

PREVALENCIAS Y FACTORES PERSONALES PROTECTORES Y DE RIESGO EN ADICCIÓN A SUSTANCIAS EN ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD DE JAÉN

José Antonio Muela Martínez

Lourdes Espinosa Fernández

Beatriz López Luengo

M^a Dolores de los Riscos Casasola

Álvaro Rodríguez Muñoz



**Memoria de la investigación realizada al amparo del
CONVENIO DE COLABORACIÓN ENTRE LA CONSEJERÍA
PARA LA IGUALDAD Y BIENESTAR SOCIAL DE LA JUNTA DE
ANDALUCÍA Y LA UNIVERSIDAD DE JAÉN EN MATERIA DE
DROGODEPENDENCIAS Y ADICCIONES**

Jaén, septiembre de 2008

INTRODUCCIÓN

El consumo de drogas entre los jóvenes ha aparecido en las últimas encuestas de opinión pública como una de las mayores preocupaciones sociales. Del mismo modo, es un hecho cada vez más constatado el aumento de alteraciones psicológicas entre la población juvenil drogodependiente (patologías duales). Determinar la relación existente entre el consumo de drogas y la presencia de psicopatología, así como identificar sus factores de riesgo y de protección son aspectos fundamentales tanto para proporcionar el tratamiento más adecuado como para diseñar campañas de prevención que son tan importantes en la actualidad. Según la Organización Mundial de la Salud, en la prevención del consumo de drogas, además de las medidas tendentes a la limitación de la disponibilidad de las diferentes sustancias, es fundamental enfatizar las medidas destinadas a reducir la demanda, a través de aumentar la resistencia y el autocontrol individual ante las drogas, aspecto este último muy relacionado con la situación emocional y psicológica del individuo.

Según el informe del año 2007 del Plan Nacional sobre Drogas, los datos de las últimas encuestas realizadas tanto a población general (Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España, EDADES, 2005), como a población de alumnos de secundaria (Encuesta Estatal sobre el Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias, ESTUDES, 2006) muestran que las sustancias psicoactivas de consumo más extendido entre la población española son el alcohol, el tabaco, el cánnabis y la cocaína. Siendo frecuente la existencia de un policonsumo de sustancias, así como un consumo recreativo ligado al ocio y a la diversión.

Los datos del informe indican que a pesar de que, en términos absolutos el consumo de determinadas drogas sigue siendo alto, se está observando un descenso, en términos relativos, en el consumo de algunas sustancias. Así por ejemplo, en cuanto al *tabaco*, se ha producido un descenso en el consumo del mismo, aunque la proporción de fumadores sigue siendo alta. De hecho, los datos indican que aproximadamente un tercio de los adultos españoles son fumadores. En concreto, en 2005, un 32,8% de los españoles de 15-64 años eran fumadores diarios (37,0 de los hombres y 28,6% de las mujeres) (EDADES; 2005), así como un 14,8% de los estudiantes de 14 a 18 años (EDADES; 2006). Por lo que respecta al consumo de *bebidas alcohólicas*, según la EDADES, en 2005 un 64% de la población de 15-64 años había bebido alguna vez en

los últimos 30 días, concentrándose el consumo en el fin de semana (viernes, sábado y domingo), especialmente en el caso de jóvenes de 15-34 años. La proporción de personas que bebían diariamente era bastante reducida, siendo más elevada entre los hombres, especialmente entre los 35-64 años. Sin embargo, eran bastante frecuentes los episodios de intoxicación etílica aguda (borrachera), especialmente entre los jóvenes. Por lo que respecta a la *cocaína*, en los últimos años ha aumentado mucho tanto el consumo como los problemas asociados. Los datos indican que la prevalencia anual de consumo entre la población de 15-64 años pasó de 1,8% en 1995 a 2,7% en 2003 y 3% en 2005; la prevalencia anual entre los estudiantes de enseñanzas secundarias de 14-18 años de 1,8% en 1994 a 2,7% en 1996, 6,2% en 2002 y 7,2% en 2004. Por otra parte, la disponibilidad percibida de esta droga, también mostró un aumento sostenido tanto entre la población de 15-64 años, como entre los estudiantes de 14-18 años. Sin embargo, también los datos de las últimas encuestas, parecen indicar que se puede estar produciendo algún cambio o movimiento, así por ejemplo, entre los estudiantes de 14-18 años se han observado descensos tanto de la prevalencia anual de consumo (se ha pasado de 7,2% en 2004 a 4,1% en 2006), como en la disponibilidad percibida de esta droga. En cuanto al *cánnabis*, se puede decir que en España, su consumo está muy extendido, incluso el consumo diario, cuya prevalencia en la población de 15-64 años alcanzaba en 2005 un 2%. Al igual que ha sucedido con la cocaína, el consumo y los problemas por cánnabis aumentaron de forma considerable entre 1994 y 2004-2005. Sin embargo, los últimos datos disponibles parecen indicar que a partir de 2004-2005 puede haberse producido un cambio de tendencia en la evolución del consumo y los problemas por cánnabis. De hecho, la prevalencia anual de consumo de esta droga en la población de 15-64 años ha pasado de 11,3% en 2003 a 11,2% en 2005 y la prevalencia anual entre los estudiantes de 14-18 años de 36,6% en 2004 a 29,8% en 2006. En relación al consumo de *tranquilizantes sin receta médica*, la prevalencia de consumo entre la población de 15-64 años en 2005 era de 1,2% y entre los estudiantes de 14-18 años en 2006 era de 4,85, siendo en ambos casos más alta en las mujeres. Por otra parte, también es importante señalar que una elevada proporción de consumidores de heroína o cocaína, consumen también tranquilizantes, lo que suele contribuir a aumentar sus problemas. Por lo que respecta a los *estimulantes tipo anfetamina o éxtasis*, en España la prevalencia de consumo de estos estimulantes es menor que la de cocaína. Los datos indican que la mayor parte de los consumidores toman las anfetaminas o el éxtasis de forma bastante esporádica.

