de sobreprotección, provocando un impacto negativo en el desarrollo de los adolescentes, ante la falta de no saber afrontar los problemas desde una perspectiva diferente a la del consumo, "Si ellos tuvieran claro y supieran que ellos tienen herramientas para decidir sobre sí mismos o sobre su vida, pues posiblemente no estuviera haciendo tanto impacto todo lo que les está vendiendo toda nuestra sociedad" [E_D_LGOA; Posición: 21 - 21],

No tienen herramientas porque no les han dejado practicar con ellas, no les han dejado hacer uso de lo que traen, o sea, yo soy un coche y traigo de serie una serie de cosas y que tenemos que practicar con ellas y si nos las practicamos, ya cuando somos ya un poco mayores, no nos damos ni cuenta de que las tenemos [E_D_LGOA; Posición: 36 - 36].

Y, por último, dentro de este apartado de los factores sociales se habla del beneficio social del consumo en cuanto a que se sienten comprendidos y apoyados, con un sentimiento de pertenencia en estas edades que les cuesta ubicarse,

Es decir, sí le ven beneficios al consumo, porque si asumen que los posibles beneficios pueden tener, compensan los riesgos, sí hay beneficios. Hay un beneficio social, está claro que el beneficio es un beneficio social. Yo estoy en un grupo y en ese grupo hacemos botellón, fumamos o ... y yo pertenezco a un círculo, y a mí me gusta pertenecer a un círculo, necesito pertenecer a algo, porque no sé sonde estoy, no me ubico, pero yo sé que eso no me va a fallar [E_O_CPM; Posición: 69 - 69].

Se sienten arropados y buscan su lugar dentro del grupo, en donde pueden expresarse y se sienten comprendidos y que se les escucha,

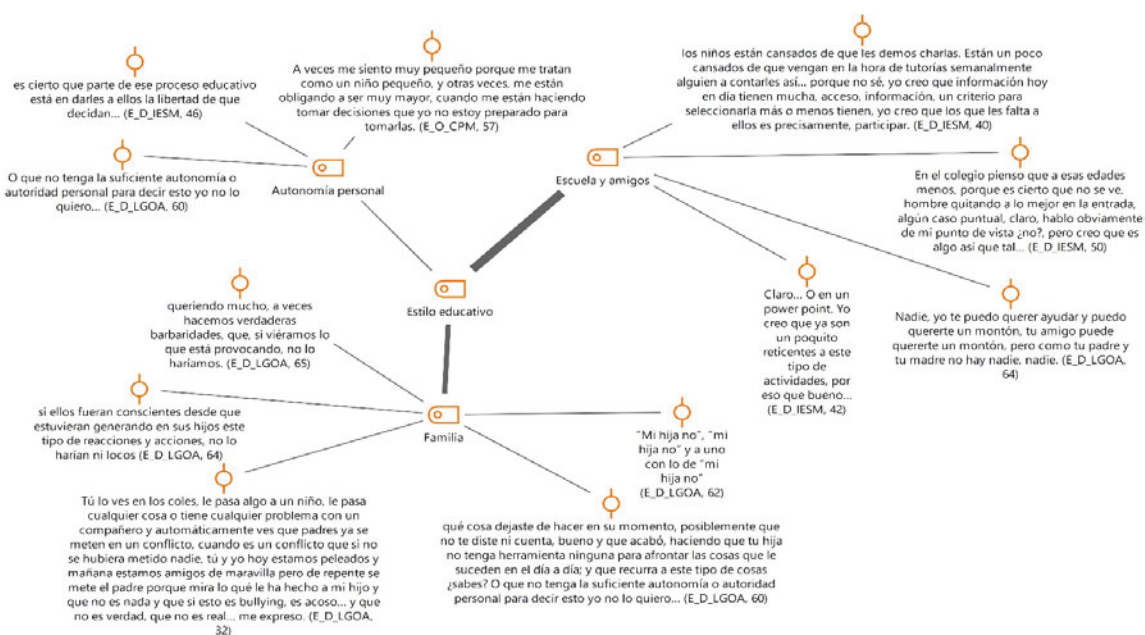
Y eso es muy importante para un adolescente, el círculo que ellos tienen de amigos, que no tienen que ser de la misma edad, pero ese círculo donde ellos encuentran una estabilidad emocional, porque a todos esos les pasa lo mismo que a mí, entonces yo puedo hablar de eso, cosa que en mi casa no puedo hablar; con mis padres muchas veces tampoco, porque no me van a entender. Pero ellos me entienden y yo me siento aceptado, me siento querido y yo también los entiendo a ellos. Entonces lo que yo creo es que es un beneficio, un beneficio social, de mantenerse en un círculo, en un grupo [E_O_CPM; Posición: 69 - 69].

3.2.5. FACTORES RELACIONADOS CON EL ESTILO EDUCATIVO

Los quintos factores más señalados han sido los relacionados con el estilo educativo, en donde se destacan ítems con mayor puntuación los relacionados con que si asumen que los posibles beneficios que pueden tener el alcohol y/o otras drogas compensan sus posibles riesgos; seguido de si sus familias no valoran sus éxitos; el tercero con mayor puntuación es que no tengan perspectivas sociales y personales; y, el último, el hecho de que tomen decisiones por ellos, les acercarán más hacia el consumo.

En este sentido, lo que nos destacan las personas encuestadas, como se puede apreciar en la figura 20, es que puede estar relacionado con tres aspectos: en primer lugar, le dan mucha importancia a la relación escuela y amigos, seguido en segundo lugar de la importancia que tiene la familia y, por último, la autonomía personal.

Figura 20. Categoría Estilo educativo



Nota. Elaboración propia.

En primer lugar, nos encontramos la gran importancia que le dan a la relación escuela y amigos/as, nos comentan que el alumnado ya no acepta de la misma forma y con la misma ilusión las charlas que se les imparten, "Claro... O en un power point. Yo creo que ya son un poquito reticentes a este tipo de actividades, por eso que bueno..." [E_D_IJESM; Posición: 42 - 42]

Los niños están cansados de que les demos charlas. Están un poco cansados de que vengan en la hora de tutorías semanalmente alguien a contarles así... porque no sé, yo creo que información hoy en día tienen mucha, acceso, información, un criterio para

seleccionarla más o menos tienen, yo creo que los que les falta a ellos es precisamente, participar" [E_D_IESM; Posición: 40 - 40], o bien,

Las típicas charlas que dan en los colegios, o sea, qué es lo primero que hacen con una persona que consuma, y no solo de alcohol, drogas, lo sacan del ámbito en el que está y sobre todo del ámbito, del lugar y de las personas con las que se relaciona... [E_O_CPM; Posición: 83 - 83],

Y no es el consumo no está relacionado porque se vengan a dar charlas o más información, yo creo que hay que abordar desde otros puntos y desde otras instancias, no porque solo les den charlas van a consumir más o menos... ellos saben más que nosotros, yo creo que la prevención, en este caso, ya tiene que ser a otros niveles, cosa que veo a años luz porque aquí hay dinero... [E_O_CPM; Posición: 86 - 86].

Por otro lado, nos trasladan que en las escuelas no se consume y que es como un lugar de protección,

En el colegio pienso que a esas edades menos, porque es cierto que no se ve, hombre quitando a lo mejor en la entrada, algún caso puntual, claro, hablo obviamente de mi punto de vista ¿no?, pero creo que es algo así que tal... [E_D_IESM; Posición: 50 - 50]. Y, reafirman,

No sé en su tiempo libre lo cerca que lo verán, pero aquí, en el centro educativo, que se consuma alcohol, por supuesto que no, y drogas, pues como no sea marihuana, hachís en la entrada, es algo así tan puntual que no creo que a ellos les sirva a ellos de ejemplo para consumir o no consumir" [E_D_IESM; Posición: 50 - 50].

Nos comentan acerca del control que hay en los colegios,

En los colegios hay muchísimo control sobre eso, por lo tanto, aquí no se consume, está tan bien organizado todo, que es imposible. Es decir, si tenemos esa lectura, bien. Es decir, en los colegios hay muchísimo control sobre el consumo de sustancias, por lo tanto, yo desde luego en el colegio, como no voy a consumir nada, ni me voy a traer tal... pero claro, si enfrente de casa hay un parque donde hacemos botellón mis colegas y yo ¡guay, vale! ahora que, si me tengo que desplazar al quinto pimiento, pues a lo mejor lo evito" [E_O_CPM; Posición: 78 - 78] o,

Sí pero ahí hay cuatro o cinco ítems que se relacionan con los colegios, y eso es importante, es muy importante, porque ellos en segundo lugar ya ponen el colegio. Entonces tenemos que ser conscientes del trabajo que estamos haciendo y lo que las personas podemos o no podemos hacer aquí; porque muchas veces pensamos que nuestro trabajo es solamente el trabajo académico de enseñanza-aprendizaje de las asignaturas y no es así" [E_O_CPM; Posición: 105 - 105].

El director de un centro nos traslada la puesta en marcha para el curso que viene de un programa práctico de salud mental, con el fin de dar una vuelta a estas charlas teóricas, se impartirá en 3º de ESO, inicialmente,

No sé si sabéis que hay un programa ahora, que van a poner en marcha el año que viene, "Yam", es un programa sobre salud mental, es un programa piloto que se va a empezar en España, en Galicia, en año que viene y, en teoría, la idea es que se haga en todos los centros de Secundaria. Va a ser para 3º de la ESO, que son las edades de las que estamos hablando y un poco la idea es como hacer rolle playing, van a ser actividades en las que ellos, va a venir un psicólogo, no vamos a ser los profesores los que lo llevemos adelante y entonces, se van a hacer actividades en las que ellos sean los protagonistas. Se les van a plantear una serie de situaciones, ellos asumen un papel, lo escenifican con toda la potencia que tienen estas actividades que parecen un juego, pero que dan pie a sacar muchas conductas, pensamientos que no saldrían muy fácilmente, yo creo que, en ese sentido, ellos los que necesitan, más que le den charlas, es... [E_D_IESM; Posición: 40 - 40].

Trasladan la preocupación por la falta de madurez o toma de decisiones en ciertas edades,

De acuerdo, y si nos vamos para el tema académico, yo en tercero o en cuarto ya tengo que tomar la decisión de coger unas asignaturas, coger otras para mi futuro, yo a lo mejor no estoy preparado para, o a lo mejor, no sé, es que no tengo ni idea de lo que va a ser mi futuro, a lo que voy a dedicarme, entonces... [E_O_CPM; Posición: 57 - 57],

Igualmente señalan que no es en el colegio donde forjan su grupo: "Por lo cual, en el cole, realmente, no hacen amigos para salir. La mayoría de los niños entonces su círculo de amigos no está dentro del colegio, está fuera." [E_O_CPM; Posición: 77 - 77].

Hacen hincapié en el hecho de que les cuesta aceptar que están influenciados/as por su alrededor y los conceptos de amistad, frustración son bailables, siendo su pertenencia al grupo de los hechos más importantes de esta etapa de sus vidas, "les cuesta reconocer que se sienten presionados por el grupo, a todos nos cuesta reconocer que "somos marionetas"" [E_O_SMM; Posición: 5: 1093 - 5: 1206],

Pero... bueno... es cierto que el concepto de amistad en cuarto de la ESO, que es el grupo que son, a veces, es la influencia social ellos no la perciben como influencia social como si tuvieran 18. 19 o 20 años, pero me extraña, me extraña, sí... [E_O_SMM; Posición: 4: 2550 - 5: 134],

Y eso es muy importante para un adolescente, el círculo que ellos tienen de amigos, que no tienen que ser de la misma edad, pero ese círculo donde ellos encuentran una estabilidad emocional, porque a todos esos les pasa lo mismo que a mí, entonces yo puedo hablar de eso, cosa que en mi casa no puedo hablar; con mis padres muchas veces tampoco, porque no me van a entender. Pero ellos me entienden y yo me siento aceptado, me siento querido y yo también los entiendo a ellos. Entonces lo que yo creo es que es un beneficio, un beneficio social, de mantenerse en un círculo, en un grupo" [E_O_CPM; Posición: 69 - 69],

Todo lo que tiene que ver con el autocontrol, con la depresión y la ansiedad tiene una fase previa, y esa fase previa va con la frustración, va con el autoconcepto y cuando

eso empieza a “desparramarse” es cuando surge esto y esto es como la fase final de un proceso” [E_O_SMM; Posición: 9: 2511 - 10: 162].

Dan mucha importancia a la labor que se debe de hacer desde los centros en beneficio del alumnado y la educación en valores, "dentro de los centros educativos tendríamos que hacer mayor labor de este tipo. Y eso es una educación en valores que teníamos que hacer versar en todas las asignaturas" [E_O_CPM; Posición: 97 - 97].

El trabajo este ... bueno está muy manido, pero todo lo que es reforzar eso del trabajo emocional de los chavales, que está al final está lo psicológico, el autoconcepto, creo que es de lo mejor y de las mayores necesidades que tenemos y de las más difíciles, porque por mucho que nosotros tengamos un programa, por mucho que tú hagas... hay muchos factores ahí que están... y una sociedad muy demandante [E_O_SMM; Posición: 14: 124 - 14: 538].

Por último, dentro de este apartado de escuela y amigos/as, las personas encuestadas dan mucho valor al querer de la familia, ante cualquier otra persona, amigos, maestro... "Nadie, yo te puedo querer ayudar y puedo quererte un montón, tu amigo puede quererte un montón, pero como tu padre y tu madre no hay nadie, nadie" [E_D_LGOA; Posición: 64 - 64].

En segundo lugar, no podía faltar de hablar acerca del papel tan importante que juega la familia dentro del estilo educativo.

Nos hablan en general, y todos al unísono del papel hiperprotector que hay hoy en día en algunas familias y que impiden que los niños y niñas desarrollen estrategias y habilidades para afrontar la vida en un futuro, "Estamos generando unos niños que están sobre, hiper protegidos, con padres helicóptero que no los están dejando crecer, experimentar..." [E_D_LGOA; Posición: 33 - 33], "No, no viene el padre que ya lo sobredimensiona y al final ¡buff! Se generan unos problemas que son tremendos. Pues eso sucede ya desde pequeñitos, tú eso llévalo continuamente hasta la ESO" [E_D_LGOA; Posición: 35 - 35]

Tú lo ves en los coles, le pasa algo a un niño, le pasa cualquier cosa o tiene cualquier problema con un compañero y automáticamente ves que padres ya se meten en un conflicto, cuando es un conflicto que si no se hubiera metido nadie, tú y yo hoy estamos peleados y mañana estamos amigos de maravilla pero de repente se mete el padre porque mira lo qué le ha hecho a mi hijo y que no es nada y que si esto es bullying, es acoso... y que no es verdad, que no es real... me expreso [E_D_LGOA; Posición: 32 - 32].

Nos comentan que en esta sobreprotección la familia no es consciente de los efectos contradictorios que acarrearán en un futuro, ya que “si ellos fueran conscientes desde que estuvieran generando en sus hijos este tipo de reacciones y acciones, no lo harían ni locos" [E_D_LGOA; Posición: 64 - 64], "Queriendo mucho, a veces hacemos verdaderas barbaridades, que, si viéramos lo que está provocando, no lo haríamos." [E_D_LGOA; Posición: 65 - 65],

Qué cosa dejaste de hacer en su momento, posiblemente que no te diste ni cuenta, bueno y que acabó, haciendo que tu hija no tenga herramienta ninguna para afrontar las cosas que le suceden en el día a día; y que recurra a este tipo de cosas ¿sabes? O

que no tenga la suficiente autonomía o autoridad personal para decir esto yo no lo quiero... [E_D_LGOA; Posición: 60 - 60].

Es también importante destacar esa negación por parte de las familias cuando hay un consumo en sus hijos/as, como bien nos dice la directora de un centro que afirma que la frase de las familias ante un suceso de este estilo es "“Mi hija no”, “mi hija no” y a uno con lo de “mi hija no”" [E_D_LGOA; Posición: 62 - 62], por que transmiten la importancia del diálogo familiar, "Tener una familia que saque el tema, que, de alguna manera, ponga encima de la mesa para tratarlo más o menos, creo que es importante" [E_D_IESM; Posición: 36 - 36].

Dependiendo del estilo educativo de la familia, nos comenta un orientador que,

El estilo educativo al final con padres que imponen unas normas y que hay chicos que enseguida enganchan esa forma y lo llevan y asocian bien, pero otros, que no entran en esa dinámica, y lo que genera es una disrupción de la relación y a plantearse todos los factores que estábamos viendo hasta ahora [E_O_SMM; Posición: 6: 2407 - 7: 101].

Por último y dentro de este apartado de familia, cabe destacar también la importancia del grupo de iguales como beneficio social, como bien nos comenta una orientadora,

Y eso es muy importante para un adolescente, el círculo que ellos tienen de amigos, que no tienen que ser de la misma edad, pero ese círculo donde ellos encuentran una estabilidad emocional, porque a todos esos les pasa lo mismo que a mí, entonces yo puedo hablar de eso, cosa que en mi casa no puedo hablar; con mis padres muchas veces tampoco, porque no me van a entender. Pero ellos me entienden y yo me siento aceptado, me siento querido y yo también los entiendo a ellos. Entonces lo que yo creo es que es un beneficio, un beneficio social, de mantenerse en un círculo, en un grupo [E_O_CPM; Posición: 69 - 69].

Y en tercer y último lugar, nos comentan, dentro de este factor de estilo educativo, de una autonomía personal como respuesta a los resultados de los cuestionarios en este ámbito, y como parte del proceso educativo "Es cierto que parte de ese proceso educativo está en darles a ellos la libertad de que decidan..." [E_D_IESM; Posición: 46 - 46], pero también se cuestiona el cómo se les da esta autonomía "O que no tenga la suficiente autonomía o autoridad personal para decir esto yo no lo quiero..." [E_D_LGOA; Posición: 60 - 60] y, "A veces me siento muy pequeño porque me tratan como un niño pequeño, y otras veces, me están obligando a ser muy mayor, cuando me están haciendo tomar decisiones que yo no estoy preparado para tomarlas" [E_O_CPM; Posición: 57 - 57].

La capacidad que tienen los chicos o por lo menos la sensación que tenemos de ser muy frágiles y ante la situación de que me desajusto o tengo un problema de desajuste, o mis padres ... si mi familia toma decisiones por mí, entonces al final como que la culpa, el locus control lo tienen otros, eso sí que ocurre mucho en este sentido [E_O_SMM; Posición: 6: 703 - 6: 1045].