Otros datos de interés, que aparecen en ese informe del 2007 del Plan Nacional sobre Drogas, hacen referencia a cuestiones como las diferencias sexuales en el consumo de drogas, la percepción del riesgo ante el consumo, así como la disponibilidad percibida. En cuanto a las diferencias sexuales, el informe indica que en general, la prevalencia del consumo de drogas es mayor en hombres que en mujeres, excepto para los tranquilizantes donde el consumo de mujeres supera al de hombres. Aunque también es preciso señalar que esas diferencias se ven afectadas tanto por la edad de los consumidores, como por el tipo de droga considerada. De manera más concreta, los datos indican que, por ejemplo, en cuanto al tabaco y al alcohol y a pesar de que las diferencias se han reducido en los últimos años, las prevalencias continúan siendo más altas en los varones al considerar la edad comprendida entre 15-64 años, sin embargo, en los jóvenes de 15-34 años, las diferencias relativas se reducen mucho, llegando a ser claramente más alta la prevalencia de consumo de tabaco diario de las mujeres que la de los hombres (16,9% frente a 12,5% en 2006) en los estudiantes de enseñanzas secundarias de 14-18 años. Así mismo, en cuanto al consumo de cánnabis y cocaína, mientras que en la población de 15-64 años, la prevalencia mensual de consumo de cánnabis fue de 12,5% en hombres y 4,7% en mujeres y la de cocaína de 2,5% en hombres y 0,7% en mujeres, entre los estudiantes de 14-18 años las prevalencias de consumo son muy parecidas en 2006.

Por otra parte, en cuanto a la percepción de riesgo ante el consumo de drogas, el informe indica que en 2005 las conductas consideradas más peligrosas por la población de 15-64 años eran el consumo habitual de heroína, alucinógenos, cocaína y éxtasis, y las menos peligrosas el consumo de cinco o seis cañas o copas en fin de semana y el consumo esporádico de tranquilizantes o cánnabis. También se percibía un riesgo bastante bajo ante el consumo habitual de cánnabis o tranquilizantes, así como ante el consumo diario de un paquete de cigarrillos o de 5 ó 6 cañas/copas de bebidas alcohólicas. Entre 1997 y 2005 aumentó bastante el riesgo percibido ante el consumo de un paquete de tabaco diario, y algo el riesgo percibido ante el consumo esporádico o experimental de éxtasis o cocaína. Sin embargo, disminuyó el riesgo percibido ante el consumo esporádico o habitual de cánnabis, y ante el consumo diario o semanal de bebidas alcohólicas (tendencia que parece haberse invertido a partir del 2003).

No cabe duda de que este tipo de estudios centrados en la epidemiología en el consumo de drogas en distintas poblaciones constituye un primer paso para que los

programas de prevención e intervención a diseñar y a realizar se puedan ajustar mejor a la realidad de un contexto concreto (Funes, 1996). La población universitaria constituye uno de esos ambientes en los que también se hace necesario ese conocimiento. Y aunque hay que señalar que aún son pocos los estudios llevados a cabo en esta población, últimamente se está haciendo un esfuerzo desde algunas administraciones públicas para fomentar y apoyar la investigación en dicho contexto. Precisamente, la presente investigación está subvencionada por la Junta de Andalucía (Consjería de Igualdad y Bienestar Social) dentro del Plan Andaluz sobre Drogas y en el marco de un convenio suscrito con la Universidad de Jaén en el que además de la investigación se recogen otro tipo de actuaciones.

Sin embargo, teniendo en cuenta que el consumo de sustancias legales e ilegales es un fenómeno complejo donde intervienen múltiples factores, además del estudio de la epidemiología, se hace necesario investigar con detalle esa variedad de factores que están implicados en dicho consumo, o dicho de otro modo, que intervienen, incrementando o reduciendo la probabilidad de aparición de conductas de consumo. Siguiendo a algunos autores, los factores de riesgo pueden definirse como *"un atributo y/o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que incrementa la probabilidad del uso y/o abuso de drogas (inicio o una transición en el nivel de implicación con las mismas y mantenimiento)"* (Clayton, 1992). Muñoz Rivas (1998) enumera un extenso listado de factores de riesgo que integra a su vez los propuestos anteriormente por Hawkins, Catalano y Miller (1992) y Moncada (1997). La agrupación propuesta por este autor ordena los factores de riesgo en tres grandes categorías: los factores de riesgo ambientales y/o contextuales, los individuales, en los que se incluyen los genéticos y biológicos, los evolutivos y los factores de riesgo psicológicos y en la tercera categoría denominada socialización se recogen factores de riesgo relacionados con la familia, los iguales, la escuela y la comunidad. Sin embargo, la enumeración simple de los factores de riesgo no parece suficiente para aprehender un fenómeno social tan dinámico. De hecho, Graña y Muñoz Rivas (2000) encuentran que algunos factores de riesgo ayudarían a explicar el consumo de drogas legales mientras otros lo harían para el consumo de drogas ilegales. En este sentido, Martínez, Trujillo y Robles (2006) señalan como especialmente relevantes la edad, la disponibilidad de dinero y la inclusión en grupos de amigos consumidores para explicar el consumo de cánnabis. Otros autores (Scheier, Newcomb y Skger, 1994) conceden menos importancia al factor de riesgo concreto y aislado para concedérsela a la vulnerabilidad,

entendida como suma total de los factores de riesgo. Por otra parte, además de los factores de riesgo, hay que hacer referencia a otro tipo de factores, denominados factores de protección, siendo definidos por algunos autores como aquellas variables que contribuyen a modular, prevenir o limitar (reducir) el uso de drogas (Newcomb y Feliz-Ortiz, 1992). Estas, a su vez, se han clasificado en dos categorías: factores de protección ambientales y factores de protección individuales.

Para explicar la interacción entre factores de riesgo y factores de protección se han generado dos modelos: “el mecanismo riesgo-protección” y “el mecanismo protección-protección” (Brook, Nomura y Cohen, 1989). El primer paradigma alude a la modulación de los factores de riesgo por los factores de protección, asumiendo que las personas están expuestas tanto a unos como a otros. El mecanismo “protección-protección” hipotetiza que los factores de protección se potencian entre sí de manera que la protección alcanzada en conjunto es mayor que la alcanzada por la suma de los factores de protección (Piko y Fitzpatrick, 2004). Complementariamente hay que señalar que ya Newcomb y Félix-Ortiz (1992) indicaron que la protección debe entenderse como un índice de factor múltiple. En este sentido la protección estaría dada por la conjunción de varios factores de protección.

Por otra parte, al igual que para los factores de riesgo, se ha encontrado diferencias en la capacidad explicativa de los factores de protección en función de la edad, el sexo, las drogas estudiadas, las poblaciones específicas y el tipo de entorno (rural, urbano) y disponibilidad de drogas. (Calafat, 1993; Navarro, 2001; Martínez, Trujillo y Robles, 2003). Redundando en este hallazgo, distintas investigaciones, entre la que destaca la de Vargas (2003), apuntan al peso diferencial de las variables de protección en función del tipo de sustancia consumida. Este investigador encontró que entre universitarios las variables protectoras frente al consumo de cannabis fueron: apego, tener miedo a las drogas, existencia de contacto entre padres y profesores en la edad escolar, estilo directivo de los padres en la educación de sus hijos, asistencia a actividades parroquiales, valoración de la salud, buen rendimiento escolar, valor de autosuperación, cumplimiento de leyes y normas de la comunidad, cumplimiento de compromisos personales, existencia de normas claras en la escuela, haber recibido una buena formación escolar y motivación hacia la acción.

Para el consumo de alcohol y tabaco, Muñoz Rivas, Graña y Cruzado (2000) identificaron los siguientes factores de protección: altas puntuaciones en excitación y autoconcepto positivo, existencia de fuerte vínculo afectivo entre padres e hijos, buena

comunicación familiar, actitud no permisiva de los padres frente al consumo de drogas, anticipar reacción negativa de los padres en caso de consumo por parte de sus hijos, disfrutar de un ocio alternativo a los bares, obtener buenas calificaciones y valoración positiva del centro de enseñanza.

Moncada (1997) presenta una serie de aspectos a modo de conclusiones sobre los factores de riesgo y protección:

- Existen factores que se asocian al consumo y factores que se asocian a la abstinencia.
- Estos factores pueden formar parte del entorno o del ambiente en el que se encuentra la persona así como la de la propia persona.
- A mayor concentración de factores mayor será el riesgo y la protección.
- Existen diferentes factores de riesgo para las distintas drogas.
- Los factores de riesgo para el inicio de consumo de drogas y aquellos que influyen en la drogodependencia tampoco son los mismos, aunque parece que existe una agudización de los factores a medida en que la persona consume más cantidad y en mayor número de ocasiones.
- Algunos factores de riesgo tienen una influencia constante a lo largo del ciclo vital, mientras que otros son más relevantes en determinadas edades.
- La validez externa de los factores es diferente.
- Algunos factores son más remotos, siendo causas más indirectas de la conducta.

Paralelamente al análisis exhaustivo de las variables asociadas al consumo de unas y otras drogas, se han estudiado las representaciones sociales de las drogas como elemento fundamental para entender este comportamiento. Moscovici (1986) acuña el concepto de representaciones que posteriormente ha sido definido por varios autores (Moscovici, Jodelet, Palmonari, 1989) como el conjunto sistemático de valores, nociones y creencias que permiten a los sujetos comunicarse y actuar para orientarse en el contexto social donde viven, racionalizar sus acciones, explicar eventos relevantes y defender su identidad. Las representaciones sociales de las drogas determinan las actitudes y la actitud representa una predisposición a la actuación (OEDT, 2003), toda vez que las prácticas concretas retroalimentan las representaciones sociales (Megías, Comas, Elzo, Navarro y Romani, 2001). Diversos estudios (Pons, Borjano y García, 1999; Mc Culler, Sussman, Dent y Teran, 2001; Calafat, 1998, 2003) establecen que las representaciones sociales acerca de las drogas tienen una influencia directa en el tipo de

conducta. Las expectativas acerca del consumo de drogas, determinadas por las creencias y cogniciones, se entienden como sinónimo de representación social y poseen capacidad predictiva respecto del consumo. Las actitudes de las personas respecto de las drogas se relacionan altamente con el uso de drogas (Mc Culler, Sussman, Dent y Teran, 2001). Pons, Berjano y García (1999) encuentran que el grupo de iguales ejerce una influencia decisiva en la génesis de actitudes permisivas y estas actitudes, a su vez, se configuran como el factor explicativo de más peso en el abuso de alcohol.

El análisis de las representaciones sociales, de las creencias y de las posiciones emocionales e intelectuales acerca de las drogas, posee una relevancia especial para comprender un fenómeno social en continua transformación. En este sentido, Megías et al (2001) hallan que la percepción del fenómeno de las drogas ha presentado cambios a lo largo de las tres últimas décadas en España. Así, el conocimiento de las representaciones sociales de los jóvenes en un contexto temporal y espacial concreto puede aportar una información valiosa no sólo para conocer y predecir conductas y patrones de consumo sino también para diseñar estrategias de intervención específicas para esa población y en ese contexto. Precisamente, para la recogida de este tipo de datos, se recomienda la utilización de los denominados “grupos focales”.

Morgan (1993) define un grupo focal como una reunión de un grupo de individuos seleccionados por los investigadores para discutir y elaborar, desde la propia experiencia personal, una temática o hecho social que es objeto de investigación. En el grupo focal de discusión se “focaliza” la atención en un tema específico de estudio por medio de la interacción discursiva y la contrastación de opiniones de los miembros. Así Krueger (1991) define esta técnica como una discusión cuidadosamente diseñada para obtener las percepciones sobre un área particular de interés. Lo que distingue el grupo focal del grupo de discusión es la necesidad de un guión de preguntas relacionadas con el objeto de la investigación. En la práctica el grupo focal resulta una reunión grupal donde se realiza una entrevista semi-estructurada y dirigida que busca las respuestas del grupo a unos tópicos. La investigación realizada en los grupos focales emplea una metodología cualitativa, donde los datos utilizados son las representaciones y los discursos obtenidos en las condiciones diseñadas para obtener unidades de sentido, constituye una forma más de acercarse al conocimiento de la realidad y así sumar conocimiento al abordaje cuantitativo de ésta, pues permite llegar a las representaciones sociales que existen en un contexto social determinado.