3.2.6. FACTORES RELACIONADOS CON LA TOLERANCIA SOCIAL HACIA EL CONSUMO

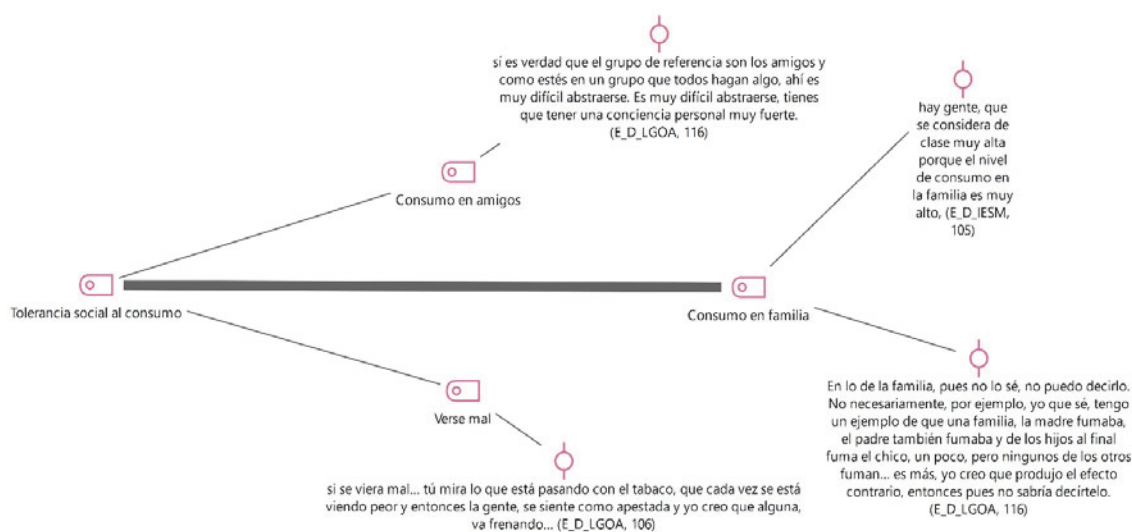
Dentro de este apartado relacionado con la tolerancia social hacia el consumo, los sextos factores más valorados por los/las alumnos/as, nos encontramos con que, por un lado y una mayor puntuación, si asumen que la mayoría de las personas del lugar donde viven consumen alcohol y/o drogas con cierta frecuencia, tienen más posibilidades de consumir; y en el otro lado, nos encontramos que si asumen que la mayoría de las personas de su colegio/instituto consumen alcohol y/o drogas con cierta frecuencia, tienen más probabilidades de consumir. Solo dos ítems salen de este factor.

Hablan de una normalización del consumo, "Esto está bien, la normalización del alcohol y de las drogas..." [E_O_CPM; Posición: 40 - 40], "Estamos normalizando y en los medios de comunicación y en todo... y en las pelis se ve... que todo el mundo toma su copita... bien, bien, normalizamos todo y todo es normal y es aceptado por la sociedad, bien" [E_O_CPM; Posición: 42 - 42].

Sin embargo, a pesar de la normalización de la que hablan, no ocurre por igual en todas las sustancias, nos hablan del tabaco y cómo está hoy visto en nuestra sociedad, "Pues si se viera mal... tú mira lo que está pasando con el tabaco, que cada vez se está viendo peor y entonces la gente, se siente como apestada y yo creo que alguna, va frenando..." [E_D_LGOA; Posición: 106 - 106].

Los/as entrevistados/as nos hablan de tres circunstancias por las que pueden ser debidas esas valoraciones por parte del alumnado, como se aprecia en la figura 21: en primer lugar, a la par, nos comentan de la importancia del consumo en los/las amigos/as y el consumo en la familia y, por último, y segundo lugar, hablan del hecho de verse mal.

Figura 21. Categoría Tolerancia social al consumo



Nota. Elaboración propia.

En primer lugar, si en el grupo de amigos/as se consume, comentan que les va a resultar complicado decir que no: "Sí es verdad que el grupo de referencia son los amigos y como estés en un grupo que todos hagan algo, ahí es muy difícil abstraerse. Es muy difícil abstraerse, tienes que tener una conciencia personal muy fuerte" [E_D_LGOA; Posición: 116 - 116].

A la par del consumo entre los/las amigos/as, nos hablan de la influencia de la familia, en donde nos comentan que tienen sus dudas y, que es un tema que puede ser favorecedor al consumo o, que haga de freno,

En lo de la familia, pues no lo sé, no puedo decirlo. No necesariamente, por ejemplo, yo que sé, tengo un ejemplo de que una familia, la madre fumaba, el padre también fumaba y de los hijos al final fuma el chico, un poco, pero ningunos de los otros fuman... es más, yo creo que produjo el efecto contrario, entonces pues no sabría decírtelo [E_D_LGOA; Posición: 116 - 116].

Por otro lado, nos comentan que hay familias que miden su clase social en función del consumo "Hay gente, que se considera de clase muy alta porque el nivel de consumo en la familia es muy alto" [E_D_IESM; Posición: 105 - 105].

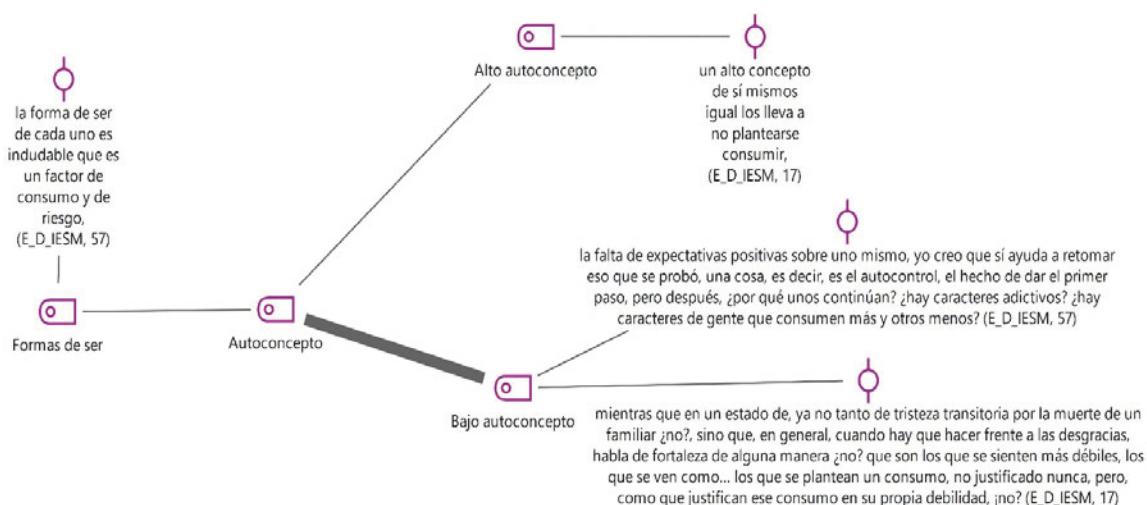
Y, por último, en este apartado de tolerancia social al consumo, hablan del ver mal una acción por parte de la sociedad, un consumo, poniendo de ejemplo el tabaco, "si se viera mal... tú mira lo que está pasando con el tabaco, que cada vez se está viendo peor y entonces la gente, se siente como apestada y yo creo que alguna, va frenando..." [E_D_LGOA; Posición: 106 - 106]. Y la normalización de las situaciones, tanto en la vida real, como en los medios de comunicación, "Estamos normalizando y en los medios de comunicación y en todo... y en las pelis se ve... que todo el mundo toma su copita... bien, bien, normalizamos todo y todo es normal y es aceptado por la sociedad, bien" [E_O_CPM; Posición: 42 - 42].

3.2.7. FACTORES RELACIONADOS CON EL AUTOCONCEPTO

En séptimo lugar, tenemos los factores relacionados con el autoconcepto, en donde dan una mayor puntuación al ítem que se les pregunta por la actitud positiva hacia uno/a mismo/a, en caso de no tenerla, se acercarían al consumo. El segundo ítem más votado es el relacionado con que si no tienen expectativas positivas acerca de ellos/as mismos/as o de su futuro, les acercará hacia el consumo. El tercero es que, si no tratan de ser mejor cada día, se acercarán más hacia el consumo. Y el cuarto ítem se relaciona con mantener una actitud más positiva, tienen más probabilidades de consumir.

En relación a este tema, las personas entrevistadas nos unifican (como se puede ver en la figura 22) en tres apartados las posibles causas de estos resultados: en primer lugar, el bajo autoconcepto y, en segundo lugar, el alto autoconcepto y la forma de ser.

Figura 22. Categoría Autoconcepto



Nota. Elaboración propia.

Antes de profundizar, comentar que la clave del autoconcepto no cree que la tengan muy clara "es difícil que un chico de estas edades sea capaz de interpretar lo que significa el autoconcepto en sí" [E_O_SMM; Posición: 8: 1708 - 8: 1813], y que hay mucho que trabajar en este ámbito,

El trabajo este ... bueno está muy manido, pero todo lo que es reforzar eso del trabajo emocional de los chavales, que está al final está lo psicológico, el autoconcepto, creo que es de lo mejor y de las mayores necesidades que tenemos y de las más difíciles, porque por mucho que nosotros tengamos un programa, por mucho que tú hagas... hay muchos factores ahí que están... y una sociedad muy demandante [E_O_SMM; Posición: 14: 124 - 14: 538].

Nos comentan la relación entre el autoconcepto alto y el bajo y su acercamiento o alejamiento del consumo,

Cómo se sienten sobre todo y del autoconcepto que tienen de sí mismos, la verdad que sí, que un alto concepto de sí mismos igual los lleva a no plantearse consumir, mientras que en un estado de, ya no tanto de tristeza transitoria por la muerte de un familiar ¿no?, sino que, en general, cuando hay que hacer frente a las desgracias, habla de fortaleza de alguna manera ¿no? que son los que se sienten más débiles, los que se ven como... los que se plantean un consumo, no justificado nunca, pero, como que justifican ese consumo en su propia debilidad, ¿no! [E_D_IESM; Posición: 17 - 17].

Relacionado con lo anterior, nos hablan de enseñar en la libertad de decidir dentro del proceso educativo,

No sabría decirlo ¡eh! No sé... está claro que la autoestima que hablábamos en la otra está claro que tiene que ver de alguna forma con este factor, y bueno, cuando hablábamos de factores familiares a la hora de lo que comentábamos antes de la

puesta en común de la familia, es cierto que parte de ese proceso educativo está en darles a ellos la libertad de que decidan... [E_D_IESM; Posición: 46 - 46].

Dentro de las formas de ser de cada persona, "la forma de ser de cada uno es indudable que es un factor de consumo y de riesgo" [E_D_IESM; Posición: 57 - 57].

Al hablar de bajo autoconcepto, nos hablan del poco quererse que tienen hacia uno/a mismo/a, y como se justifican los consumos por el estado de ánimo tendente hacia lo bajo,

Mientras que en un estado de, ya no tanto de tristeza transitoria por la muerte de un familiar ¿no?, sino que, en general, cuando hay que hacer frente a las desgracias, habla de fortaleza de alguna manera ¿no? que son los que se sienten más débiles, los que se ven como... los que se plantean un consumo, no justificado nunca, pero, como que justifican ese consumo en su propia debilidad, ¡no! [E_D_IESM; Posición: 17 - 17].

Y mientras no tengan expectativas positivas y realistas, se aislarán más

La falta de expectativas positivas sobre uno mismo, yo creo que sí ayuda a retomar eso que se probó, una cosa, es decir, es el autocontrol, el hecho de dar el primer paso, pero después, ¿por qué unos continúan? ¿hay caracteres adictivos? ¿hay caracteres de gente que consumen más y otros menos? [E_D_IESM; Posición: 57 - 57].

Por último, nos plantean que "un alto concepto de sí mismos igual los lleva a no plantearse consumir" [E_D_IESM; Posición: 17 - 17].

3.2.8. FACTORES RELACIONADOS CON EL NIVEL DE TOLERANCIA PERSONAL A LA FRUSTRACIÓN

Los factores relacionados con el nivel de tolerancia personal a la frustración son los menos valorados por parte del alumnado encuestado, ocupando la última posición. Nos encontramos con bastantes ítems en este apartado, a continuación, se mencionan de mayor a menor puntuación. Los siete primeros están por encima del 1.85, siendo el más puntuado el de si creo que tendré problemas para encontrar trabajo en el futuro, me acerco más a las drogas, seguido de si no existen normas de convivencia en el instituto, si mi familia no valora positivamente a mi grupo de amigos/as, si no tengo buenas notas, si percibo que lo que estudio no me es útil, si no cumplo como ciudadano las normas de la comunidad y la última, si no adquiero compromisos, me acercará más al consumo de alcohol y/o drogas.

Por otro lado, tenemos los ítems que están por debajo del 1.85: si no cumplo con mis compañeros/as, si en mi grupo de amigos/as hablamos en alguna ocasión de drogas, si no soy una persona comprometida, si necesito estar realizando continuamente actividades divertidas para no aburrirme, si no aprendo a trabajar con otras personas, si mi familia no mantiene contacto regular con mis profesores, me acerca más al alcohol y/o drogas.

Cuando hablamos de frustración, nos dicen que, en el fondo, no tienen claro que el alumnado sepa lo que es ese concepto y lo confunden con otros sentimientos,

El concepto frustración es un concepto también un poco etéreo para ellos, ellos entienden por frustración cuando no consigo algo que quiero. Ese concepto de frustración... sí que es cierto que muchos de los indicadores que aparecen aquí "si no cumplo mis compromisos..." hay chicos que sí que les condicionan, es decir, hay chicos que... [E_O_SMM; Posición: 9: 2012 - 9: 2354].

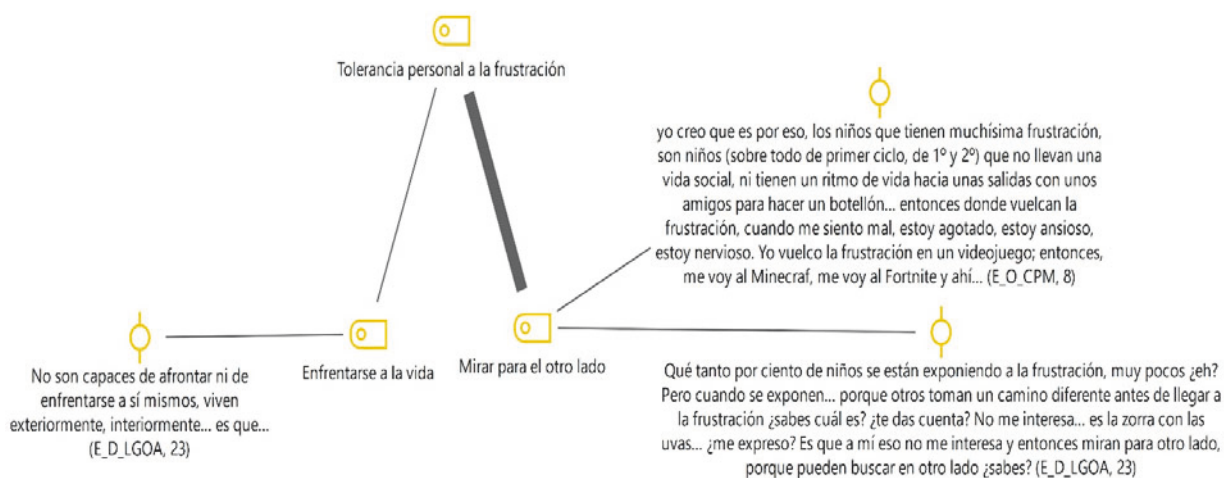
Nos comentan que "la tolerancia a la frustración cada vez es menor y es mucho más potente cuando sucede" [E_D_LGOA; Posición: 21 - 21] y cómo han visto que puede llegar a ser muy dañina: "A veces, realmente he visto y lo he visto este año concretamente, he visto este año como realmente la frustración fue destructiva, es destructiva porque no ... o sea, les impacta de tal manera que realmente es un proceso de destrucción" [E_D_LGOA; Posición: 21 - 21].

Por otra parte, hacen hincapié en que la crianza que se está teniendo, no ayuda al desarrollo de habilidades y de herramientas para enfrentarse a situaciones un tanto más delicadas, de lo que es en sí la vida real,

Estamos generando personas que van a tener muchísimos problemas, a muchos niveles, niveles de relación, desde luego y después otros, sabe Dios cuáles... y en el momento que se enfrenten a la frustración o al no, ahí no me extraña que alguno se tire por la ventana o hago no sé qué, porque no tienen a qué agarrarse, emocionalmente, no tienen a qué agarrarse [E_D_LGOA; Posición: 134 - 134].

Como respuesta a este apartado, los/las encuestados/asa nos engloban en dos posibles respuestas para dar explicación a estas puntuaciones por parte del alumnado, por un lado, el no aceptar, no asumir y mirar para otro lado y, por otro, el hecho de enfrentarse a la vida. Se puede ver en la figura 23.

Figura 23. Categoría Tolerancia personal a la frustración



Nota. Elaboración propia.

En primer lugar nos hablan de la confusión que tienen con este concepto, la frustración, lo que les lleva a mirar para otro lado, como bien nos comentan como respuesta a qué puede ser debido estas situaciones y el que hayan puesto en último lugar este nivel de tolerancia personal a la frustración: "Yo creo que ahora mismo los chicos, la frustración yo creo que la derivan a otro tipo de búsqueda de sensaciones" [E_O_CPM; Posición: 8 - 8] por lo que la derivan hacia otros lados como el juego, ... "Ahí desahogo justo, la manejo y la gestiono ahí" [E_O_CPM; Posición: 10 - 10] o bien,

Yo creo que es por eso, los niños que tienen muchísima frustración, son niños (sobre todo de primer ciclo, de 1º y 2º) que no llevan una vida social, ni tienen un ritmo de vida hacia unas salidas con unos amigos para hacer un botellón... entonces donde vuelcan la frustración, cuando me siento mal, estoy agotado, estoy ansioso, estoy nervioso. Yo vuelco la frustración en un videojuego; entonces, me voy al Minicraf, me voy al Fortnite y ahí... [E_O_CPM; Posición: 8 - 8].

E incluso la negación de la evidencia, como muy bien nos explican,

Qué tanto por ciento de niños se están exponiendo a la frustración, muy pocos ¿eh? Pero cuando se exponen... porque otros toman un camino diferente antes de llegar a la frustración ¿sabes cuál es? ¿te das cuenta? No me interesa... es la zorra con las uvas... ¿me expreso? Es que a mí eso no me interesa y entonces miran para otro lado, porque pueden buscar en otro lado ¿sabes? No son capaces de afrontar ni de enfrentarse a sí mismos, viven exteriormente, interiormente... es que... en nuestra sociedad no está viviendo hacia adentro, está viviendo hacia afuera... [E_D_LGOA; Posición: 23 - 23].

Como positivo y que les puede ayudar en la realización del trabajo de tolerancia hacia la frustración, nos comentan que el sentimiento de pertenencia social es importante,

Pero tienen importancia en el sentido de pertenencia social, yo creo que es importante cuando a esas edades todos se sienten solos o incomprendidos de alguna manera, yo creo que el hecho de pertenecer, de sentirse partícipe de alguna comunidad, o de alguna familia, amigos... [E_D_IESM; Posición: 86 - 86].

Por último, dentro de este enfrentarse a la vida, nos comentan que "No son capaces de afrontar ni de enfrentarse a sí mismos, viven exteriormente, interiormente... es que..." [E_D_LGOA; Posición: 23 - 23] y luego buscan apoyo cuando surgen los problemas

Es como cuando yo tengo un problema de estrés, tengo un problema fuerte de depresión, o de desarraigo o por lo que sea de amistades, etc., etc.... la familia, de hecho, muchos factores, sí que, sí es un factor que puede conllevar eso" [E_O_SMM; Posición: 10: 206 - 10: 441].

Se les comenta la existencia de diferencias significativas en función de la clase social en factores relacionados con la tolerancia personal a la frustración, autoconcepto, relacionados con la dificultad para el manejo del tiempo libre, estilo educativo y búsqueda de sensaciones. Las diferencias se manifiestan normalmente entre la clase social media/alta, media/muy alta y

alta/muy alta y se les plantea por qué creen que han salido estas diferencias, a los que nos responden que puede ser debido a dos posibles cuestiones: el poder adquisitivo y el dinero.