Por tanto, para seguir profundizando en este tipo de investigaciones relacionadas tanto con la epidemiología como con los factores de riesgo y protección se hace necesaria, no sólo debido a la importancia de la temática por las repercusiones sociales y personales que supone el consumo y abuso de sustancias, sino también por el carácter dinámico y cambiante del proceso que obliga a un continuo y sistemático seguimiento del mismo. Además, tal y como se ha comentado anteriormente, todo programa de prevención e intervención debería basarse, para su diseño e implementación, en toda la información disponible, para ajustarse lo máximo posible a la realidad y contexto de la problemática.

OBJETIVOS

Los objetivos de la presente investigación son:

1. Determinar la epidemiología del consumo de drogas entre los estudiantes de la Universidad de Jaén.
2. Identificar factores de riesgo y protección del consumo de drogas en estudiantes universitarios:
 - 2.1. Establecer las posibles diferencias entre los distintos tipos de consumidores y entre éstos y los no consumidores
 - 2.2. Determinar las posibles diferencias entre los consumidores actuales y los que no lo son en la actualidad, pero sí en algún momento del pasado.
 - 2.3. Estudiar las actitudes, opiniones y puntos de vista que sobre el consumo tienen tanto los consumidores como los no consumidores.

METODOLOGÍA

Participantes

La muestra del estudio se extrajo del total de alumnos matriculados en la Universidad de Jaén en el curso académico 2006/2007 (13902), mediante un muestreo

estratificado con afijación proporcional por sexo y centros (tres Facultades y cuatro Escuelas Universitarias). Aplicando la fórmula de Cochran (1974), para un porcentaje de confianza del 95%, un porcentaje de error del 5% y asumiendo una variabilidad positiva igual a la negativa ($p=q$), el total de la muestra del estudio recomendado sería de 374 alumnos. Sin embargo, además de la muestra seleccionada, hubo 10 alumnos más, pertenecientes a las Escuelas Universitarias (las que cuentan con menos alumnos), que también entregaron la batería de evaluación rellena, por lo que se decidió incluirlos en la muestra final del estudio que tuvo así, 384 sujetos en total (47% hombres, 53% mujeres, al igual que el total del alumnado de la Universidad de Jaén), con una edad media de 21,08 ($dt= 3,078$; rango de 17 a 45 años).

Para realizar los análisis relacionados con el segundo objetivo del estudio (2.1), y en función de su consumo durante el último mes, los participantes fueron divididos en seis grupos:

- G1: Abstemios: 67 sujetos (18,8%)
- G2: Cábnnabis solo: 31 sujetos (8,7%)
- G3: Policonsumo de cánnabis y otras sustancias: 14 sujetos (3,9%)
- G4: Abuso¹ de alcohol solo: 9 sujetos (2,5%)
- G5: Consumo moderado de alcohol y/o tabaco: 221 sujetos (61,9%)
- G6: Otras sustancias sin cánnabis ni alcohol abusivo: 15 sujetos (4,2%)

Las sustancias consumidas por el G3 son: cánnabis (100% de los sujetos), alcohol (86%), cocaína (36%), éxtasis (21%), alucinógenos (14%), crack (7%), hipnóticos (7%) e inhalables (7%). Por su parte, en el G6 apenas si hay policonsumo (sólo un sujeto consume tranquilizantes y analgésicos a la vez) y las sustancias consumidas por este grupo son: tranquilizantes (47%), analgésicos (33%), inhalables (13%), cocaína (7%) y anfetaminas (7%).

Hay que hacer notar que 27 sujetos de la muestra total no ofrecieron datos consistentes sobre su consumo, por lo que no fueron incluidos en ningún grupo (había quien declaraba no haber probado nunca el alcohol, pero seguidamente informaba de haber sufrido borracheras en el último mes; o quienes contestaban “muchos” a la pregunta “nº medio de cubatas diarios en fines de semana durante el último mes”; o quienes se declaraban bebedores, pero no especificaban la cantidad ni si lo eran

¹ Se ha seguido el criterio de la OMS sobre consumo de alto riesgo para declarar abusivo el consumo de alcohol: mayor o igual a 50 gr. de alcohol diario en mujeres y mayor o igual a 70 gr. de alcohol diario en hombres, tomando como medida estándar de consumo la bebida que contiene 10 gr de alcohol, que es la unidad básica europea (Turner, 1990)

actualmente, con lo que ninguno de ellos podía incluirse con seguridad ni en el grupo de consumo moderado de alcohol –G5-, ni tampoco en el de abuso de alcohol –G4-. También hubo quienes afirmaban haber probado alguna sustancia ilegal, pero luego dejaban en blanco las preguntas sobre la fecha del último consumo, con lo que no podían incluirse con seguridad ni en el de abstemios durante el último mes –G1-, ni en cualquier otro de consumidores actuales).

Para abordar el objetivo 2.2., la muestra se organizó de dos formas:

- a. Grupo de consumidores actuales de cualquier tipo de sustancia ilegal (60 sujetos) que se comparó con el grupo de exconsumidores en el último año (92 sujetos)
- b. Grupo de consumidores de cánnabis con una frecuencia superior a una vez por semana (45 sujetos) comparado con el grupo de exconsumidores de cánnabis durante el último año (74 sujetos)

Finalmente, para realizar el estudio cualitativo que se necesita para cubrir el último subobjetivo (el 2.3.), se formaron, de entre los sujetos que dieron su dirección de correo electrónico y/o su número de teléfono, tres muestras reducidas en función del consumo del último mes, para formar los tres grupos focales con los que se trabajó:

- Grupo Focal 1: constituido por personas no consumidoras de ninguna sustancia legal o ilegal (tres mujeres y un hombre).
- Grupo Focal 2: integrado por consumidores habituales de cánnabis (cinco hombres).
- Grupo Focal 3: formado por consumidores moderados de alcohol (dos mujeres y un hombre).