Hablan de la relación directa clase social-consumo "Hay gente, que se considera de clase muy alta porque el nivel de consumo en la familia es muy alto" [E_D_IESM; Posición: 105 - 105], "A mí me llama mucho la atención, como gente que está en posiciones verdaderamente, bueno sí, llámale altas, necesitan de este tipo de cosas" [E_D_LGOA; Posición: 127 - 127].

En cuanto al poder adquisitivo, se vuelve a hablar de lo ya comentado anteriormente, que hoy en día los/las niños/as tienen de todo, la gran mayoría, "Sí que es verdad porque muchas veces les damos muchas cosas, que decías tú que tienen de todo" [E_D_IESM; Posición: 105 - 105], "Nunca tuvieron tantísimas cosas, tan caras, hay padres que no tienen lo que tienen sus hijos y se lo quitan ellos, ellos que cogen los móviles viejos de sus hijos y le compran el nuevo a sus hijos" [E_D_LGOA; Posición: 21 - 21].

Se hace referencia a que según la clase social a la que pertenezcan, puede variar incluso el tipo de sustancia que se consuma, "Y cuanto mayor es el poder adquisitivo, más fácil es llegar a..." [E_D_LGOA; Posición: 129 - 129], incluso reflexionando que "como gente que está en posiciones verdaderamente, bueno sí, llámale altas, necesitan de este tipo de cosas" [E_D_LGOA; Posición: 127 - 127],

Entonces sí que la hay, entre la media y la alta; ¿cuál tiene más posibilidades, qué niños están en mayor riesgo de consumir?, los niños de clase media ¿no? de consumir alcohol porque digamos que es la sustancia más barata, ¿de acuerdo? Ahora si vamos a sustancias que son más caras, desde luego, ahí tendrían mayor riesgo la clase alta-muy alta porque son las que tienen económicamente mayor poder adquisitivo. Pero el alcohol efectivamente, el alcohol está en la calle [E_O_CPM; Posición: 136 - 136].

Les coinciden los resultados obtenidos, manifestándose en que,

O sea que cuanto más alta más consumo, bueno a mí me coincide, cuando más alta, más posibilidades tienes ... de posibilidad económica, de salir... generalmente está asociado a mayor entretenimiento, y entretenimiento sabes que es una carga de adrenalina que va aumentando siempre a medida que vas aumentando más y entonces... sí, sí... Bueno pues tenéis un trabajo bien chulo [E_O_SMM; Posición: 13: 683 - 13: 1066].

Cuando se habla del dinero, manifiestan su opinión en que no lo da todo, nos ayuda y es necesario, pero a veces, puede llevar por caminos por donde no debería ser... "El dinero es un complemento, y es necesario, o sea, te facilita la vida" [E_D_LGOA; Posición: 129 - 129] y cuando le das demasiada importancia, "cuando estás centrado en el dinero y dejas otras cosas de lado, al final buscas aquello" [E_D_LGOA; Posición: 129 - 129], no lo da todo,

El dinero no te lo da todo, por decir que no te lo da casi nada. El dinero es un complemento, y es necesario, o sea, te facilita la vida, pero cuando estás centrado en el dinero y dejas otras cosas de lado, al final buscas aquello, eso es que el corazón, el interior, llámale "x" como quieras, no está tranquilo, no está sereno, no está sosegado

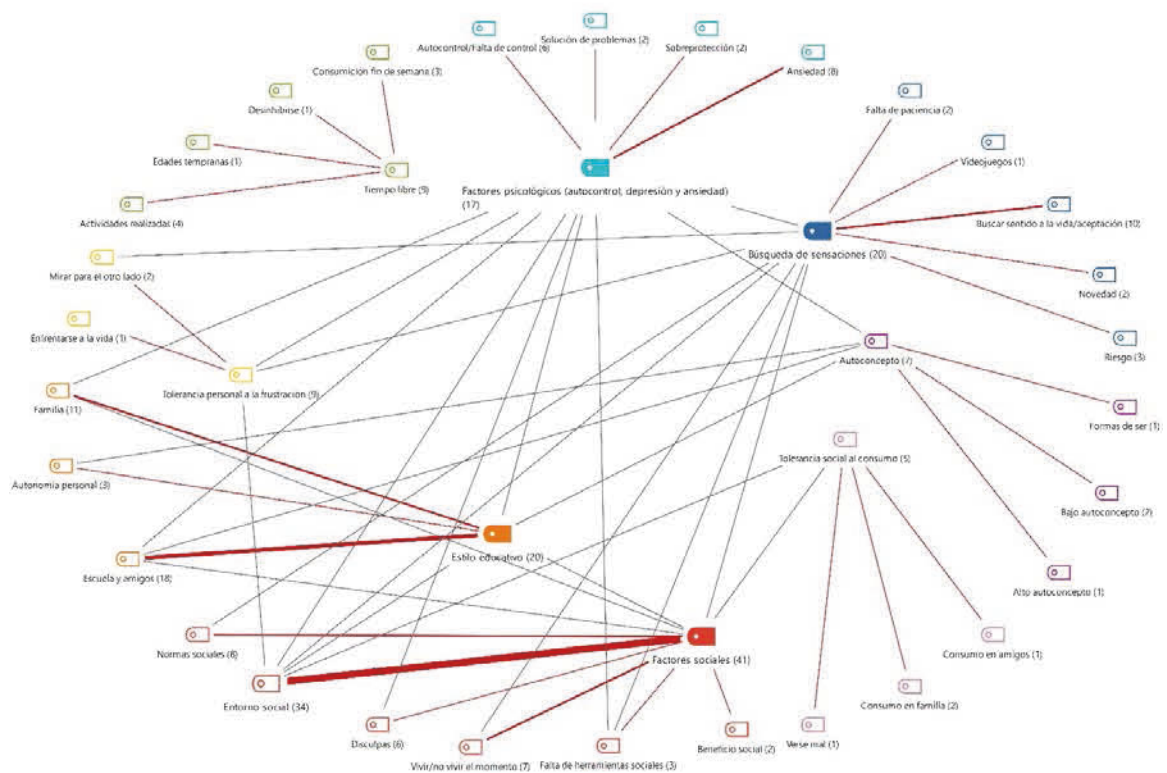
y entonces, como no eres capaz de escucharlo y no quieres escucharlo, porque lo que vas a escuchar va a ser doloroso, automáticamente lo tapamos [E_D_LGOA; Posición: 129 - 129].

3.2.9. CO-OCURRENCIA ENTRE FACTORES

A continuación, en la figura 24, se presenta el modelo de co-ocurrencias entre factores, siguiendo las respuestas obtenidas de las personas entrevistadas.

En esta figura se aprecia, por una parte, una variación en el orden de prioridad de los factores, en comparación con las respuestas obtenidas del alumnado encuestado y, por otra parte, otra prioridad diferente en función de las co-ocurrencias entre factores.

Figura 24. Modelo de co-ocurrencia de códigos



Nota. Elaboración propia.

Como puede observarse, para los/las directores/as y orientadores/as, en función del número de respuestas proporcionadas por cada uno de los factores, el factor más importante y que consideran de mayor influencia a la hora de comenzar o incitar hacia el consumo de alcohol y/o otras drogas serían los factores sociales; en segundo lugar, la búsqueda de

sensaciones y el estilo educativo. En tercer lugar, le siguen los factores psicológicos (autocontrol, depresión y ansiedad). En cuarto lugar, la tolerancia personal a la frustración y el tiempo libre. En quinto lugar, nos encontramos con el autoconcepto. En sexto lugar la tolerancia social al consumo.

A continuación, se profundiza un poco más en cada uno de ellos y sus co-ocurrencias.

El primer factor que posee mayor número de respuestas es el referido a los factores sociales, cuyas co-ocurrencias mayoritarias son con el entorno social seguidas por las relativas a vivir/no vivir el momento.

Los factores que ocupan una segunda posición son la búsqueda de sensaciones y el estilo educativo. Dentro de esta búsqueda de sensaciones con el que más co-ocurre es con el buscar sentido a la vida/aceptación, seguido de la falta de paciencia. Con el mismo número de respuestas nos encontramos el estilo educativo. Con el que más co-ocurre es con la escuela y amigos/as, seguido de la familia.

El tercer factor que posee mayor número de respuestas son los factores psicológicos asociados al autocontrol, depresión y ansiedad. Dentro de estos factores psicológicos, con el que más co-ocurre es con la ansiedad, seguido del autocontrol-falta de control.

En cuarto lugar, se sitúan la tolerancia personal a la frustración (más asociada a mirar para otro lado que a enfrentarse a la vida) y el tiempo libre (asociado a un consumo de fin de semana).

En quinto lugar, se establece el autoconcepto (asociado a un bajo autoconcepto).

Y, por último, en sexto lugar, nos encontramos con la tolerancia social al consumo (derivado del entorno social).

Centrándose a continuación en el número de co-ocurrencias entre factores, los resultados son los siguientes:

El factor que posee mayor número de co-ocurrencias son los factores psicológicos asociados al autocontrol, depresión y ansiedad, que co-ocurre con la tolerancia personal a la frustración, el estilo educativo, el autoconcepto y la búsqueda de sensaciones. También nos encontramos co-ocurrencias entre los factores psicológicos y la familia, la escuela y amigos/as, el entorno social, las disculpas y la falta de herramientas sociales.

Los factores que ocupan una segunda posición son la búsqueda de sensaciones, el estilo educativo y los factores sociales. Nos encontramos con que la búsqueda de sensaciones co-ocurre con los factores psicológicos, asociados al autocontrol, depresión y ansiedad, con la tolerancia personal a la frustración y con los factores sociales. Igualmente encontramos co-ocurrencias entre la búsqueda de sensaciones y el mirar para el otro lado, las normas sociales, el entorno social, el vivir/no vivir el momento y la falta de herramientas sociales.

Con el mismo número de co-ocurrencias nos encontramos el estilo educativo, que co-ocurre con los factores psicológicos, asociados al autocontrol, depresión y ansiedad, el autoconcepto y los factores sociales.

Igualmente, dentro de esta segunda posición, vemos los factores sociales, cuyas co-ocurrencias son con la tolerancia social al consumo, la búsqueda de sensaciones y el estilo educativo. Cabe mencionar que también encontramos co-ocurrencias con la escuela y amigos/as, por un lado, y por otro, con la familia.

En tercer lugar, le sigue la tolerancia personal a la frustración, que co-ocurre con otros dos factores, con los factores psicológicos, asociados al autocontrol, depresión y ansiedad y la búsqueda de sensaciones. Comentar que esta tolerancia personal a la frustración co-ocurre con el entorno social.

Y, por último, en cuarto lugar, nos encontramos con la tolerancia social al consumo que co-ocurre con los factores sociales. En su misma situación, nos encontramos, con una sola co-ocurrencia al autoconcepto que co-ocurre con los factores psicológicos.

4. CONCLUSIONES GENERALES, LIMITACIONES Y LÍNEAS DE FUTURO

El presente estudio ha permitido el conocimiento de los factores de riesgo y protección que se pueden asociar con el consumo del alcohol y/u otras drogas, en la población encuestada de estas diferentes zonas de la ciudad de A Coruña, dando respuesta a uno de los objetivos del estudio, teniendo presente la necesidad de avanzar en el estudio de los factores de riesgo y de prevención implicados en este consumo por parte de los/las adolescentes, queriendo analizar la posible relación entre una serie de variables que han sido definidas por diversos/as autores/as como posibles factores relacionados con el consumo de alcohol y/o otras drogas, con el fin de determinar si el riesgo viene a ser diferente entre los diferentes grupos de consumidores.

Cabe destacar que de la evidencia del presente estudio nace la necesidad de tener en cuenta en conjunto los diferentes factores de riesgo y protección en la escalada del uso del alcohol y/o otras drogas, para poder explicar mejor este fenómeno entre nuestros/as adolescentes (Fernández Bustos, 2010).

Asimismo, es de destacar que los factores de riesgo y protección más relevantes que, en la opinión de los/las adolescentes, los llevan al uso del alcohol y/o otras drogas son la búsqueda de sensaciones (Bry et al., 1996; Labouvie & Macgee, 1996; Martínez González, 2006; Muñoz Preciado, 2017; Muñoz Rivas, 2000; Newcomb, 1997; Pollard et al., 2003), seguidos de los factores psicológicos (Maciá, 1995; Martínez González, 2006; Muñoz, 1998; Muñoz Rivas, 2000).

Algo fuera de todo pronóstico cuando se ha planteado el estudio de la presente investigación, considerando que serían los factores sociales los que llevarían más peso e incitarían más hacia un consumo, ha sido que ocupasen estos el punto medio (cuarto puesto) en la escala de importancia que le ha dado el alumnado encuestado. Además, hay que tener en cuenta que en las encuestas efectuadas al personal directivo y de los equipos de orientación de los centros se remarca la idea de que los factores sociales son los más abordados teniendo en cuenta sus respuestas. Por ello, ha de concluirse que los tiempos han cambiado y, por tanto, las situaciones y la percepción social de los factores de riesgo y protección en nuestra sociedad y, en concreto, entre nuestra población adolescente. Añadiendo que, dado que el valor y percepción que se tiene del consumo de alcohol y/u otras drogas ha ido variando, igualmente lo han hecho otras cuestiones relacionadas con la percepción de riesgo asociado al consumo, la identidad grupal y las representaciones sociales.

Otro de los objetivos básicos que motivaron esta investigación, se centra en la constatación de la significatividad de los factores de riesgo y protección que han sido estudiados por diversos/as autores/as en otros contextos y realidades diferentes, para aplicarlos en la realidad que aquí indagamos y que se comenta a continuación.

Se ha comprobado que no existen diferencias significativas en las respuestas obtenidas, en ninguno de los factores, en cuanto a la edad y al rendimiento académico que creen que ellos/as poseen, en contraposición con estudios previos como los de López-Larrosa y Rodríguez-Arias Palomo (2010) que señalaban diferencias atendiendo a la edad. Lo anteriormente comentado puede estar relacionado con el manejo del tiempo libre, ya que no

tiene la misma libertad un/a alumno/a, a la hora de salir y disfrutar de su tiempo, de 1.º que de 3.º o 4.º de la ESO. De hecho, sí se aprecian diferencias significativas en el manejo del tiempo libre y el estilo educativo entre 1.º y 4.º y entre 3.º y 4.º, entendiendo que es por esa libertad y madurez en esas edades, siendo siempre superiores en 4.º de la ESO.

Cabe señalar que, en estas diferencias entre los factores relacionados con el estilo educativo y la dificultad para el manejo del tiempo libre, existen diferencias significativas entre sexos, siendo más baja en los hombres, teniendo en cuenta múltiples factores. Estudios previos como los de López-Larrosa y Rodríguez-Arias Palomo (2010) habían detectado diferencias en cuanto al sexo, siendo más elevado el consumo en chicos.

Por otro lado, sí que existen diferencias significativas dependiendo de la asistencia o la falta de asistencia al centro educativo; siendo los valores mucho más bajos cuando el alumnado asiste al centro.

Salen claras diferencias cuando en la familia hay una persona consumidora de alcohol en los factores relacionados con la tolerancia social al consumo junto con la dificultad para el manejo del tiempo libre. Sin embargo, cuando se trata de que algún miembro familiar consume drogas, existen mayores diferencias entre más factores, engloban más que con el alcohol, que son: el autoconcepto, los factores psicológicos, la búsqueda de sensaciones y los relacionados con la dificultad para el manejo del tiempo libre. Entendemos que la concepción que se tiene de riesgo ante el consumo de alcohol y las otras drogas es diferente, llegando a minimizar la ingesta de alcohol.

280

En relación con la clase social a la que ellos/as creen que pertenecen, sí existen diferencias significativas en los factores relacionados con el autoconcepto, los relacionados con la dificultad para el manejo del tiempo libre, la tolerancia personal a la frustración, la búsqueda de sensaciones y el estilo educativo. Las diferencias que se dan son entre la clase social media/alta, media/muy alta y alta/muy alta. No se habla de clase baja, ni diferencias entre esta y las demás.

Cabe destacar que, de las cuatro entrevistas realizadas al director, directora, orientador y orientadora de los centros encuestados, existen coincidencias en que el alumnado vive las charlas acerca del consumo de alcohol y/u otras drogas, como un “mero trámite” o una “pérdida” de tiempo de otras asignaturas y se comenta la necesidad de otro tipo de prácticas más efectivas y dinámicas. Así, en uno de los centros se comenta la existencia de un programa que será implantado en el curso 2023-2024, en el cual prima la parte participativa y no tanto la informativa. Se trata del programa “Yam”, que se basa en una metodología más activa, en donde se destaca que expresen libremente sus miedos, preocupaciones... en un grupo de iguales, guiados/as por mediadores/as y en el que también utilizan juegos de rol, para potenciar la participación e inmersión en la actividad. El fin último es evitar los suicidios juveniles y que encuentren un espacio donde compartir experiencias, pensamientos, ideas, vivencias sin sentirse juzgados/as y donde se sientan acogidos/as y comprendidos/as. Por lo tanto, sería positivo comprobar su funcionamiento y si realmente cumple las expectativas para las cuales ha sido diseñado.

Como se comentaba en el marco teórico y de acuerdo con los resultados obtenidos, a la hora de diseñar un programa preventivo para estas áreas, con el fin de reducir el consumo de sustancias, se hace necesario personalizar esta prevención en función de las necesidades específicas de cada centro y las peculiaridades de su alumnado. El programa resultante de los resultados que se han obtenido en los cuatro centros encuestados debería tener en cuenta conjuntamente, los dominios de los diferentes factores de riesgo y de protección en el consumo y en concreto, esa búsqueda de sensaciones de tan vital importancia para la muestra encuestada.

Así, en el anexo 6.4 se incorpora una propuesta de intervención para trabajar con los/las participantes en este estudio.

Es preciso tener en cuenta algunas limitaciones del presente estudio. La primera es la muestra de participantes. El objetivo inicial era que participasen todos los institutos y centros educativos de Enseñanza Secundaria Obligatoria de la ciudad de A Coruña, a los cuales se les ha pedido participación y de los que no se ha obtenido respuesta. Por ello nos hemos quedado solo con cuatro centros, lo que limita la muestra y los resultados de la investigación.

Sería necesario y conveniente la realización de otros estudios, con mayor número de personas, para que así se pudieran establecer con una mayor precisión y firmeza, los factores de riesgo y de protección del consumo de sustancias entre adolescentes. Igualmente, sería interesante la ampliación de la muestra a otros adolescentes en este rango de edad, y que puedan estar en situaciones parecidas para observar si la escala que surge de prioridades en el presente estudio, se mantiene o variarían las prioridades que les acercan hacia el consumo de alcohol y/u otras drogas.

Creemos que lo más importante sería indagar y potenciar la búsqueda de los factores de protección que estén más relacionados con el consumo para poder diseñar programas de prevención en base a los mismos e ir neutralizando los diversos factores de riesgo, que tanto les incitan hacia el mismo. Señalar que la ausencia o escasa presencia de un factor de riesgo, no presupone que el riesgo de consumo sea reducido, si no que viene a potenciar los factores de protección.