Instrumentos de evaluación

Para llevar a cabo el estudio se emplearon las siguientes pruebas:

- Encuesta sobre hábitos de consumo y otras variables sociodemográficas: Está basada en la encuesta utilizada en el estudio “Los andaluces ante las drogas” (EDIS, 2005) de la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social de la Junta de Andalucía. Dicha encuesta evaluaba variables sociodemográficas y de hábitos y actitudes ante el consumo. Además, se ha complementado añadiendo algunas cuestiones relacionadas con la interacción social, normas familiares, actitudes paternas ante el

consumo, empleo del tiempo libre, etc. La encuesta consta de 32 cuestiones, como puede verse en el Anexo I de este informe.

- Cuestionario de 90 Síntomas Revisado (SCL-90-R; Derogatis, 2002): Es una escala formada por 90 ítems, cada uno de los cuales describe una alteración psicopatológica o psicosomática concreta ocurrida en la semana previa a la evaluación, con un rango de respuesta que oscila entre 0 (ausencia total de molestias relacionadas con el síntoma) y 4 (molestia máxima). Está dividido en diez dimensiones: somatización, obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide, psicoticismo y síntomas misceláneos. Ofrece tres índices globales que reflejan el nivel de gravedad del sujeto (índice global de severidad, total de síntomas positivos e índice de distrés de síntomas positivos).
- Inventario de Personalidad NEO reducido de cinco factores (NEO-FFI; Costa y McCrae, 1999): Permite la evaluación de cinco factores de personalidad principales: neuroticismo, extraversión, apertura, amabilidad y responsabilidad. La prueba se compone de 60 frases a las que hay que contestar señalando el grado de acuerdo o desacuerdo con ellas (1= en total desacuerdo; 5= totalmente de acuerdo).
- Escala Rasgo de Metaconocimientos sobre Estados Emocionales (TMMS-24; Fernández-Berrocal, Extremera y Ramos, 2004): Esta prueba evalúa el metaconocimiento de los estados emocionales, en concreto, las destrezas con las que la persona puede ser consciente de sus propias emociones así como de su capacidad para regularlas. Consta de 24 ítems y contiene tres dimensiones claves de la inteligencia emocional con 8 ítems cada una de ellas: atención emocional, claridad de sentimientos y reparación emocional. Se le pide a la persona que evalúe el grado en el que está de acuerdo con cada uno de los ítems en una escala de tipo Likert de 5 puntos (1= nada de acuerdo, 5= totalmente de acuerdo).
- Escala de Autoeficacia (EAG; Jerusalem y Schwarzer, 1992): Es una escala formada por 10 ítems en la que la persona califica la autoeficacia percibida cuando tiene que enfrentarse con situaciones problemáticas en una escala de cuatro puntos (1= incorrecto, 4= cierto). Se obtiene una puntuación final resultado de la suma de todos los ítems.
- Inventario de Asertividad (Gambrill y Richey, 1975): Consta de 40 ítems que hacen referencia a diferentes situaciones interpersonales que pueden clasificarse en varias

categorías de aserción positiva y negativa: rechazo de peticiones, expresión de limitaciones personales, iniciación de contactos sociales, expresión de sentimientos positivos, recibir críticas, expresar desacuerdo, ser asertivo con las personas que ofrecen un servicio y hacer críticas. Consta de dos escalas: grado de malestar experimentado ante la situación (1= en absoluto, 5= muchísimo) y la probabilidad de responder de forma asertiva (1= siempre lo hago, 5= nunca lo hago).

- Escala Multidimensional del Apoyo Social Percibido (MSPSS; Zimet et al., 1988): Está formada por 12 ítems, los cuales recogen información del apoyo social percibido por los individuos en tres áreas: familia, amigos y otros significativos (pareja). Su formato de respuesta corresponde a una escala de acuerdo que va desde 1 (muy en desacuerdo) hasta 7 (muy de acuerdo).
- Escala de Bienestar Psicológico (EBP; Sánchez-Cánovas, 1998): Evalúa el grado en que la persona percibe su propia satisfacción, la comodidad consigo mismo en un período de su vida. Consta de 65 ítems con valoraciones que van desde 1 hasta 5, de acuerdo con el grado de frecuencia o conformidad con respecto al ítem. Incluye cuatro subescalas: bienestar psicológico subjetivo, bienestar material, bienestar laboral y relaciones con la pareja.
- Entrevista estructurada colectiva para el estudio de los grupos focales: Creada específicamente para esta investigación, tiene una duración de unos 90 minutos y pretende evaluar las opiniones y actitudes con respecto a las drogas, tanto del consumidor como del no consumidor. Consta de las siguientes preguntas:
 1. Pregunta de inicio:
 - ¿Qué se os ocurre pensar cuando se habla del consumo de alcohol u otras drogas por parte de la gente joven?
 2. Preguntas clave:
 - ¿Cuáles son los elementos que pueden facilitar el consumo de alcohol u otras drogas?
 - ¿Cuáles son los elementos que pueden dificultar el consumo de alcohol u otras drogas?
 - ¿Cuándo se puede decir que el consumo se vuelve problemático o de riesgo?
 - ¿Cuáles son las consecuencias del consumo problemático o de riesgo?
 3. Preguntas de finalización:
 - ¿De qué forma se pueden controlar o moderar los consumos?

- ¿Dónde deben estar los recursos para el tratamiento de las personas con problemas de drogas?

Procedimiento

Una vez seleccionada la muestra se procedió a la recogida de información mediante los instrumentos de evaluación. Las pruebas, que son autoaplicables, se administraron de forma colectiva, con una duración aproximada de una hora, en horario de clase. El proceso de recogida de datos fue realizado por dos estudiantes de psicología, dando las mismas instrucciones y la misma información básica sobre la investigación a todos los participantes. La cumplimentación de las pruebas era voluntaria y anónima, si bien se les pedía una forma de contacto (teléfono y/o correo electrónico) para completar información en el caso de que fuera necesario y para ofrecerles la posibilidad de integrarse en alguno de los grupos focales que se formarían posteriormente. Así, tras analizar los datos, se contactó con los participantes que habían facilitado este dato y se constituyeron los tres grupos focales ya descritos.