5. REFERENCIAS

- Acero Achirica, A. (2004). *Guía práctica para una prevención eficaz*. Asociación de Técnicos para el Desarrollo de Programas Sociales. http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/prevencion_eficaz.pdf
- Acosta Faneite, S. F. (2023). Los enfoques de investigación en las ciencias sociales. *Revista Latinoamericana Ogmios*, 3 (8), 82-95. <https://doi.org/10.53595/rlo.v3.i8.084>
- Adrián Serrano, J. E., & Rangel Gascó, E. (2013). *Aprendizaje y desarrollo de la personalidad: La transición adolescente y la educación*. Manuscrito inédito, Máster Profesorado de Educación Secundaria Obligatoria y Bachillerato, Formación Profesional y Enseñanzas de Idiomas, Universitat Jaume I, Valencia. <https://www3.uji.es/~betoret/Instruccion/Aprendizaje%20y%20Personalidad/Curso%201213/Apuntes%20Tema%201%20La%20transicion%20adolescente%20y%20la%20educacion.pdf>
- Aguirre-Guiza, N., Aldana-Pinzón, O., & Bonilla-Ibáñez, C. (2017). Factores familiares de riesgo de consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de una institución de educación media técnica de Colombia. *Revista de Salud Pública*, 19 (1), 1-9. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=42250687002>
- Alfonso Pérez, J. P. (2008). *Análisis de los factores psicosociales y familiares relacionados con el consumo de drogas de iniciación en adolescentes* (Tesis doctoral). <http://dspace.umh.es/bitstream/11000/1517/19/TESIS%20Alfonso%20P%C3%A9rez%20C%20Jos%C3%A9%20Pedro.pdf>
- Alfonso, J. P., Huedo-Medina, T. B., & Espada, J. P. (diciembre, 2009). Factores predictores del patrón de consumo de drogas durante la adolescencia, *Anales de Psicología*, 25(2), 330-338. http://www.um.es/accedys.udc.es/analesps/v25/v25_2/15-25_2.pdf
- Al-Halabi Díaz, S., Errasti Pérez, J. M., Fernández Hermida, J. R., Carballo Crespo, J. L., Secades Villa, R., & García Rodríguez, O. (2009). El colegio y los factores de riesgo familiar en la asistencia a programas de prevención familiar del consumo de drogas. *Adicciones*, 21(1), 39-48. <http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/250/239>
- Álvarez Alonso, M. J. (2015). *Propuesta para un modelo predictivo del consumo temprano de alcohol en adolescentes* (Tesis doctoral). <https://eprints.ucm.es/30982/1/T36188.pdf>
- Alvira Martín, F. (2002). *Manual para la elaboración y evaluación de programas de prevención de abuso de drogas*. Agencia Antidroga. <file:///C:/Users/Beatriz/Desktop/Manual%20para%20la%20elaboracion%20y%20evaluacion%20de%20Programas%20de%20Prevencion%20del%20Abuso%20de%20Drogas.pdf>
- American Psychiatric Association (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>

- Baquero Escribano, A., Calvo Orenge, G., Ballester Arnal, R., Francés Olmos, S., Dalae, M., & Haro Cortés, G. (2015). Ansiedad, depresión y autoestima en población general, transeúntes y consumidores de sustancias adictivas. *Revista Española de Drogodependencias*, 40(2), 24-39. https://www.aesed.com/descargas/revistas/v40n2_2.pdf
- Barca Lozano, A., Otero López, J. M., Mirón Redondo, L., & Santórum Paz, R. (1986). Determinantes familiares, escolares y grupales del consumo de drogas en la adolescencia. Implicaciones para el tratamiento. *Estudios de Psicología*, 25, 103-109. <file:///F:/TEXTOS%20ENTEROS/ART%C3%8DCULO%201986%20Lozano%20DeterminantesFamiliaresESCOLARES%20YGrupalesDelConsum.pdf>
- Becoña Iglesias, E. (2002a). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Ministerio del Interior. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/catalogoPNSD/publicaciones/pdf/Bases_cientificas.pdf
- Becoña Iglesias, E. (2002b). *Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas*. Ministerio del Interior. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. <http://www.cedro.sld.cu/bibli/i/i4.pdf>
- Becoña Iglesias, E. (2007). Bases psicológicas de la prevención del consumo de drogas [Monografía]. *Papeles del Psicólogo*, 28(1), 11-20. <http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/1424.pdf>
- Becoña Iglesias, E. (2011a). *Conceptos, fundamentos y objetivos de la actividad preventiva*. Manuscrito inédito, Departamento de Psicología Clínica y Psicobiología de la Facultad de Psicología de la Universidad de Santiago de Compostela. Fundación IL3, Universidad de Barcelona.
- Becoña Iglesias, E. (2011b). *Los diferentes ámbitos de la actividad preventiva y sus características*. Manuscrito inédito, Departamento de Psicología Clínica y Psicobiología de la Facultad de Psicología de la Universidad de Santiago de Compostela. Fundación IL3, Universidad de Barcelona, Barcelona.
- Becoña Iglesias, E., Cortés Tomás, M., Arias Horcajadas, F., Barreiro Sorrivas, C., Berdullas Barreiro, J., Iraurgi Castillo, I., & Villanueva Blasco, V. J. (2011). *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*. Socidrogalcohol.
- Bryman, A. (2016). *Social research methods* (6ª ed.). Oxford University Press. doi:<https://doi.org/10.17159/2221-4070/2016/v5i2a1>
- Calero, A., Schmidt, V., & Bugallo, L. (2016). Consumo de alcohol y su relación con la autopercepción adolescente. *Health and Addictions. Salud y Drogas*, 16(1), 49-58. <http://ojs.haai.org/index.php/haai/article/view/259/262>

- Camacho Acero, I. (marzo, 2005). Consumo de alcohol en universitarios: relación funcional con los factores sociodemográficos, las expectativas y la ansiedad social. *Acta Colombiana de Psicología*, 13(1), 91-119. <http://www.scielo.org.co/pdf/acp/v8n1/v8n1a06.pdf>
- Caplan, G. (1980). *Principios de psiquiatría preventiva*. Paidós.
- Carballo Crespo, J. L., García Rodríguez, O., Secades Villa, R., Fernández Hermida, J. R., García Cueto, E., Errasti Pérez, J. M., & Al-Halabi Díaz, S. (2004). Construcción y validación de un cuestionario de factores de riesgo interpersonales para el consumo de drogas en la adolescencia. *Psicothema*, 16(4), 674-679. <https://www.psicothema.com/pdf/3049.pdf>
- Cardenal, V., & Fierro, A. (2003). Componentes y correlatos del autoconcepto en la escala de Piers-Harris. *Estudios de Psicología*, 24, 101-111. doi: <http://dx.doi.org/10.1174/021093903321329094>
- Catalán Rivas, M. (noviembre 2012). El adolescente y sus usos de drogas en una sociedad de riesgos. *Polis, Revista Latinoamericana*, 2, 1-16. <https://journals.openedition.org/polis/7951>
- Cava, M. J., Murgui, S., & Musitu, G. (2008). Diferencias en factores de protección del consumo de sustancias en la adolescencia temprana y media. *Psicothema*, 20 (3), 389-395. <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=3497>
- Centro de prevención e intervención en drogodependencias (2013). *Guía para la elaboración de un plan local de prevención en drogodependencias*. Diputación de Barcelona. https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/GuiaParaElaboracion_deunPlan_LocaldePrevencion.pdf
- Claver Turiégano, E. (2016). Rasgos de personalidad implicados en el consume de drogas en adolescents. *Dianova España, Infonova*, 29, 21-31. <https://www.dianova.ngo/wp-content/uploads/2016/04/Dianova-spain-infonova29-20160102.pdf>
- Clayton, R. R. (1992). Transiciones en el uso de drogas: factores de riesgo y protección. En M.D. Glantz, & R.W. Pickens (Eds.), *Vulnerabilidad al abuso de drogas* (pp. 15-51). Asociación Americana de Psicología. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/10107-001>
- Consejería de Sanidad y Consumo (2007). *Estudio exploratorio de los factores de riesgo y de protección psicosociales asociados al consumo de drogas en la población infanto-juvenil de la red de centros de protección de menores de la Comunidad de Madrid*. <http://www.emprendelo.es/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application/pdf&blobheadername1=Content-Disposition&blobheadervalue1=filename=ESTUDIO+EXPLORATORIO+DE+LOS+FACTORES+DE+RIESGO.pdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1220485781574&ssbinary=true>

- Costa-Pau, R. y Vendrell, E. (2003). El grupo, como instrumento para detectar la percepción de riesgo hacia el consumo de drogas [Monografía]. *Revista Española de Drogodependencias*, 28(1-2), 140-159. https://www.aesed.com/descargas/revistas/v28n1-2_12.pdf
- Dávila León, O. (2004). Adolescencia y juventud: de las nociones a los abordajes. *Última década*, 21, 83-104. <https://scielo.conicyt.cl/pdf/udecada/v12n21/art04.pdf>
- De Lucas Moreno, G. (2014). *Factores de riesgo y protección del consumo de drogas en menores protegidos de la Comunidad de Madrid* (Tesis doctoral). <https://eprints.ucm.es/24522/1/T35211.pdf>
- Díaz Aguado, M. J. (2005). La violencia entre iguales en la adolescencia y su prevención desde la escuela. *Psicothema*, 17(4), 549-558. <https://www.psicothema.com/pdf/3144.pdf>
- Díaz, R., & Sierra, M. (2008). Análisis teórico sobre la prevención de drogodependencias en el marco de la educación para la salud. Factores de riesgo y de protección. *Acciones e investigaciones sociales*, 26, 161-187. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2975178>
- Dioses Salinas, D. A., & Flores Talavera, J. E. (2023). *Clima laboral del docente universitario y adecuación al teletrabajo: un instrumento para su análisis* [Tesis para optar el Título Profesional de Ingeniero Industrial, Universidad de Lima]. Repositorio institucional de la Universidad de Lima. <https://hdl.handle.net/20.500.12724/18590>
- Dirección de Salud Pública y Adicciones del Departamento de Salud del Gobierno Vasco y el SIIS Centro de Documentación y Estudios de la Fundación Eguía Careaga (2014). *Desigualdades socioeconómicas, consumo de drogas y territorio*. Fundación Eguía Careaga. https://pnsd.sanidad.gob.es/ca/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/Desigualdades_socioeconomicas_consumo_de_drogas_y_territorio.pdf
- Folgueira Bertomeu, P. (2016). *La entrevista*. Dipòsit Digital de la Universitat de Barcelona. <http://hdl.handle.net/2445/99003>
- Esnaola Etxaniz, I. (2006). Autoconcepto y consumo de drogas legales en la adolescencia. *Revista Española de Drogodependencias*, 31(1), 57-66. https://www.aesed.com/descargas/revistas/v31n1_5.pdf
- Espada, J. P., Botvin, G. J., Griffin, K. W., & Méndez, X. (enero-abril, 2003). Adolescencia: consumo de alcohol y otras drogas. *Papeles del Psicólogo*, 23(84), 9-17. <http://www.redalyc.org/pdf/778/77808402.pdf>
- Espada Sánchez, J. P., Rosa Alcázar, A. I., & Méndez Carrillo, F. X. (2003). Eficacia de los programas de prevención escolar de drogas con metodología interactiva. *Salud y drogas*, 3(2), 61-81. <https://www.redalyc.org/pdf/839/83930205.pdf>

- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). (1999). *The General report of activities*. Office for Official Publications of the European Communities. Luxemburgo.
https://www.drugsandalcohol.ie/11612/1/EMCDDA_General_report_1998.pdf
- Fantín, M. B. (2006). Perfil de personalidad y consumo de drogas en adolescentes escolarizados. *Adicciones*, 18(3), 285-292.
<http://www.redalyc.org/pdf/2891/289122031010.pdf>
- Fernández Bustos, P. (2010). *Estudio de los factores de riesgo y protección del consumo de sustancias en adolescentes* (Tesis doctoral).
<https://ebuah.uah.es/dspace/bitstream/handle/10017/9003/TESIS%20FINAL%20MAYO%202010.pdf?sequence=1>
- Fernández Gómez, C. (2006). *Factores de riesgo y protección en el uso de drogas*. (Tesis doctoral). Recuperada de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=109129>
- Fernández Hermida, J. R., & Secades, R. (2002). *Guía de referencia para la evaluación de programas de prevención de ocio alternativo*. Colegio Oficial de Psicólogos.
https://ibdigital.uib.es/greenstone/sites/localsite/collect/portal_social/index/assoc/colpsico.dir/colpsico0001.pdf;jsessionid=B8B46ED221FE295D3CF9D300C2974237
- Fernández, S., Nebot, M., & Jané, M. (2002). Evaluación de la efectividad de los programas escolares de prevención del consumo de tabaco, alcohol y cannabis: ¿Qué nos dicen los meta-análisis? *Revista Española de Salud Pública*, 76(3), 175-187.
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113557272002000300002&lng=es&tlng=es
- Font-Mayolas, S., Gras, M. E., & Planes, M. (2010). *Programas preventivos de las drogodependencias. Guía de evaluación*. Diputación de Barcelona.
http://www.prevencionbasadaenlaevidencia.net/uploads/PDF/IME_Font_GuiaEvaluacionProgramas.pdf
- Freixa Sanfeliu, F. (1991). Factores psicosociales en drogodependencias. *Anuario de Psicología*, 41, 61-78.
<https://www.raco.cat/index.php/AnuarioPsicologia/article/view/64658/88685>
- Freixa Sanfeliu, F. (1993). Problemática del uso del alcohol-cocaína: una clínica psicosocial distinta. *Revista Española de Drogodependencias*, 18(4), 203-232.
https://www.aesed.com/descargas/revistas/v18n4_1.pdf
- Fuentes, M. C., Alarcón, A., García, F., & García, E. (2015). Consumo de alcohol, tabaco, cannabis y otras drogas en la adolescencia: efectos de la familia y del barrio. *Anales de Psicología*, 31(3), 1000-1007. <http://www.redalyc.org/pdf/167/16741429026.pdf>
- Gámez-Medina, M. E., Ahumada-Cortez, J. G., & Valdez-Montero, C. (2017). Las representaciones sociales del consumo de tabaco, alcohol y otras drogas. *Ra Ximhai*, 13(2), 25-37. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=46154510002>

- Galicia Alarcón, L. A., Balderrama Trápaga, J. A., & Edel Navarro, R. (2017). Validez de contenido por juicio de expertos: propuesta de una herramienta virtual. *Apertura*, 9(2), 42-53. <https://doi.org/10.32870/Ap.v9n2.993>
- García López, E., & Cabero Almenara, J. (2011). Diseño y validación de un cuestionario dirigido a describir la evaluación en procesos de educación a distancia. *EduTec. Revista Electrónica de Tecnología Educativa*, 35, art. 156. <https://doi.org/10.21556/edutec.2011.35.412>
- García Cabrera, C. (2015). La influencia del grupo de iguales como factor de riesgo en el consumo de sustancias psicoactivas. *Intervención psicoeducativa en la desadaptación social IPSE-ds*, 8, 43-52. <file:///F:/TEXTOS%20ENTEROS/ART%3%8DCULO%202015%20Garc%3%ADa%20Cabrera%20LaInfluenciaDelGRUPO%20DeligualesComoFactorDeRiesgo.pdf>
- García de Jesús, M. C., & Carvalho Ferriani, M. G. (mayo-junio, 2008). La escuela como “factor protector” para las drogas: una visión de adolescentes y maestros. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 16, 1-5. http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16nspe/es_14.pdf
- García Fernández, C. (2006). *Factores de riesgo y factores de protección en el uso de drogas*. (Tesis doctoral). <file:///C:/Users/Beatriz/Desktop/TESISENSANTIAGO.pdf>
- García Fuentes, C., Blanco García, A., & Larriba Montull, J. (2016). *Guía de apoyo a los Agentes Tutores en prevención de drogodependencias*. Federación Española de Municipios y Provincias. http://www.pnsd.mscbs.gob.es/pnsd/planAccion/plan/productos/pdf/Accion_7_Guia_Agente_Tutor.pdf
- García Márquez, L. N. (2012). *La escuela como ámbito de riesgo para adolescentes con conductas divergentes* (Tesis doctoral). <https://digitum.um.es/digitum/bitstream/10201/29644/1/TESIS%20LILIAN%20NATIVIDAD%20GARC%c3%8dA%20M%c3%81RQUEZ>
- García Moreno, M. R. (2003). *Consumo de drogas en adolescentes: diseño y desarrollo de un programa de prevención escolar* (Tesis doctoral). <https://biblioteca.ucm.es/tesis/psi/ucm-t26731.pdf>
- García Sanz, M. P., & García Meseguer, M. (2012). Los métodos de investigación. En M. P. García Sanz y P. Martínez Clares (Eds.), *Guía práctica para la realización de trabajos fin de grado y trabajos fin de máster* (pp. 99-128). Edit.um
- García Sanz, M. P., & Martínez Clares, P. (2012). *Guía práctica para la realización de trabajos fin de grado y trabajos fin de máster*. Edit.um
- García Sanz, M. P., & Morillas Pedreño, L. R. (2012). Técnicas de recogida y análisis de la información. En M.P. García Sanz y P. Martínez Clares (Eds.), *Guía práctica para la realización de trabajos fin de grado y trabajos fin de máster* (pp. 129-168). Edit.um

- Gil Flores, J. (2008). Consumo de alcohol entre estudiantes de enseñanzas secundarias: factores de riesgo y factores de protección, *Revista de Educación*, 346, 291-313. http://www.revistaeducacion.mec.es/accedys.udc.es/re346/re346_11.pdf
- Gómez, R. A. (2017). *Psicología de las Drogodependencias y de las Adicciones*. Ed. Brujas. <https://fundacion-rama.com/wp-content/uploads/2023/01/2764.-Psicologia-de-las-Drogodependencias-%E2%80%A6-Gomez.pdf>
- Gómez Rodríguez, D. T., Gutiérrez Herrera, M., & Londoño, S. P. (enero-junio 2013). Depresión y consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes en la ciudad de Bogotá. *Pshychología. Avances de la disciplina* 7(1), 45-51. <http://www.redalyc.org/pdf/2972/297226904003.pdf>
- González Enríquez, A. M., Barca Lozano, A., & Seijas Ramos, S. (2002). Educación para la salud: un programa de prevención de las drogodependencias, desarrollo y crecimiento personal Descripción del programa educativo experimental: "Tú mismo con tu mecanismo". *Revista Galego-Portuguesa de Psicoloxía e Educación*, 6(8), 75-98. <file:///F:/TEXTOS%20ENTEROS/ART%C3%8DCULO%202002%20PRRevenci%C3%B3n%20de%20drogas,%20desarrollo%20y%20crecimiento%20personal.pdf>
- González González, O. (2005). Factores de riesgo en el consumo de drogas en los estudiantes de la Escuela de Arquitectura, Universidad del Zulia. Maracaibo, Venezuela.: 2000. *Multiciencias*, 5(1), 51 - 61. <http://www.redalyc.org/html/904/90450106/>
- González-López, A. D., & Naranjo-Fundora, W. (2013). ¿Cuáles son los factores de riesgo adictivo en la adolescencia? Apuntes para maestros de la enseñanza media. *EduSol*, 13(43), 11-21. <https://www.redalyc.org/pdf/4757/475748682002.pdf>
- Gonzálvez, M. T., Espada, J. E., Guillén- Riquelme, A., Secades, R. y Orgilés, M. (2016). Asociación entre rasgos de personalidad y consumo de sustancias en adolescentes españoles. *Adicciones* 28(2), 108-115. <http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/viewFile/777/733>
- Graña, J. L., & García, A. (1994). Teorías explicativas de las drogodependencias En J. L. Graña (Ed.), *Conductas adictivas. Teoría, evaluación y tratamiento* (pp. 44-96). Debate.
- Grimaldi Rey, D., & Cardenal de la Nuez, M. E. (2006). *Introducción a la Sociología*. Vicerrectorado de Planificación y Calidad de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria. <https://bibliotecavirtualceug.files.wordpress.com/2017/06/2287.pdf>
- Gudiño Rivera, M. M., Rubio Rivera, C. G., & Sánchez Castañón, A. (2014). *Factores protectores y de riesgo que determinan el consumo de alcohol en adolescentes* (Tesis doctoral) <http://ri.uaq.mx/bitstream/123456789/1338/1/RI000599.pdf>
- Guillén, N., Roth, E., Alfaro, A., & Fernández, E. (2015). Youth alcohol drinking behavior: Associated risk and protective factors. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 6(2), 53-63. <https://doi.org/10.1016/j.rips.2015.03.001>

- Gutiérrez, M., & Romero, I. (2014). Resiliencia, bienestar subjetivo y actitudes de los adolescentes hacia el consumo de drogas en Angola. *Anales de Psicología*, 30(2), 608-619. doi: <https://doi.org/10.6018/analesps.30.2.148131>
- Habermas, J. (2023). *Conocimiento e Interés*. Taurus.
- Hawkins, J. D., Catalano, R. F., & Miller, J. Y. (1992). Factores de riesgo y de protección para los problemas de alcohol y otras drogas en la adolescencia y la adultez temprana: Implicaciones para la prevención del abuso de sustancias. *Psychological Bulletin*, 112(1), 64-105. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.112.1.64>
- Hernández Huescar, J. M., García Sanz, M.P., Mancheño Jiménez, M. A. & Sánchez Navarro, A. (2012). Trabajos empíricos. En M.P. García Sanz, & P. Martínez Clares (Eds.), *Guía práctica para la realización de trabajos fin de grado y trabajos fin de máster* (pp. 247-284). Edit.um
- Hernández-Sampieri, R., & Mendoza, C. (2018). *Metodología de la Investigación: las rutas cuantitativas, cualitativas y mixtas*. McGraw-Hill Interamericana.
- Herrero Yuste, M. N. (septiembre, 2003). Adolescencia, grupo de iguales, consumo de drogas, y otras conductas problemáticas. *Estudios de Juventud*, 62, 81-91. <http://www.injuve.es/sites/default/files/art8.pdf>
- Hoyos, E., Lemos, M., & Torres, Y. (2012). Factores de riesgo y de protección de la depresión en los adolescentes de la ciudad de Medellín. *International Journal of Psychological Research*, 5(1), 109-121. <file:///G:/TEXTOS%20ENTEROS/ART%C3%8DCULO%202012%20Zuluaga%20FactoresDeRiesgoYDeProteccionDeLaDepresionEnLosAdo-5134681.pdf>
- Ibáñez Cuadrado, A. (2008). Genética de las adicciones. *Adicciones*, 20(2), 103-109. <http://www.redalyc.org/pdf/2891/289122057001.pdf>
- Kornblit, A. L., Camarotti, A. C., & Di Leo, P. F. (2010). Prevención del consumo problemático de drogas. *Modulo I: La construcción social de la problemática de las drogas*. UNICEF. http://files.unicef.org/argentina/spanish/Edu_ModulosESI.pdf
- Kumpfer, K. L., & Jonhson, J. L. (2007). Intervenciones de fortalecimiento familiar para la prevención del consumo de sustancias en hijos de padres adictos. *Adicciones revista versión online*, 19(1), 13-25. <http://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/320>
- Labouvie, E. W., & MacGee, C. R. (1996). Relation of personality to alcohol and drug use in adolescence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54(3), 289-293. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.54.3.289>
- Laespada Martínez, M. T., Iraurgi Castillo, I., & Aróstegui E. (2004). *Factores de riesgo y de protección frente al consumo de drogas: hacia un modelo explicativo del consumo de drogas en jóvenes de la CAPV*. Observatorio Vasco de Drogodependencias. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/3130577.pdf>

- López Larrosa, S., & Rodríguez-Arias Palomo, J. L. (2010). Factores de riesgo y protección en el consumo de drogas en adolescentes y diferencias según edad y sexo. *Psicothema*, 22(4), 568-573. <http://www.redalyc.org/pdf/727/72715515007.pdf>
- López Larrosa, S., & Rodríguez-Arias Palomo, J. L. (2012). Factores de riesgo y de protección en el consumo de drogas y la conducta antisocial en adolescentes y jóvenes españoles. *International Journal of Psychological Research*, 5(1), 25- 33. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=299023539004>
- Lozano Vicente, A. (2014). Teoría de teorías sobre la adolescencia. *Última Década*, 40, 11-36. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=19531682002>
- Lloret Irles, D. (2015) *Diseño y validación de una escala de detección precoz del riesgo de consumo abusivo de drogas entre adolescentes* (Tesis doctoral). <http://dspace.umh.es/bitstream/11000/2236/1/TD%20Lloret%20Irles%2c%20Daniel.pdf>
- Martínez González, J. M. (2006). *Factores de riesgo y protección ante el consumo de drogas y representaciones sociales sobre el uso de éstas en adolescentes y adultos jóvenes* (Tesis doctoral). [https://www.researchgate.net/publication/46589776 Factores de riesgo y protección ante el consumo de drogas y representaciones sociales sobre el uso de estas en adolescentes y adultos jóvenes](https://www.researchgate.net/publication/46589776_Factores_de_riesgo_y_proteccion_ante_el_consumo_de_drogas_y_representaciones_sociales_sobre_el_uso_de_estas_en_adolescentes_y_adultos_jovenes)
- Martínez González, J. M., Graña Gómez, J. L., & Trujillo Mendoza, H. M. (2009). Influencia de los trastornos de la personalidad y patrones de consumo en la eficacia de un programa de prevención de recaídas para el tratamiento del alcoholismo. *Adicciones: Revista de Sociodrogalcohol*, 1(2), 105-112. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2998111>
- Martínez González, J. M., Trujillo Mendoza, H. M., & Robles Lozano, L. (2006). *Factores de riesgo, protección y representaciones sociales sobre el consumo de drogas: implicaciones para la prevención*. Consejería para la Igualdad y Bienestar Social.
- Martínez Lorca, M., Alonso Sanz, C., & Montañés Rodríguez, J. (2004). Variables familiares, escolares y grupales y consumo de drogas en población escolar. *Revista Española de Drogodependencias*, 29(3-4), 188-209. https://www.aesed.com/descargas/revistas/v29n3-4_2.pdf
- Mendoza Carmona, Y.L., & Vargas Peña, K. (marzo, 2017). Factores psicosociales asociados al consumo y adicción a sustancias psicoactivas. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 20(1), 139-167. <http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol20num1/Vol20No1Art9.pdf>

- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (1997). *Prevención de las drogodependencias. Análisis y propuestas de actuación. Plan Nacional sobre Drogas*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. <http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/catalogoPNSD/publicaciones/pdf/preven.pdf>
- Ministerio de Sanidad (2022). *Encuesta sobre Alcohol y otras Drogas en España. (EDADES). 1995-2022*. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. [https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2022 Informe EDADES.pdf](https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2022%20Informe%20EDADES.pdf)
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (Mayo 2018). *Encuesta sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias en España (ESTUDES)*. [Diapositivas de PowerPoint]. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas [http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2016 2017 ESTUDES.pdf](http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2016%202017%20ESTUDES.pdf)
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2018). *Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024*. Secretaría General Técnica. Centro de Publicaciones Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. <http://www.pnsd.mscbs.gob.es/pnsd/estrategiaNacional/docs/180209 ESTRATEGIA N.ADICCIONES 2017-2024 aprobada CM.pdf>
- Ministerio de Sanidad y Consumo (n.d.). *Guía para la prevención de las drogodependencias. Cuaderno del profesor. Plan Nacional sobre Drogas*. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. <https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/catalogoPNSD/publicaciones/pdf/GuiaProfesor.pdf>
- Ministerio de Sanidad y Política Social (2009). *Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016*. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. <https://pnsd.sanidad.gob.es/pnsd/estrategiaNacional/docs/EstrategiaPNSD2009-2016.pdf>
- Molina Fernández, A. J., & Quintero Ordóñez, B. (2011). *Prevención del consumo de drogas en el ámbito escolar*. Manuscrito inédito, Equipo Técnico de Prevención de Proyecto Hombre, Fundación IL3, Universidad de Barcelona.
- Moral Jiménez, M. V. (2006). Factores de interacción familiar de riesgo y de protección para el consumo de sustancias psicoactivas en hijos adolescentes, *Revista Española de Drogodependencias*, 31(1), 28-45. https://www.aesed.com/descargas/revistas/v31n1_3.pdf
- Moral Jiménez, M. V., & Ovejero Bernal, A. (2005). Análisis diferencial por niveles de edad de las actitudes hacia el consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes españoles. *Revista Interamericana de Psicología*, 39(3), 325-338. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2989458>

- Moral, M. V., Ovejero, A., & Pastor, J. (julio, 2004). Modelado familiar y del grupo de iguales sobre la experimentación juvenil con sustancias psicoactivas. *Boletín de Psicología*, 81, 33-68. <https://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N81-2.pdf>
- Moral Jiménez, M. V., Ovejero Bernal, A. Sirvent Ruiz, F. J., & Rodríguez Díaz, P. M. (marzo-abril, 2009). Efectos diferenciales sobre las actitudes ante la experimentación con alcohol y la percepción de riesgo en adolescentes españoles consumidores de cannabis y alcohol. *Salud Mental*, 32(2), 125-138. <http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v32n2/v32n2a5.pdf>
- Moral Jiménez, M. V., Rodríguez Díaz, F. J., & Sirvent Ruiz, C. (2006). Factores relacionados con las actitudes juveniles hacia el consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas. *Psicothema*, 18(1), 52-58. <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=3175>
- Muñoz Cantero, J. M., & Mato Vázquez, D. (2007). Elaboración y estructura factorial de un cuestionario para medir la "ansiedad hacia las matemáticas" en alumnos de Educación secundaria obligatoria. *Revista galego-portuguesa de Psicoloxía e Educación*, 14, 221-231. https://ruc.udc.es/dspace/bitstream/handle/2183/7064/RGP_14-17.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Muñoz Cantero, J. M., Rebollo-Quintela, N., Mosteiro García, M., & Ocampo Gómez, C. I. (2019). Validación del cuestionario de atribuciones para la detección de coincidencias en trabajos académicos. *Revista Electrónica de Investigación y Evaluación Educativa*, 25(1), artículo 4. <https://doi.org/10.7203/relieve.25.1.13599>
- Muñoz Preciado, C. E., Sandstede Rivas, M. J., & Klimenko, O. (2017). Factores de riesgo y de protección para el consumo de drogas en los estudiantes del Instituto de Filosofía de la Universidad de Antioquia, 2016. *Psicoespacios: Revista virtual de la Institución Universitaria de Envigado*, 11(18), 149-170. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5922284>
- Muñoz-Rivas, M. J., & Graña López, J. L. (2001). Factores familiares de riesgo y de protección para el consume de drogas en adolescentes. *Psicothema*, 13(1), 87-94. <http://www.psicothema.com/pdf/418.pdf>
- Musitu, G., Jiménez, T., & Murgui, S. (2007). El rol del funcionamiento familiar y del apoyo social en el consumo de sustancias de los adolescentes, *Revista Española de Drogodependencias*, 32(3), 370-380. https://www.aesed.com/descargas/revistas/v32n3_5.pdf
- Navarro Botella, J. (2000). *Factores de riesgo y protección de carácter social relacionados con el consumo de drogas*. Plan Municipal Contra las Drogas. Ayuntamiento de Madrid. Área de Servicios Sociales. <https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/factores.pdf>

Newcomb, M. D. (1997). General deviance and psychological distress: impact of family support /bonding over 12 years from adolescence to adulthood. *Criminal Behaviour And Mental Health* 7 (4), 369-400. <https://doi.org/10.1002/cbm.196>

Newcomb, M. D., Chou, C. P., Bentler, P.M. & Huba, G. J. (1988). Cognitive Motivations for Drug Use Among Adolescents: Longitudinal Tests of Gender Differences and Predictors of Change in Drug Use. *Journal of Counseling Psychology*, 35(4), 426-438. <https://dx.doi.org/10.1037/0022-0167.35.4.426>

Ovalles Rincón, A.C. (2017). *Estilos educativos familiares y conductas disruptivas en el adolescente. Aplicaciones educativas* (Tesis doctoral). <https://eprints.ucm.es/44251/1/T39105.pdf>

Observatorio Español sobre Drogas (OED). (1998). *Informe Nº 1 Observatorio Español sobre Drogas.* Ministerio del Interior. <https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/oed-1.pdf>

Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA). (2022). *Encuesta Sobre uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES) 2021 – Informe Galicia.* Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. <https://www.sergas.es/Saude-publica/Documents/7108/22-356%20-%20ESTUDES%202020%20-%20Informe%20GALICIA%20Rev1-ga.pdf>

294

Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA). (2022). *Estadísticas 2022. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España.* Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. <https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/2022OEDA-ESTADISTICAS.pdf>

Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA). (2022). *Informe 2022. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España.* Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/ESTUDES_2022_Informe.pdf

Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (2019). *Informe sobre Drogas 2019. España.* https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/11353/20190725_Informe_DrogasEspana2019_EMCCDDA_DGPNSD.pdf

Organización Mundial de la Salud (OMS, 1973). *Serie de Informes Técnicos Nº 516. La juventud y las drogas.* http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/38639/WHO_TRS_516_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- Organización Panamericana de la Salud (2018). *Efectos sociales y para la salud del consumo de cannabis sin fines médicos*. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34944/9789275319925_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Pedreira Crespo, V. (2008). *Procesos preventivos y cartera de servicios en materia de prevención del Plan de Galicia sobre Drogas*. Xunta de Galicia. Consellería de Sanidade. <https://extranet.sergas.es/catpb/Docs/cas/Publicaciones/Docs/Drogodependencias/PDF-1774-es.pdf>
- Pedrero-Pérez, E.J. (2016). Evaluación de variables psicológicas en el tratamiento de personas con adicción: propiedades psicométricas del cuestionario VIP. *Acción Psicológica*, 13(1), 91-106. <https://dx.doi.org/10.5944/ap.13.1.15363>
- Peñafiel Pedrosa, E. (2009). Factores de riesgo y protección en el consumo de sustancias en adolescentes. *Pulso: Revista de Educación*, 32, 147-173. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3130577>
- Pereira González, M., Martínez González R. A., & Corral Blanco, N. (2000). *Perspectivas en la prevención del consumo de drogas*. Albatros.
- Pinazo Hernandis, S., Pons Díez, J., & Carreras Rouma, A. (2002). El consumo de inhalables y cánnabis en la preadolescencia: Análisis multivariado de factores predisponentes. *Anales de Psicología*, 18(1), 77-93. <https://www.redalyc.org/pdf/167/16718105.pdf>
- Pineda Pérez, S., & Aliño Santiago, M. (2002). El concepto de adolescencia. En F. Cruz Sánchez, S. Pineda Pérez, N. Martínez Vázquez, & M. Aliño Santiago (Eds.), *Manual de prácticas para la atención integral a la salud en la adolescencia* (pp. 15-23). MINSAP.
- Pons Díez, J., & Berjano Peirats, E. (1999). *El consumo abusivo de alcohol en la adolescencia: un modelo explicativo desde la psicología social*. Ministerio del Interior. Plan Nacional sobre Drogas.
- Prodanov, C. C., & De Freitas, E. C. (2013). *Metodología do trabalho científico: métodos e técnicas de pesquisa e do trabalho acadêmico*. Feevale.
- Rabadán Zaragozá, M. J. (2014). *Drogodependencias, prevención y comunicación. Análisis comparativo del tratamiento informativo de las drogas en la prensa de información general en España, Reino Unido, Francia y Holanda*. (Tesis doctoral). Recuperada de <http://hdl.handle.net/10637/7024>
- Ramírez Serrano, L.A. (2007). *El funcionamiento familiar en familias con hijos drogodependientes* (Tesis doctoral). <http://roderic.uv.es/bitstream/handle/10550/15427/ramirez.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Ramos Estévez, R. (2013). *Diseño, desarrollo y evaluación de instrumentos de medida de actitud hacia el alcoholismo en adolescentes* (Tesis doctoral). <https://helvia.uco.es/xmlui/bitstream/handle/10396/11568/2014000000879.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Rial, A., Torrado, N., & Varela, J. (2008). Orientación hacia la salud y consumo de drogas en la población juvenil. ¿Es realmente eficaz la prevención actual? *Salud y drogas*, 8(2), 173-188. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83912986004>
- Robertson, E. B., David, S. L., & Rao, S. A. (2004). *Cómo Prevenir el Uso de Drogas en los Niños y los Adolescentes. Una guía con base científica para padres, educadores y líderes de la comunidad*. Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas (NIDA). <file:///G:/TEXTOS%20ENTEROS/GU%C3%8DA%20c%C3%B3mo%20prevenir%20el%20USO%20de%20drogas%20en%20NI%C3%91OS.pdf>
- Rodríguez Suárez, J., Agulló Tomás, E., & Agulló Tomás, M. S. (2003). Jóvenes, fin de semana y uso recreativo de drogas: evolución y tendencias del ocio juvenil. *Adicciones*, 15(2), 7-33. <https://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/451/447>
- Romero, F. J., & Urdaneta, E. (2009). Desempeño laboral y calidad de servicio. *REDHECS*, 7(4), 66-79. <http://ojs.urbe.edu/index.php/redhecs/article/view/81/85>
- Romo Avilés, N. (2018). Cambios y continuidades en el consumo de drogas y tóxicos en mujeres y niñas jóvenes. En C. Orte Socías, & R. Pozo Gordaliza (Eds.), *Género, adolescencia y drogas. Prevenir el riesgo desde la familia* (pp. 15-22). Octaedro, S.L. <https://octaedro.com/appl/botiga/client/img/09065.pdf>
- Salazar Torres, I. C., Varela Arévalo, M. T., Tovar Cuevas, J. R., & Cáceres Rodríguez, D. E. (2006). Construcción y validación de un cuestionario de factores de riesgo y de protección para el consumo de drogas en jóvenes universitarios. *Acta Colombiana de Psicología*, 9(2), 19-30. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=79890203>
- Sánchez Pardo, L. (2009). *Guía informativa: género y drogas. Plan de atención integral a la salud de la mujer en Galicia*. Xunta de Galicia. <https://extranet.sergas.es/catpb/Docs/cas/Publicaciones/Docs/Drogodependencias/PDF-1810-es.pdf>
- Sánchez Pardo, L. (2010). Jóvenes y publicidad. Valores en la comunicación publicitaria para jóvenes. *Observatorio de drogodependencias de Castilla-La Mancha*, 6, 49-64. <https://www.caib.es/sites/padib/ca/estudis-26768/archivopub.do?ctrl...id=90097>
- Sánchez Pardo, L. (2011). *Instrumentos para la evaluación de los programas incluidos en la cartera de servicios en materia de prevención de las drogodependencias*. Consellería de Sanidade de la Xunta de Galicia. https://www.sergas.es/gal/DocumentacionTecnica/docs/SaudePublica/adicciones/Doc_Tco_INSTRUMENTOS_EVALUACION_PREV.pdf