Previo al inicio de la primera sesión de los grupos focales se citó a los participantes, se les informó del objetivo general de la investigación y se explicitaron los cuidados éticos propios de cualquier investigación. Los grupos focales fueron acompañados por una moderadora que guió la discusión y de un colaborador, estudiante becario de Psicología, que se encargó de la grabación y de tomar notas acerca de aspectos relevantes de la comunicación verbal y no verbal.

Para la elaboración de las preguntas-guía de la entrevista estructurada colectiva, se utilizó una metodología participativa. El equipo de investigación se reunió con los responsables de los grupos focales y de todas las preguntas producidas mediante la técnica de la tormenta de ideas se seleccionaron las ya expuestas en el apartado de “Instrumentos de evaluación”. Se realizaron tres entrevistas, una por grupo focal. Las entrevistas fueron grabadas para, posteriormente, realizar un análisis textual de donde emergieron las unidades de sentido que han permitido la comprensión y categorización de los discursos.

RESULTADOS

Se han realizado análisis descriptivos (porcentajes) y comparaciones de medias (en el caso de distribuciones paramétricas: T de Student para muestras independientes, ANOVAs entregrupos y el estadístico de Tukey en los análisis a posteriori; en el caso de distribuciones no paramétricas: el estadístico de Kruskal-Wallis -U de Mann-Whitney cuando son dos grupos- para muestras independientes y el estadístico de Friedman -Z de Willcoxon- para muestras relacionadas), así como análisis correlacionales (Razón de Verosimilitud entre variables categoriales). En todos los casos se ha empleado el paquete estadístico SPSS 15.0.

Los resultados se presentarán siguiendo el orden de los objetivos de este proyecto.

1. ANÁLISIS DE LA PREVALENCIA DEL CONSUMO

Tan sólo un 2,6% de los sujetos no habían probado nunca ninguna sustancia legal o ilegal, mientras que el 51% había consumido alguna sustancia ilegal en algún momento de sus vidas.

Actualmente (tomando los datos del consumo del último mes) un 38,3% de la muestra fuma, un 80,6% bebe y un 5'8% consume alcohol de forma abusiva. Por sexo, las tablas 1 y 2 presentan las prevalencias de tabaco y alcohol respectivamente, incluyendo, a modo de comparación con los datos de la Universidad de Jaén (UJA), los de la Comunidad Autónoma andaluza (EDIS, 2005).

Tabla 1. Prevalencia de consumo de tabaco

	HOMBRES	MUJERES	UJA	ANDALUCÍA
NUNCA	55,9%	53,2%	54,9%	43,3%
ANTES	7,6%	6,5%	6,80%	16,3%
A VECES	18,2%	15,4%	16,5%	5,80%
A DIARIO	18,2%	24,9%	21,8%	34,4%
ACTUAL*	36,4%	40,3%	38,3%	40,2%

* Resultado de la suma de “a veces” + “a diario”

Entre los fumadores, el 47,4% son hombres y el 52,6% mujeres. Las diferencias no son estadísticamente significativas. Si durante los días laborales tanto hombres como mujeres fuman una media de 9 cigarrillos al día, en el fin de semana los hombres fuman

más que las mujeres ($F_{1,87}=3,65$; $p= 0,05$), con un consumo medio de 16,31 cigarrillos ($dt=10,88$) en los hombres, frente a 12,8 cigarrillos ($dt=6,37$) en mujeres.

La edad de inicio es la misma en hombres y en mujeres (en torno a los 15 años). Sin embargo, un 83% de los hombres probaron el tabaco antes de los 12 años, frente al 2,2% de las mujeres en esta franja de edad.

El lugar de mayor consumo es en fiestas y bares tanto en hombres (81%) como en mujeres (76%); y las dos situaciones que más suscitan fumar son “estar de marcha” (para el 39% de los hombres y el 45% de las mujeres) y estar nervioso (21% de hombres y 24% de mujeres).

En relación con el alcohol, los hombres consumen una media semanal de 23,87 ($dt=28,61$) unidades estándar (cada unidad contiene 10 gr. de alcohol), frente a las 9,26 unidades ($dt=9,78$) de las mujeres. Estas diferencias son significativas ($U=8632$; $p<0,001$). Aunque la edad media de inicio es la misma en hombres y en mujeres (en torno a los 15 años), el 9,1% de los hombres ya había probado el alcohol antes de los 12 años, frente al 3,1% de las mujeres.

Tabla 2. Prevalencia de consumo de alcohol

	HOMBRES	MUJERES	UJA	ANDALUCÍA
Nunca ha bebido	1,2%	0,5%	0,8%	16,3%
Más de un año sin beber	6,6%	6,7%	6,5%	11%
De 1-12 meses sin beber	7,7%	16,4%	12,1%	9,7%
Bebe en el último mes	84,3%	76,4%	80,6%	63%*

* Si el rango de edad es de 21 a 24 años, el porcentaje sería el 84,7%. Hay que tener en cuenta que el estudio EDIS se realizó utilizando una muestra de entre 12 y 65 años. Por eso, cuando aparentemente las diferencias sean grandes, se indica el porcentaje correspondiente al rango de edad más parecido al de la muestra de la presente investigación (cuando el dato se suministre por el estudio del EDIS).

Respecto a las borracheras, si bien el 62,7% de los hombres se ha emborrachado alguna vez (frente al 37,3% de las mujeres; $RV_1=21,13$; $p<0,001$), en el último mes tanto hombres como mujeres declaran haber tenido el mismo número de borracheras (alrededor de dos). Al preguntar sobre la “intensidad” de la borrachera, en una escala de 10 puntos, los hombres valoran las suyas con una media de 5,2 puntos ($dt=2,7$) frente a los 3,6 puntos ($dt=2,5$) de las mujeres.