- Sánchez Pardo, L. (2012). *Género y drogas. Guía Informativa*. Diputación de Alicante. Área de Igualdad y Juventud. www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/GuiaGenero_Drogas.pdf
- Sancho, A. C., & Grau, V. R. (2013). Diseño y validación de un cuestionario sobre fracaso escolar en alumnado de educación secundaria de un centro de formación de personas adultas. *Actividades Investigativas en Educación*, 13(1), 1-24. <https://doi.org/10.15517/aie.v13i1.11716>
- Saravia, J.C., Gutiérrez, C., & Hans, F. (enero-abril, 2015). Factores asociados al inicio de consumo de drogas ilícitas en adolescentes de educación secundaria. *Revista Peruana de Epidemiología*, 18(1), 1-7. <http://www.redalyc.org/pdf/2031/203131355003.pdf>
- Steinberg, L. (2011). Adolescent risk taking: A social neuroscience perspective. In E. Amsel & J. G. Smetana (Eds.), *Adolescent vulnerabilities and opportunities: Developmental and constructivist perspectives* (pp. 41–64). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9781139042819.005>
- Taberner, C., Serrano, A., & Mérida, R. (2017). Estudio comparativo de la autoestima en escolares de diferente nivel socioeconómico. *Psicología Educativa*, 23, 9-17. https://acels-cdn-com.accedys.udc.es/S1135755X17300015/1-s2.0-S1135755X17300015-main.pdf?tid=4f5c304a-f311-4311-b267-025fc71b3588&acdnat=1533638458_9f62b1fd20cc304883e9cf35da08735f
- Tobler, N. S., Roona, M. R., Ochsboru, P., Marshall, D. G., Streke, A. V. & Stackp, K. M. (2000). School-Based Adolescent Drug Prevention Programs: 1998 Meta-Analysis. *The Journal of Primary Prevention*, 20(4), 275-336. <https://doi.org/10.1023/A:1021314704811>
- Torre, M. L., Escarabajal, M. D., & Agüero, A. (octubre, 2013). Una revisión de la literatura experimental sobre los efectos motivacionales del alcohol y su modulación por factores biológicos y ambientales. *Anales de Psicología*, 29(3), 934-943. <https://doi.org/10.6018/analesps.29.3.154561>
- Torregrosa Ruiz, M., Molpeceres Pastor, M.A., & Tomás Miguel, J.M. (2017). Relaciones entre sexismo e ideología de género con autoconcepto y autoestima en personas con LM. *Anales de Psicología*, 33(2), 225-234. <https://doi.org/10.6018/analesps.33.2.232371>
- UNICEF (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia) (febrero de 2011). *Estado mundial de la infancia 2011. La adolescencia. Una época de oportunidades*. [https://www.unicef.org/bolivia/UNICEF - Estado Mundial de la Infancia 2011 - La adolescencia una epoca de oportunidades.pdf](https://www.unicef.org/bolivia/UNICEF_-_Estado_Mundial_de_la_Infancia_2011_-_La_adolescencia_una_epoca_de_oportunidades.pdf)
- Villarreal-González, M. E., Sánchez-Sosa, J. C., Musitu, G., & Varela, R. (2010). El Consumo de alcohol en adolescentes escolarizados: Propuesta de un Modelo Sociocomunitario. *Psychosocial Intervention*, 19(3), 253-264. <http://scielo.isciii.es/pdf/inter/v19n3/v19n3a06.pdf>

Villasmil Ferrer, J. (2010). *El autoconcepto académico en estudiantes universitarios resilientes de alto rendimiento: un estudio de casos* (Trabajo de tesis presentado como requisito final para optar al grado de doctor en educación). <http://bdigital.ula.ve/storage/pdf/32797.pdf>

Zamora. S., Monroy. L., & Chávez. C. (2009). *Análisis Factorial: una técnica para valorar la dimensionalidad de la prueba*. Cuaderno Técnico nº 6. Centro Nacional de Evaluación para la Educación Superior.

6. ANEXOS

6.1. ANEXO 1. VERSIÓN INICIAL DEL CUESTIONARIO DIRIGIDO AL ALUMNADO

CUESTIONARIO DE DETERMINACIÓN DE FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN ASOCIADOS AL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN ADOLESCENTES DE EDUCACIÓN SECUNDARIA OBLIGATORIA

Presentación: mediante la respuesta a este cuestionario podrás manifestar tu percepción acerca de cuáles son los factores que, en tu opinión, podrían dar lugar al consumo de sustancias psicoactivas, así como aquellos que podrían protegerte de hacerlo. La respuesta a este cuestionario es totalmente confidencial y con fin investigador, al cual sólo tendrán acceso las personas investigadoras.

CUESTIONARIO DE DETERMINACIÓN DE FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN ASOCIADOS AL CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN ADOLESCENTES DE EDUCACIÓN SECUNDARIA OBLIGATORIA	
DATOS IDENTIFICATIVOS	
Centro educativo:	
Ubicación del centro (Zonas de influencia de centros públicos y concertados de A Coruña)	
	Zona 1
	Zona 2
	...
Sexo	
	Hombre
	Mujer
Edad	
	12 años
	13 años
	14 años
	15 años

	16 años
	Más de 16 años
Curso	
	1.º ESO
	2.º ESO
	3.º ESO
	4.º ESO
Rendimiento escolar	
	Muy bajo
	Bajo
	Medio
	Alto
	Muy alto
En tu familia, ¿hay o ha habido alguna persona que abuse o haya abusado de alguna droga?	
	Sí
	No
	No sé/prefiero no contestar
Normalmente, ¿faltas a clase?	
	Sí
	No
Por la manera de vivir que tienes en tu familia o por lo que dice tu familia de ello, ¿en qué clase social te situarías?	
	Baja
	Media-baja
	Media
	Media-alta

	Alta
	No sé/prefiero no contestar

A continuación, se te presentan varias situaciones. Has de valorar con una "x" cada una de ellas, en función del grado en que te identificas con cada una de las preguntas, entendiendo las respuestas como: 1 (Totalmente en desacuerdo), 2 (En desacuerdo), 3 (Bastante de acuerdo), 4 (Muy de acuerdo), 5 (Totalmente de acuerdo), NS/NC (No sé/prefiero no contestar).

FACTORES GENÉTICO-BIOLÓGICOS	NS/NC	1	2	3	4	5
Considero que, si en mi familia existe alguna persona que abuse de las drogas, tengo más posibilidades de hacerlo yo.						
Considero que, si me preocupo por mi salud y por el cuidado de mi cuerpo, tengo menos posibilidades de consumir drogas						
Considero que, si las drogas me parecen sustancias muy peligrosas que no deben ni probarse, tengo menos posibilidades de consumirlas						
FACTORES PSICOLÓGICOS	NS/NC	1	2	3	4	5
Autoestima y autoconcepto	NS/NC	1	2	3	4	5
Considero que, si tengo un nivel alto de autoaceptación, tengo menos posibilidades de consumir drogas						
Considero que, si tengo ánimo de autosuperación, tengo menos posibilidades de consumir drogas						
Considero que, si tengo expectativas positivas de mi futuro, tengo menos posibilidades de consumir drogas						
Considero que, si tengo un buen grado de autocontrol, tengo menos posibilidades de consumir drogas						
Considero que, si soy capaz de hacer frente a las adversidades, tengo menos posibilidades de consumir drogas						
Considero que, si me resulta fácil resistirme a algo que me piden que haga, tengo menos posibilidades de consumir drogas						
Búsqueda de sensaciones	NS/NC	1	2	3	4	5

Considero que, si las drogas me parecen algo que es preciso conocer y probar al menos una vez, tengo más posibilidades de consumirlas						
Considero que, si una vida sin peligro fuese demasiado aburrida para mí, tendría más posibilidades de consumir drogas						
Considero que, si me gustan los acontecimientos y sensaciones nuevas y excitantes, aunque causen un poco de miedo y sean poco corrientes, tengo más posibilidades de consumir drogas						
Depresión	NS/NC	1	2	3	4	5
Considero que, creo que no sirvo para nada, tengo más posibilidades de consumir drogas						
Considero que, si estoy triste siempre, tengo más posibilidades de consumir drogas						
Factores de personalidad	NS/NC	1	2	3	4	5
Considero que, si tengo miedo a las drogas, tengo menos posibilidades de consumirlas						
Considero que, el aburrimiento, la monotonía puede inducirme a consumir drogas						
Considero que, si soy una persona impulsiva, tengo más posibilidades de consumir drogas						
Actitudes, valores, creencias	NS/NC	1	2	3	4	5
Considero que, si asumo que la mayoría de las personas de este colegio/instituto consumen drogas con cierta frecuencia, tengo más posibilidades de consumirlas						
Considero que, si asumo que la mayoría de las personas de esta ciudad consumen drogas con cierta frecuencia, tengo más posibilidades de consumirlas						
Considero que, si asumo que tomar alguna droga es normal, tengo más posibilidades de consumirlas						
Considero que, si asumo que si controlo no tiene porqué pasarme nada, tengo más posibilidades de consumir drogas						
Considero que, si asumo que deberían legalizar algunas drogas, tengo más posibilidades de consumirlas						

Considero que, si asumo que tenemos que aprender a convivir con las drogas, tengo más posibilidades de consumirlas						
Considero que, si asumo que los posibles beneficios que pueden tener las drogas compensan sus posibles riesgos, tengo más posibilidades de consumirlas						
FACTORES SOCIALES	NS/NC	1	2	3	4	5
Representaciones sociales	NS/NC	1	2	3	4	5
Considero que, la falta de perspectivas personales y sociales puede inducirme a consumir drogas						
Ambiente social	NS/NC	1	2	3	4	5
Considero que, si adquiero y cumplo compromisos, tengo menos posibilidades de consumir drogas						
Familiares	NS/NC	1	2	3	4	5
Considero que, si siento apego por mi familia (si me siento querido/a, aceptado/a, comprendido/a), tengo menos posibilidades de consumir drogas						
Considero que, si en mi familia existen unas normas de convivencia familiar claras, tengo menos posibilidades de consumir drogas						
Considero que, si el estilo directivo de mi familia es tan fuerte, que toma decisiones importantes que me afectan, influye en que tenga menos posibilidades de consumir drogas						
Considero que, si las celebraciones (cumpleaños, fiestas, aniversarios) se realizan en familia, tengo menos posibilidades de consumir drogas						
Considero que, si mi familia refuerza mis logros, tengo menos posibilidades de consumir drogas						
Considero que, si existe estabilidad y cohesión en mi familia, tengo menos posibilidades de consumir drogas						
Considero que, si mi familia mantiene contacto regular con mis profesores/as, tengo menos posibilidades de consumir drogas						
Considero que, si mantengo conversaciones sobre las drogas con mi familia, tengo menos posibilidades de consumirlas						
Grupo de iguales	NS/NC	1	2	3	4	5

Considero que, realizar actividades satisfactorias con mis amigos y amigas (deportes, actividades culturales, participar en asociaciones), influye en que tenga menos posibilidades de consumir drogas						
Considero que, si mi familia tiene una valoración positiva de mi grupo de amigos/as, tengo menos posibilidades de consumir drogas						
Considero que, si estoy dispuesto a ser amigo/a de alguien que consuma algún tipo de droga, tengo más posibilidades de consumir drogas						
Considero que, si en mi grupo de amigos/as hablamos en alguna ocasión de drogas, tengo más posibilidades de consumirlas						
Considero que, la presión de mi grupo de amigos/as, puede inducirme a consumir drogas						
Considero que, la insatisfacción en las relaciones (con los/las demás, sociales), puede inducirme a consumir drogas						
Escolares	NS/NC	1	2	3	4	5
Considero que, si tengo un alto rendimiento escolar, tengo menos posibilidades de consumir drogas						
Considero que, si existen unas normas claras de comportamiento en mi colegio/instituto, tengo menos posibilidades de consumir drogas						
Considero que, si percibo que ir al colegio/instituto me es útil, tengo menos posibilidades de consumir drogas						
Considero que, si adquiero destrezas para trabajar con otras personas, tengo menos posibilidades de consumir drogas						
Ambientales/contextuales	NS/NC	1	2	3	4	5
Considero que, si cumplo como ciudadano/a con las normas de la comunidad (pueblo, barrio, ciudad), tengo menos posibilidades de consumir drogas						
Considero que, si conozco la normativa legal sobre las drogas y su consumo, tengo menos posibilidades de consumirlas						
Considero que, si es fácil conseguir drogas en mi entorno, tengo más posibilidades de consumirlas						

Considero que, el estrés, la tensión o el agobio (en estudios, trabajo, relaciones) puede inducirme a consumir drogas						
Considero que, si en mi ocio y tiempo libre consiste en ir de fiesta con mis amigos/as, ir a discotecas, realizar salidas nocturnas frecuentes o ir de bares o a zonas de copas, tengo más posibilidades de consumir drogas						
Considero que, si a través de los diferentes medios (prensa, revistas, radio, televisión, vallas publicitarias, carteles, ropa, Internet) me llega publicidad sobre las drogas, tengo más posibilidades de consumirlas						
Muchas gracias por tu colaboración						

6.2. ANEXO 2. VERSIÓN DEL CUESTIONARIO DIRIGIDO AL ALUMNADO UNA VEZ VALIDADO POR AGENTES EXPERTOS

CUESTIONARIO DE DETERMINACIÓN DE FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN ASOCIADOS AL CONSUMO DE ALCOHOL Y OTRAS DROGAS EN ADOLESCENTES DE EDUCACIÓN SECUNDARIA OBLIGATORIA

Mediante la respuesta a este cuestionario podrás manifestar tu percepción acerca de cuáles son los factores que, en tu opinión, podrían dar lugar al consumo de alcohol y otras drogas, así como aquellos que podrían protegerte de hacerlo. La respuesta a este cuestionario es totalmente confidencial y con fin investigador. Solo tendrán acceso las personas investigadoras.

DATOS IDENTIFICATIVOS									
Centro educativo:									
Sexo:	Hombre	Mujer	Otro						
Edad:	12 años	13 años	14 años	15 años	16 años	Más de 16 años			
Curso:	1.º ESO	2.º ESO	3.º ESO	4.º ESO					
Rendimiento escolar:	Muy bajo	Bajo	Medio	Alto	Muy alto				
En tu familia, ¿hay o ha habido alguna persona que consuma alcohol?	Sí	No	No sé	Prefiero no contestar					
En tu familia, ¿hay o ha habido alguna persona que consuma otras drogas?	Sí	No	No sé	Prefiero no contestar					
Normalmente, ¿faltas a clase?	Sí	No							
Por la manera de vivir que tienes, en tu familia ¿en qué clase social te situarías?									

Muy Baja	Baja	Media	Alta	Muy alta	Prefiero no contestar
----------	------	-------	------	----------	-----------------------

Instrucciones: a continuación, se te presentan varias situaciones. Has de valorar con una “x” cada una de ellas, en función del grado en que te identificas con cada una de las preguntas, entendiendo las respuestas como:

1 (Totalmente en desacuerdo), 2 (En desacuerdo), 3 (Bastante de acuerdo), 4 (Muy de acuerdo), 5 (Totalmente de acuerdo), NS/NC (No sabe/no contesta)

Factores genético-biológicos (FGB)	1	2	3	4	5	NS/NC
4. Si en mi familia existe alguna persona que abuse del alcohol y/o otras drogas, tengo más posibilidades de hacerlo yo.						
5. Dependiendo de un género u otro, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas						
6. Si comienzo a consumir a una edad temprana, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas.						

Factores psicológicos: Autoestima y autoconcepto (FP_AA)	1	2	3	4	5	NS/NC
7. Si no tengo una actitud positiva hacia mí mismo, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas.						
8. Si no trato de ser mejor cada día, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas.						
9. Si no tengo expectativas positivas sobre mí o acerca de mi futuro, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas.						
10. Si no tengo un buen control de mí mismo, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas.						
11. Si no soy capaz de hacer frente a las desgracias, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas.						
12. Si no me resulta fácil decir no, a algo que me piden que haga, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas						

Factores psicológicos: Búsqueda de sensaciones (FP_BS)					
1	2	3	4	5	NS/NC
4.	Si las drogas me parecen algo que es preciso probar al menos una vez, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas.				
5.	Si me gustan las sensaciones nuevas y excitantes, aunque causen un poco de miedo, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas.				
6.	Si necesito estar realizando continuamente actividades divertidas para no aburrirme, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas.				

Factores psicológicos: Depresión y ansiedad (FP_DA)					
1	2	3	4	5	NS/NC
5.	Si creo que no sirvo para nada, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas.				
6.	Si estoy siempre triste, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas.				
7.	Si ocurren eventos tristes (muerte de un familiar, pérdida de empleo, etc.) tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas.				
8.	Si tengo ansiedad, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas.				

Factores psicológicos: Factores de personalidad (FP_FP)					
1	2	3	4	5	NS/NC
4.	Si no tengo miedo a las drogas, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas.				
5.	Si mantengo una actitud pasiva, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas.				
6.	Si soy una persona impulsiva, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas.				

309

Factores psicológicos: Actitudes, valores, creencias (FP_AVC)					
1	2	3	4	5	NS/NC
7.	Si asumo que la mayoría de las personas de este colegio/instituto consumen alcohol y/o drogas con cierta frecuencia, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas.				
8.	Si asumo que la mayoría de las personas del lugar donde vivo consumen alcohol y/o drogas con cierta frecuencia, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas.				

9. Si asumo que tomar alcohol y/o otras drogas es normal, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas.						
10. Si se legalizan algunas drogas, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas						
11. Si asumo que tenemos que aprender a convivir con las drogas, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas.						
12. Si asumo que los posibles beneficios que pueden tener el alcohol y/o otras drogas compensan sus posibles riesgos, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas.						
Factores sociales: Representaciones sociales (FS_RS)	1	2	3	4	5	NS/NC
4. La falta de perspectivas personales y sociales puede inducirme a tener más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas.						
5. Si tengo problemas en mis estudios, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas.						
6. Si creo que tendré problemas en encontrar trabajo en el futuro, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas.						

Factores sociales: Ambiente social (FS_AS)	1	2	3	4	5	NS/NC
4. Si no adquiero compromisos, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas.						
5. Si no soy una persona comprometida, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas.						
6. Si no cumplo con mis compromisos, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas.						

Factores sociales: Familiares (FS_F)	1	2	3	4	5	NS/NC
9. Si no me siento querido/a, aceptado/a, comprendido/a, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas.						
10. Si en mi familia no existen unas normas de convivencia claras, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas.						
11. Si en mi familia toman decisiones por mí, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas.						
12. Si las celebraciones (cumpleaños, fiestas, aniversarios) no se realizan en familia, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas.						
13. Si mi familia no valora mis éxitos, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas.						
14. Si no existe estabilidad y cohesión en mi familia, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas.						
15. Si mi familia no mantiene contacto regular con mis profesores/as, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas.						

16. Si no mantengo conversaciones con mi familia, sobre lo malas que son las drogas, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas.						
--	--	--	--	--	--	--

Factores sociales: Grupo de iguales (FS_GI)	1	2	3	4	5	NS/NC
8. Si no realizo actividades divertidas con mis amigos y amigas, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas.						
9. Si mi familia no valora positivamente mi grupo de amigos/as, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas.						
10. Si estoy dispuesto a ser amigo/a de alguien que consume algún tipo de droga, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas.						
11. Si en mi grupo de amigos/as hablamos en alguna ocasión de drogas, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas.						
12. Si mis amigos/as me presionan para consumir alcohol y/o otras drogas, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas.						
13. Si me siento insatisfecho en las relaciones con los/as demás, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas.						
14. Si mi pareja o la persona que me gusta consume alcohol y/o otras drogas, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas.						

Factores sociales: Escolares (FS_E)	1	2	3	4	5	NS/NC
5. Si no tengo buenas notas, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas.						
6. Si no existen unas normas de convivencia en mi colegio/instituto, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas.						
7. Si percibo que lo que estudio en el colegio/instituto no me es útil, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas.						
8. Si no aprendo a trabajar con otras personas, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas.						

Factores sociales: Ambientales/contextuales (FS_AC)	1	2	3	4	5	NS/NC
10. Si no participo en actividades parroquiales o relacionadas con alguna entidad religiosa, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas						

11. Si no cumplo como ciudadano/a con las normas de la comunidad (pueblo, barrio, ciudad), tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas.									
12. Si no tengo relación con entidades sin ánimo de lucro (ONGs, asociaciones culturales), tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas									
13. Si no conozco la normativa legal sobre el alcohol y otras drogas y, su consumo, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas.									
14. Si es fácil conseguir drogas en mi entorno, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas.									
15. Ante una carga excesiva de trabajo en los estudios u otras actividades, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas.									
16. Si mi ocio y tiempo libre consiste en ir de fiesta con mis amigos/as e ir a locales como discotecas, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas.									
17. Si mi ocio y tiempo libre consiste en realizar salidas frecuentes a bares o zonas de copas, hasta horas avanzadas de la madrugada, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas.									
18. Si me llega publicidad sobre las drogas, a través de los diferentes medios, tengo más posibilidades de consumir alcohol y otras drogas.									
Muchas gracias por tu colaboración									

6.3. ANEXO 3. GUION DE ENTREVISTA



FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN

FBS: FACTORES RELACIONADOS CON LA BÚSQUEDA DE SENSACIONES.

FP: FACTORES PSICOLÓGICOS ASOCIADOS A AUTOCONTROL, DEPRESIÓN Y ANSIEDAD.

FTL: FACTORES REALCIONADOS CON LA DIFICULTAD PARA EL MANEJO DEL TIEMPO LIBRE.

FS: FACTORES SOCIALES.

FEE: FACTORES RELACIONADOS CON EL ESTILO EDUCATIVO.

FTC: FACTORES RELACIONADOS CON LA TOLERANCIA SOCIAL AL CONSUMO.

FA: FACTORES RELACIONADOS CON EL AUTOCONCEPTO.

FTF: FACTORES RELACIONADOS CON EL NIVEL DE TOLERANCIA PERSONAL A LA FRUSTRACIÓN.



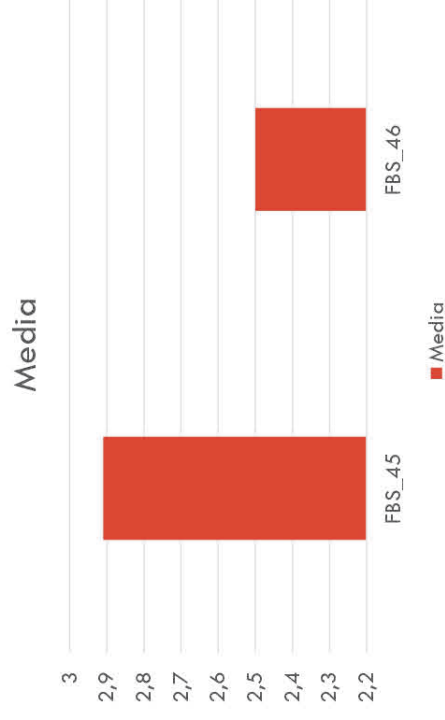
FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN

FBS: FACTORES RELACIONADOS CON LA BÚSQUEDA DE SENSACIONES

FBS_45 Si las drogas me parecen algo que es preciso probar al menos una vez, tengo más posibilidades de consumir

FBS_46 Si me gustan las sensaciones nuevas y excitantes, aunque causen un poco de miedo, tengo más posibilidades de consumir

Valoración del alumnado



¿Por qué crees que puede ser el factor más señalado por el alumnado?

FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN

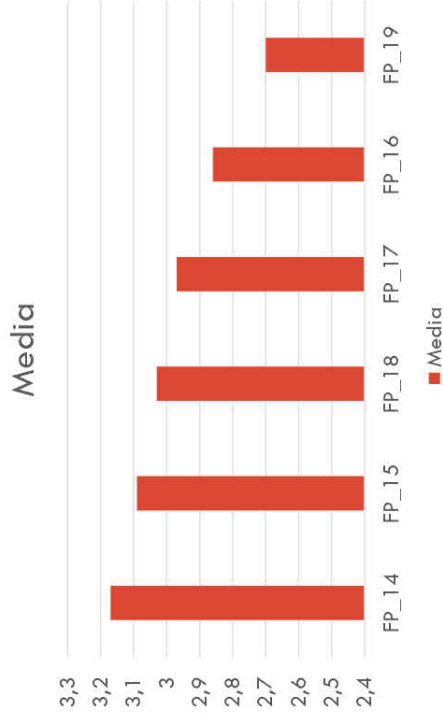
FP: FACTORES PSICOLÓGICOS

- FP_14 Si no tengo un buen control de mí mismo, tengo más posibilidades de consumir
- FP_15 Si no soy capaz de hacer frente a las desgracias, tengo más posibilidades de consumir
- FP_18 Si ocurren eventos tristes (muerte de un familiar, pérdida de empleo, etc.) tengo más posibilidades de consumir
- FP_17 Si estoy siempre triste, tengo más posibilidades de consumir
- FP_16 Si creo que no sirvo para nada, tengo más posibilidades de consumir
- FP_19 Si tengo ansiedad, tengo más posibilidades de consumir

Los factores psicológicos son los segundos más señalados. ¿Estás de acuerdo con este orden?
¿Qué modificarías, de ser el caso?

Los factores psicológicos se reorganizan del siguiente modo, los primeros relacionados con el autocontrol, seguidos de la depresión y los últimos con la ansiedad. ¿Estás de acuerdo?

Valoración del alumnado



FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN

FTL: FACTORES RELACIONADOS CON LA DIFICULTAD PARA EL MANEJO DEL TIEMPO LIBRE

FTL_39 Si mi ocio y tiempo libre consiste en ir de fiesta con mis amigos/as e ir a locales como discotecas, tengo más posibilidades de consumir

FTL_40 Si mi ocio y tiempo libre consiste en realizar salidas frecuentes a bares o zonas de copas, hasta horas avanzadas de la madrugada, tengo más posibilidades de consumir

FTL_38 Ante una carga excesiva de trabajo en los estudios u otras actividades, tengo más posibilidades de consumir

Valoración del alumnado

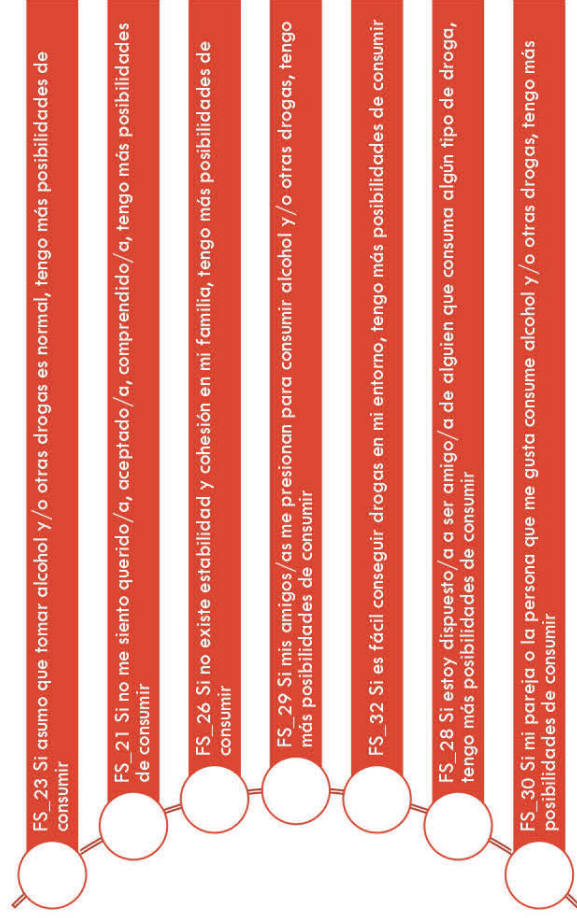


Los factores relacionados con la dificultad para el manejo del tiempo libre son los terceros más señalados. ¿A qué crees que es debido?

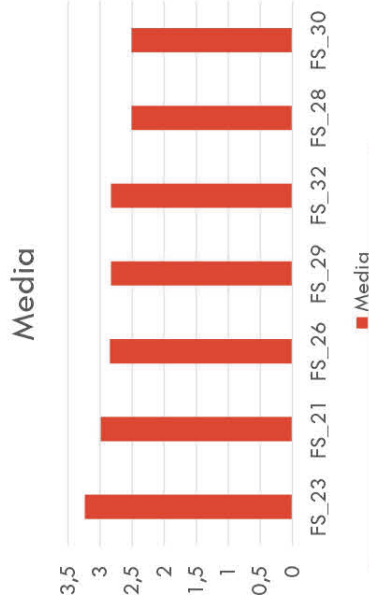
El orden que señalan es: en primer lugar, los ítems relacionados con la manera de disfrutar el tiempo libre (casi con el mismo valor) y en segundo lugar con el tiempo del que disponen para ese tiempo libre. ¿A qué crees que se puede deber?

FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN

FS: FACTORES SOCIALES (1)



Valoración del alumnado

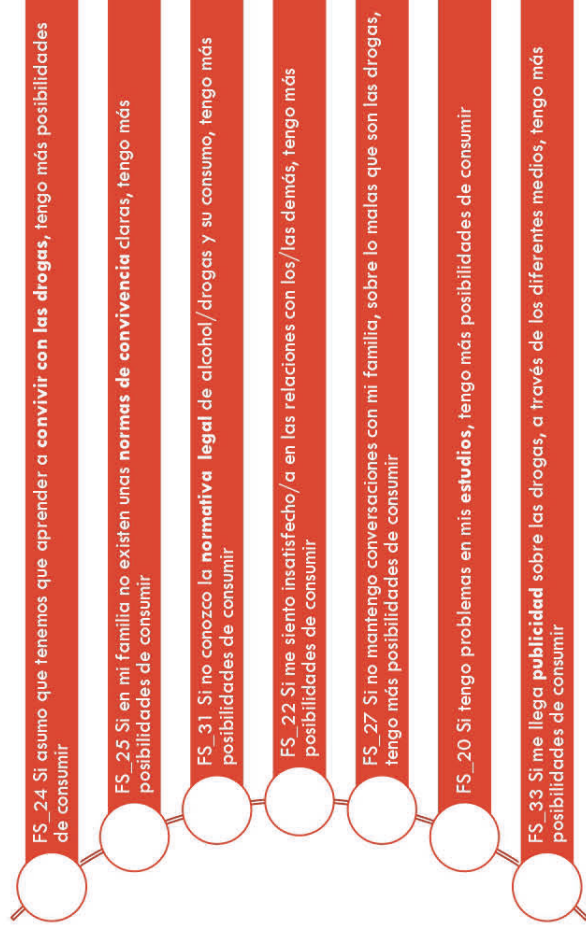


Los factores sociales son los cuartos más señalados. ¿A qué crees que es debido?

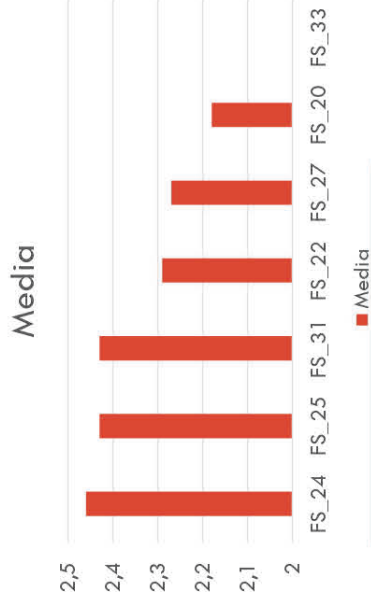
Los valores en este caso están por encima de 2,5. Todos ellos se refieren a acciones derivadas de terceros (amigos, entorno, pareja, familia...). ¿Tu valoración sería similar a la que proporciona el alumnado? ¿Por qué? ¿Qué cambiarías?

FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN

FS: FACTORES SOCIALES (2)



Valoración del alumnado



Los valores en este caso están por debajo de 2,5. Se refieren a aspectos relacionados con las normas, la convivencia con las drogas, la publicidad, los estudios, ... ¿Tu valoración sería similar a la que proporciona el alumnado? ¿Por qué? ¿Qué cambiarías?

FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN

FEE: FACTORES RELACIONADOS CON EL ESTILO EDUCATIVO

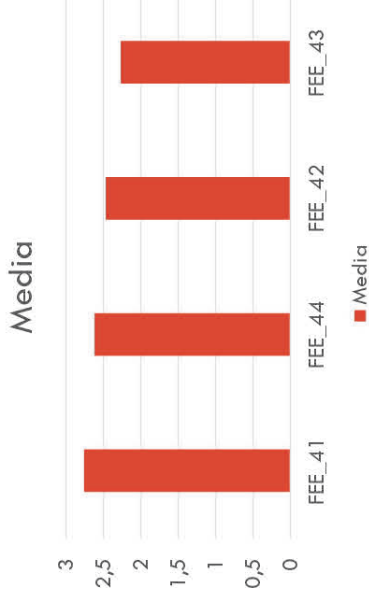
FEE_41 Si asumo que los posibles beneficios que pueden tener el alcohol y/o otras drogas compensan sus posibles riesgos, tengo más posibilidades de consumir

FEE_44 Si mi familia no valora mis éxitos, tengo más posibilidades de consumir

FEE_42 La falta de perspectivas personales y sociales, me lleva a tener más posibilidades de consumir

FEE_43 Si en mi familia toman decisiones por mí, tengo más posibilidades de consumir

Valoración del alumnado



Los factores relacionados con el estilo educativo son los quintos más señalados. ¿A qué crees que es debido? ¿Estás de acuerdo?

FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN

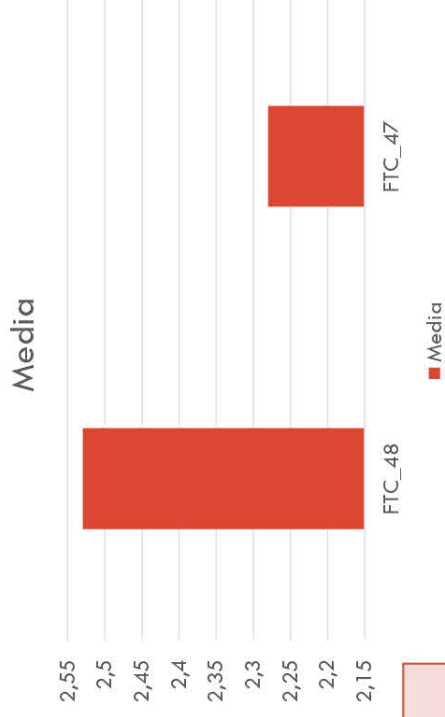
FTC: FACTORES RELACIONADOS CON LA TOLERANCIA SOCIAL HACIA EL CONSUMO

FTC_48 Si asumo que la mayoría de las personas del lugar donde vivo consumen alcohol y/o drogas con cierta frecuencia, tengo más posibilidades de consumir

FTC_47 Si asumo que la mayoría de las personas de este colegio/instituto consumen alcohol y/o drogas con cierta frecuencia, tengo más posibilidades de consumir

Los factores relacionados con la tolerancia social hacia el consumo son los sextos más señalados. Se aprecia bastante diferencia en la valoración que realizan sobre su lugar de residencia en comparación con el colegio ¿A qué crees que es debido? ¿Cambiarías el orden?

Valoración del alumnado



FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN

FA: FACTORES RELACIONADOS CON EL AUTOCONCEPTO

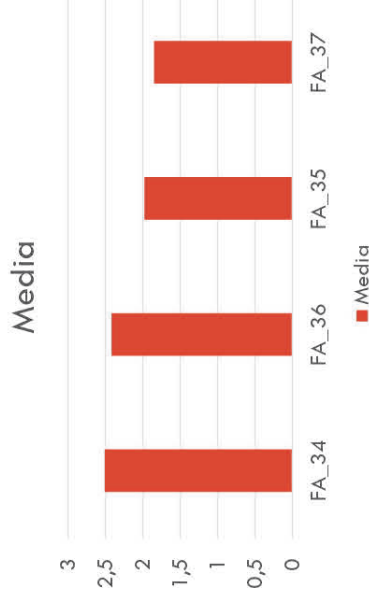
FA_34 Si no tengo una actitud positiva hacia mí mismo, tengo más posibilidades de consumir

FA_36 Si no tengo expectativas positivas sobre mí o acerca de mi futuro, tengo más posibilidades de consumir

FA_35 Si notrato de ser mejor cada día, tengo más posibilidades de consumir

FA_37 Si mantengo una actitud positiva, tengo más posibilidades de consumir

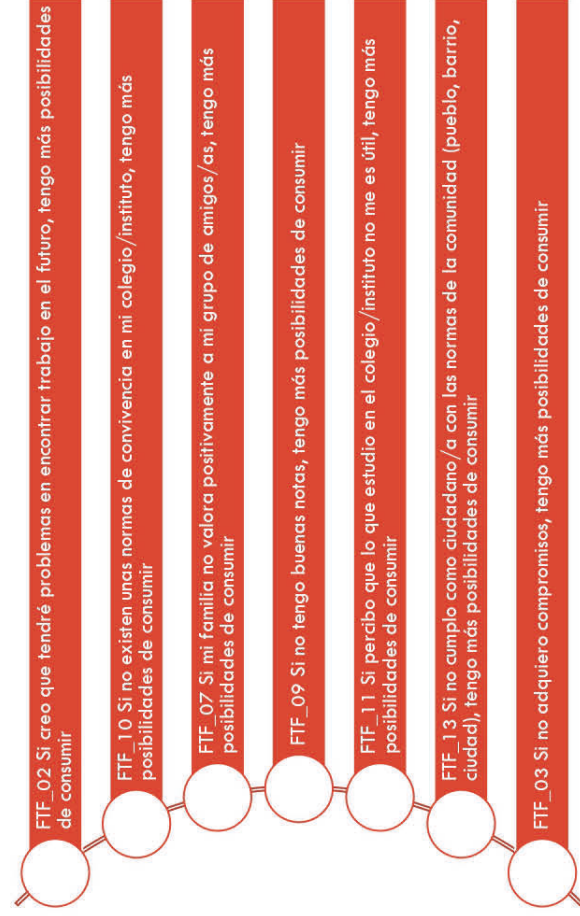
Valoración del alumnado



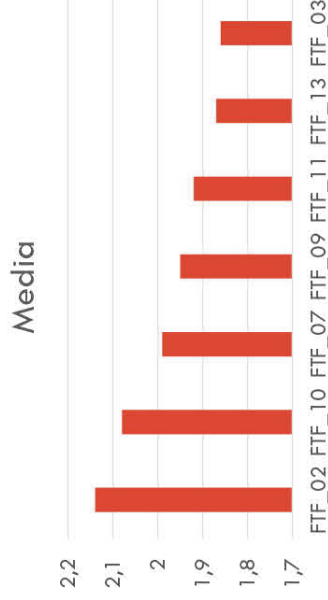
Los factores relacionados con el autoconcepto son los séptimos más señalados. ¿A qué crees que es debido? ¿Cambiarías el orden?