En cuanto al consumo de alto riesgo (“consumo abusivo”, en este informe), el 10,5% de los hombres bebedores superan ese límite, frente al 2,2% de las mujeres bebedoras. De hecho, el 80% de los bebedores abusivos de la muestra, son hombres ($RV_1=10,646$; $p=0,001$).

Durante los últimos 6 meses el 82,9% de los hombres y el 75,6% de las mujeres han acudido a algún botellón (las diferencias no son estadísticamente significativas). Sin embargo, en este mismo período, los hombres acuden casi el doble de veces que las mujeres: una media de 12,4 veces ($dt=12,38$) en los varones frente a las 6,5 ($dt=7,57$) de las mujeres ($U= 10513,3$; $p<0,001$).

Si se dicotomiza esta última variable (asistencia o no a botellones en los últimos seis meses), se constata la relación de la misma con otros factores y consumos:

- El 96,1% de los que declaran haberse emborrachado alguna vez en los últimos seis meses, acude a botellones; frente al 93,2% de los que no han acudido a un botellón en los últimos seis meses, que tampoco se han emborrachado ($RV_1= 39,69$; $p<0,001$).
- El 87,5% de los bebedores abusivos de alcohol han acudido a algún botellón en los últimos seis meses, frente al 95% de los que no ha ido a ninguno, que son bebedores no abusivos ($RV_1= 39,34$; $p<0,001$).
- El 95,6% de los consumidores actuales de cánnabis han acudido a algún botellón en los últimos seis meses, frente al 97,4% de los que no ha ido a ninguno, que no son consumidores ($RV_1= 11,027$; $p=0,001$).

Por su parte, el haber experimentado o no borracheras alguna vez se relaciona con el consumo actual de inhalables ($RV_1= 6,34$; $p=0,012$), cánnabis ($RV_1= 36,64$; $p<0,001$), cocaína ($RV_1= 6,04$; $p=0,014$), éxtasis ($RV_1= 6,34$; $p=0,012$) y alucinógenos ($RV_1= 4,21$; $p=0,04$). En todos los casos, el mayor porcentaje de consumidores se da entre quienes han sufrido borracheras alguna vez. Sin embargo, el hecho de beber de forma moderada no se relaciona con ningún consumo actual de sustancias ilegales.

Si se analiza la relación entre beber de forma moderada o abusiva con otros consumos, aparecen relaciones con cánnabis ($RV_1= 31,8$; $p<0,001$) y cocaína ($RV_1= 3,8$; $p=0,005$). En ambos casos, los bebedores abusivos son los mayores consumidores de sustancias.

Entrando ya en las sustancias ilegales, un 19,3% está consumiendo en la actualidad algún tipo de estas sustancias y/o consume alcohol de forma abusiva. En la tabla 3 aparece la prevalencia de consumo de sustancias ilegales durante el último mes y también la de quienes las han probado alguna vez, así como los datos del estudio EDIS.

Tabla 3. Prevalencia de consumo de sustancias ilegales

	Alguna vez (UJA/EDIS)	Último mes (UJA/EDIS)
Inhalables	1,6% / 1,2%	0,8% / 0,1%
Cánnabis	44% / 21,5%	11,7% / 8%
Cocaína	7% / 5,6%	1,6% / 1,6%
Éxtasis	5,2% / 2,1%	0,8% / 0,5%
Heroína	0,3% / 0,4%	0,3% / 0,1%
Alucinógenos	4,7% / 2,5%	0,5% / 0,1%
Anfetaminas	1,6% / 1,9%	0,3% / 0,1%
Tranquilizantes	9,6% / 3,4%	1,8% / 1,2%
Hipnóticos	1,3% / 1,1%	0,3% / 0,4%
Crack	1,3% / 0,4%	0,3% / 0,2%
Analgésicos	2,1% / 0,3%	1,3% / 0,1%
Nunca ha tomado nada	49% / ----*	---

* Este dato no se suministra en el estudio del EDIS, si bien el más cercano podría ser que el 60% no ha consumido nada en los últimos 6 meses.

Con los datos expuestos en la tabla 3, puede calcularse el índice de continuidad para cada consumo referido al último mes (relación entre los que han consumido en el último mes y los que lo hicieron alguna vez, en tanto por ciento): Así, con índices superiores al 50%, aparecen la heroína, los analgésicos y los inhalables; entre el 20% y el 50% estarían el cánnabis, el crack, los hipnóticos y la cocaína. Por último, índices inferiores al 20% corresponden a los tranquilizantes, las anfetaminas, el éxtasis y los alucinógenos. El índice de continuidad para cualquier sustancia es del 30%.

Por otra parte, el 22,1% de los consumidores son policonsumidores, siendo el 93% de ellos, hombres ($RV_1=8,32$; $p=0,004$). Se han encontrado diferencias y relaciones estadísticamente significativas entre consumidores y policonsumidores en diferentes variables, como puede apreciarse en las tablas 4a y 4b, respectivamente.

Tabla 4a. Diferencias entre consumidores (C) y policonsumidores (P)

Variable	Media	N	Desviación típica	T de Student	p
Apertura	C=37,29 P=40,27	52 15	7,72 3,9	-2,031	0,048
Responsabilidad	C=43,75 P=39,13	52 15	6,63 9,1	2,178	0,033
Malestar situac. sociales	C=89 P=108,55	41 11	25,19 23,16	-2,321	0,024
Malest. Rechazar peticiones	C=16,6 P=20,7	41 13	4,85 5,18	-2,601	0,012
Malest. Discrepar opiniones de otros	C=11,44 P=13,75	41 12	3,49 4,14	-1,94	0,05
Malest. Asertivo ante otros	C=21,12 P=25,82	41 11	6,46 7,19	-2,09	0,042
Malest. Hacer críticas	C=9,07 P=12,27	41 11	2,87 3,79	-3,064	0,004

Tabla 4b. Relaciones entre distintas variables y ser consumidor (C) o policonsumidor (P)