FACTORES DE RIESGO DE PROTECCIÓN

FTF: FACTORES RELACIONADOS CON EL NIVEL DE TOLERANCIA PERSONAL A LA FRUSTRACIÓN (1)



Valoración del alumnado

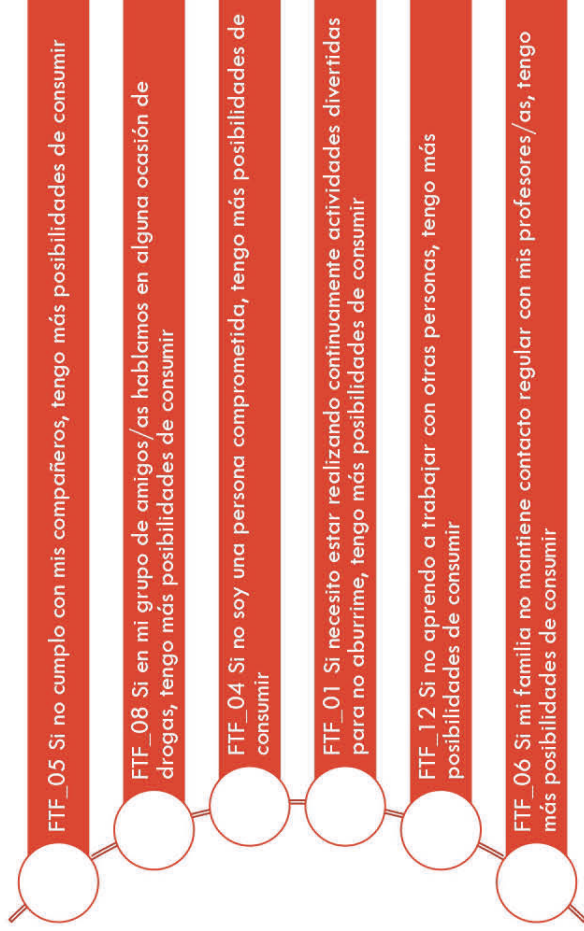


Los factores relacionados con el nivel de tolerancia personal a la frustración son los menos señalados. ¿A qué crees que es debido? ¿Coincides con la valoración del alumnado?

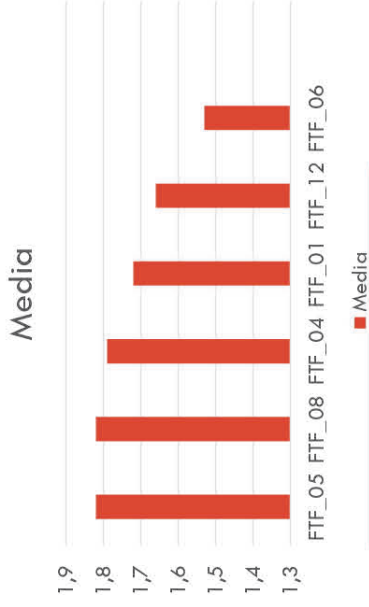
Los valores en este caso están por encima de 1,85. ¿Tu valoración sería similar a la que proporciona el alumnado? ¿Por qué? ¿Qué cambiarías?

FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN

FTF: FACTORES RELACIONADOS CON EL NIVEL DE TOLERANCIA PERSONAL A LA FRUSTRACIÓN (2)



Valoración del alumnado

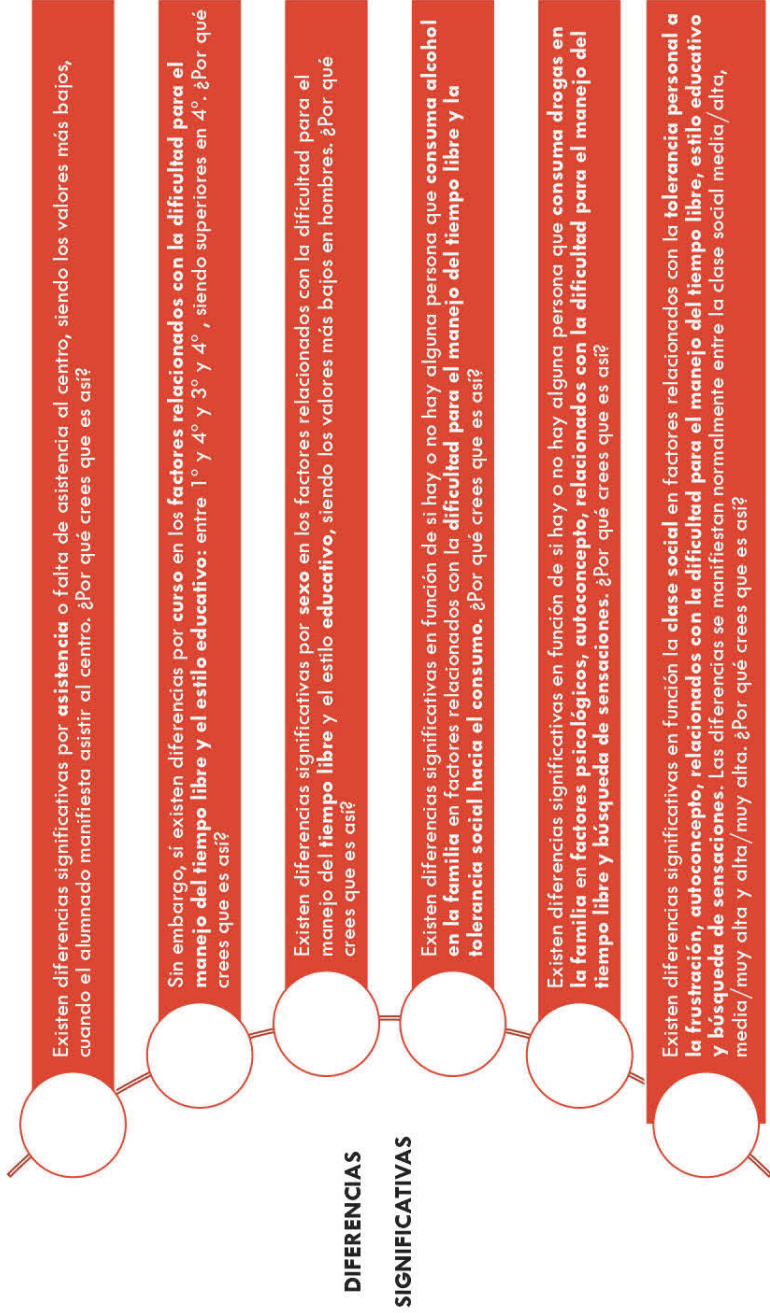


Los factores en este caso están por debajo de 1,85. ¿Tu valoración sería similar a la que proporciona el alumnado? ¿Por qué? ¿Qué cambiarías?

FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN



FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN



6.4. ANEXO 4. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

Introducción:

La adolescencia es quizá la etapa más crítica a la hora de la formación de las personas, debido a que es un período de transición en el desarrollo de las conductas, de los afectos, la autonomía y de la identidad. No solo se trata de un desarrollo a nivel psicológico, sino que también a nivel físico, social, emocional, académico...

Es durante esta etapa cuando los/las adolescentes llevan a cabo conductas de riesgo, a las que no les dan la importancia que realmente tienen y que los pueden llevar al inicio del consumo de alcohol y otras drogas. Es una etapa decisiva en cuanto a la consolidación del estilo de vida y, dependiendo de las decisiones que se vayan tomando, pueden determinar el adentrarse en el inicio de un gran túnel como es el mundo de las drogas. De forma que, si durante este período se tontea, se “juega” hacia estilos de vida favorables hacia el consumo de sustancias, claro está que aumentarán las probabilidades de consumo y de hábitos nocivos de cara hacia la vida adulta.

El contexto cultural en el que se desarrolla esta adolescencia va a tener una influencia directa y decisiva en cómo se llevarán a cabo los retos en el desarrollo, así como los apoyos que se ponen a disposición de cada adolescente para poderles hacer frente, siendo también de gran importancia las propias vivencias personales.

Como paso previo a esta propuesta de intervención se ha realizado una investigación con el fin de describir la situación actual de los factores de riesgo y protección ante sustancias psicoactivas en adolescentes de la localidad de A Coruña, valiéndonos, para ello de preguntas a una muestra de adolescentes de la etapa de Educación Secundaria Obligatoria (12-16 años). La muestra productora de datos ha sido de 406 alumnos/as. Los resultados reflejan que, para este grupo de alumnado, los factores de riesgo y de protección, en orden de prioridad, son los que se mencionan continuación:

1. Factores relacionados con la búsqueda de sensaciones.
2. Factores psicológicos asociados a autocontrol, depresión y ansiedad.
3. Factores relacionados con la dificultad para el manejo del tiempo libre.
4. Factores sociales.
5. Factores relacionados con el estilo educativo.
6. Factores relacionados con la tolerancia social al consumo.
7. Factores relacionados con el autoconcepto.
8. Factores relacionados con el nivel de tolerancia personal a la frustración.

Objetivo:

El objetivo principal de esta propuesta es prevenir el inicio del consumo, con el fin de dotar al alumnado de las habilidades necesarias para el manejo de las situaciones en las que corra un riesgo ante el consumo de alcohol y/o otras drogas.

Objetivos secundarios:

- Fomentar un pensamiento reflexivo y crítico en los/las adolescentes a la hora de tomar sus decisiones.
- Fomentar y desarrollar habilidades sociales y personales.
- Difundir estilos de vida saludables y de ocio alternativos.
- Reducir y minimizar los daños asociados al consumo de alcohol y/u otras drogas.
- Concienciar al profesorado de la importancia de un trabajo conjunto y de la prevención y fomento de habilidades sociales y personales.

Entre los resultados de los cuestionarios aplicados al alumnado, el primer factor de riesgo hacia el consumo de alcohol y/u otras drogas es la búsqueda de sensaciones, seguido de los factores psicológicos relacionados con la depresión, autocontrol y la ansiedad. Resulta de vital importancia en estas edades el que sean conscientes cuando llega ese punto de necesidad de pedir ayuda, ante situaciones estresantes y que ya no están bajo su control.

Actividades:

Actividad 1:

Para comenzar a trabajar con el alumnado, como primera toma de contacto y para saber en qué punto están acerca de su conocimiento de las drogas y qué percepción poseen acerca de su consumo y sus riesgos, como primera actividad, se visionará un vídeo de Tom y Jerry (https://fb.watch/o7i2J7JZ3_/), con el fin de poder recoger la mayor información posible acerca de estas cuestiones, sus creencias y hábitos de ocio y tiempo libre.

Actividad 2:

En función de la información recogida, se prepararán talleres: “Ante la duda, es no” (de una duración de 40 minutos aproximadamente) en los cuales se trabajará la toma de decisiones a través de role playing en pequeños grupos. Se les plantearán diversos supuestos prácticos, los cuales trabajarán previamente en pequeño grupo, siendo la segunda parte del taller para la exposición de éstos y la puesta en común. Se pretende que puedan exponer y poner forma, a posibles situaciones, vivencias que les pueden estar sucediendo a ellos/as en su día a día y que, en ocasiones, les cuesta tanto verbalizar y/o contar y a través de role playing, puedan poner en escena y dar voz a esos sentimientos encontrados que cada día rondan en sus vidas.

Actividad 3:

Con la información recogida, se plantea una tercera actividad que consiste en que realicen un tríptico en el que queden recogidos los puntos fundamentales y premisas que han salido en sus talleres acerca de lo que es para ellos/as esa búsqueda de sensaciones, formas alternativas saludables con las que se puedan “llenar” esa búsqueda de sensaciones y manejar esa sensación de ansiedad, junto con la importancia de poner límites de forma asertiva y empática. Mediante experiencias propias, se plantea que a través de palabras y/o dibujos, puedan ponerle forma a esos sentimientos y formas de pensar que les rondan continuamente en sus

cabezas, que en ocasiones les condicionan su día a día y así, poder darle una forma física, que pueda servir de ayuda en momentos de posibles crisis o anticiparse a situaciones conflictivas.

Actividad 4:

Teniendo en cuenta los datos obtenidos de los primeros talleres, se realizará el visionado de una película, de entre dos propuestas.

Se trata de “películas terapéuticas”, es decir en las que no se hace apología de la droga y en las que no hay un consumo en el que haga ver los posibles efectos “beneficiosos” del consumo de drogas y/o alcohol. Se basan en la vida de personas adictas, muestran el gran sufrimiento que les acarrea el ser enfermos, y las distintas salidas que tienen las personas que caen en esta gran enfermedad como es la adicción. Están seleccionadas teniendo en cuenta la edad recomendada y que a través de ellas se pueden trabajar los diferentes factores mencionados en el presente estudio.

A continuación, se resume lo que aborda cada una de ellas:

- “Yo, Cristina F.” (Dir. Uli Edel, 1981) Es una historia basada en hechos reales, en la novela titulada “Los niños de la estación del Zoo”, en la que narran la historia del personaje principal. Se ubica en la Alemania de los años 80, una niña de 13 años, hija de madre soltera, que vive con su hermana y el gato en unas viviendas sociales del Berlín Occidental de finales de los setenta. Cristina, aburrida de la rutina diaria, con ganas de buscar nuevas sensaciones y nuevas miras, con las curiosidades típicas de una adolescente y deseosa de experimentar mayores emociones, lo que más desea es poder ir a la discoteca de moda, la Sound. Se hace pasar por ser más mayor, para ello se maquilla y viste para poder “colarse”. Para ello, pide ayuda a la chica popular de la escuela, a Kessi, y allá van las dos. Una vez allí, conoce a un chico del que se enamora y es así, como se inicia en el mundo de las drogas. Entra así en una espiral en la que ve mermada su capacidad de decidir, su libertad y de la que le cuesta sobrevivir día a día. Apasionada de David Bowie, entra en un círculo que le lleva hasta la prostitución para poder pagarse sus consumos. Es una película no recomendada para menores de 16 años, por lo que está indicada para 3º y 4º de la ESO.
- “Cuando un hombre ama a una mujer” (Dir. Luis Mandoki, 1994) es una película que es protagonizada por un matrimonio que se le ve plenamente satisfactorio y que gozan de una buena y acomodada posición. Tienen sus trabajos, dos hijas y se les ve un matrimonio feliz. Lo que no se sabe es de la adicción al alcohol que Alice lleva manteniendo en secreto durante años. Sus miedos, inseguridades... y el avance de la enfermedad, hace que salga a la luz, no siendo capaz de afrontar ningún compromiso social ni ningún tipo de responsabilidad sin un trago encima. Esto lleva, poco a poco, hacia el “infierno” las vidas de un matrimonio ejemplar. Apoyándose el uno en el otro, tratan de luchar juntos en cómo buscar esa luz al final del túnel que los está llevando por el camino de la desolación y desesperación. A través de situaciones completamente reales, de lucha diaria, tratan de ver hasta qué punto son capaces de luchar por su matrimonio y su familia. Es una película no recomendada para menores de 13 años, por lo que es apta para los primeros cursos de la ESO, en la cual se pueden

trabajar los valores, las actitudes y habilidades sociales frente a las drogas, así como los estereotipos del consumo.

Para su elección se contará con la opinión del profesorado tutor, ya que es importante saber las características del grupo y poner la película más acertada, dependiendo en la etapa de vida y contacto con el consumo, en la que en estos momentos se encuentren.

Actividad 5:

Después del visionado, cada uno de los/las alumnos/as deberá responder a una serie de preguntas de forma individual en las cuales se da identidad a cada uno de los factores de riesgo y protección recogidos en los resultados del estudio previo. En cuanto a la actividad individual son las siguientes preguntas las que servirán de guía para trabajar dichos factores:

“Yo Cristina F.”:

- ¿Cómo es la vida inicial de Cristina? Describe la zona donde vive.
- ¿Por qué crees que le pide ayuda a Kessi para llevar a cabo su plan?
- ¿En qué situación se produce el primer contacto con la droga? ¿Qué sensación le provoca?
- ¿Qué es lo máximo que llega a hacer por alcanzar esa máxima sensación? ¿Cómo se siente cuando se ve inmerso en esa situación?
- Cuando ruega por una dosis ¿qué escena es para ti la más desesperada?
- Cuando se ve rodeado del grupo de Detlef ¿cómo se siente? ¿Siente soledad rodeado de gente? Justifica tu respuesta.
- ¿Qué ocurre cuando Detlef continúa centrado en sí y Cristina se da cuenta de ello?

“Cuando un hombre ama a una mujer”:

- ¿Cómo nos presentan a Alice? ¿Qué nos quiere dar a entender?
- ¿En qué escena lleva una botella en la mano nada más salir de casa? ¿Qué crees que puede significar?
- ¿Cómo acaba la celebración del aniversario?
- ¿Cómo se siente ante las ausencias del marido?
- ¿Qué es lo primero que hace a la vuelta del viaje con el marido?
- ¿Cuándo crees que da el paso y admite su problema? Relata la escena.
- ¿Cómo se muestra ella en su trabajo? ¿Es realmente, así como se da a mostrar?

Como se recoge en la siguiente tabla de doble entrada, pueden identificarse cuáles son los factores de riesgo y protección que se están trabajando en cada una de las películas:

	“Yo F.”	Cristina	“Cuando un hombre ama a una mujer”
Factores relacionados con la búsqueda de sensaciones.	4		2
Factores psicológicos asociados a autocontrol, depresión y ansiedad.	5		4
Factores relacionados con la dificultad para el manejo del tiempo libre.	5		5
Factores sociales.	2		7
Factores relacionados con el estilo educativo.	1		7
Factores relacionados con la tolerancia social al consumo.	3		2
Factores relacionados con el autoconcepto.	6		1
Factores relacionados con el nivel de tolerancia personal a la frustración.	7		3

Actividad 6:

Tras su visionado se realizará una puesta en común con el alumnado, en donde pueda hablar libremente de los sentimientos y sensaciones que han producido en ellos/as. Se busca con ello el poder prevenir ciertas situaciones y hacerles ver que lo que en un principio es una búsqueda de sensaciones, que si lo que tengo alrededor “no me llega” y me dejo llevar, sin poner límites y llego a sobrepasar esa línea, la cual es muy fina y apenas se percibe, pueda llegar a ser un auténtico infierno.

Evaluación:

Para la evaluación de este programa, se tendrán en cuenta los siguientes aspectos:

- El nivel de conocimiento que poseen acerca de las drogas y sus consecuencias ante los riesgos de su consumo.
- Las expectativas que tienen sobre los efectos de las drogas.
- Las actitudes ante el consumo de alcohol y/u otras drogas.
- Los hábitos de consumo que poseen y los niveles de experimentación con las drogas.
- El nivel de peligrosidad que poseen acerca del consumo de drogas.
- Qué hábitos de ocupación y ocio poseen.