VARIABLE	Razón de verosimilitud	PORCENTAJES	
Satisfac. relac. con padre	$RV_3=7,78; p=0,05$	C=57% mucha	P=27% ninguna
Import. llevarse bien madre	$RV_1=6,33; p=0,012$	C=100% sí	P=13% no
Import. llevarse bien padre	$RV_1=10,97; p=0,001$	C=98% sí	P=33,33% no
Import. llevarse bien hnos	$RV_1=9,5; p=0,002$	C=100% sí	P=20% no
Import. llevarse bien pareja	$RV_1=10,45; p=0,001$	C=100% sí	P=33,3% no
Desaprobac. materna alcohol	$RV_1=23,09; p<0,001$	C=94% contundente	P=33% ligera/nula
Desaprobac. paterna alcohol	$RV_1=11,1; p=0,001$	C=93% contundente	P=47% ligera/nula
Desaprobac. pareja alcohol	$RV_1=5,9; p=0,015$	C=72% contundente	P=67% ligera/nula
Desaprobac. materna drogas	$RV_1=5,58; p=0,018$	C=98% contundente	P=20% ligera/nula
Desaprobac. herman. drogas	$RV_1=13,87; p<0,001$	C=89% contundente	P=60% ligera/nula
Desaprobac. pareja drogas	$RV_1=4,94; p<0,016$	C=88% contundente	P=42% ligera/nula
Buena opinión propia	$RV_3=13,93; p<0,003$	C=100% buena	P=20% mala
Cuidado de sí mismo	$RV_3=13,93; p<0,003$	C=98% bueno	P=13% malo
Gustarse a sí mismo	$RV_3=9,11; p<0,028$	C=98% sí	P=20% no

Las tablas 5a y 5b muestran los porcentajes del policonsumo y el detalle de las sustancias consumidas, respectivamente.

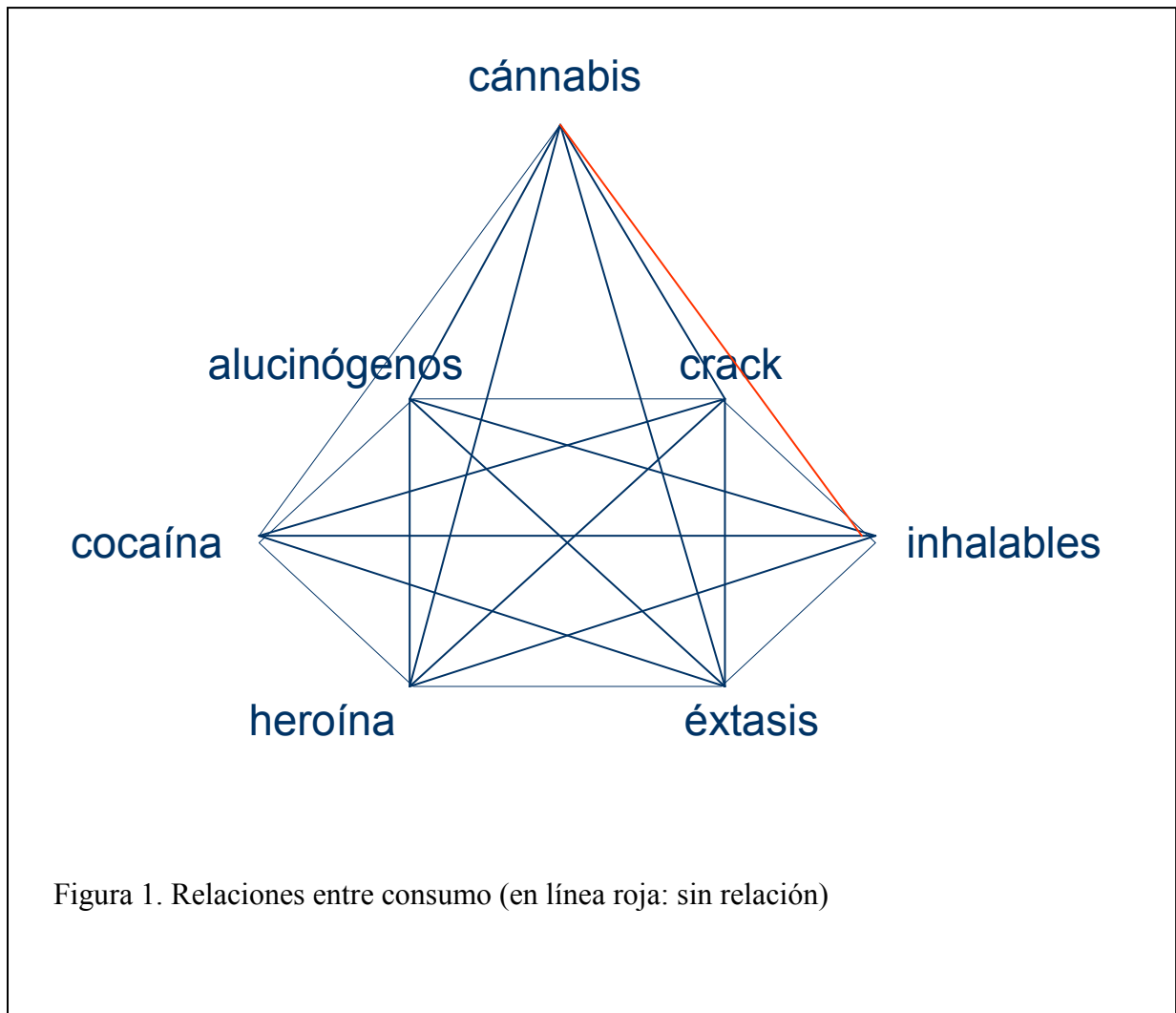
Tabla 5a. Número de drogas consumidas por los consumidores (entre paréntesis, los datos del EDIS)

1 droga	2 drogas	3 drogas	4 drogas	5 o más
77,9%	14,8%	2,9%	2,9%	1,5%
(71,7%)	(17,7%)	(6,4%)	(1,7%)	(2,5%)

Tabla 5b. Detalle de consumos entre los consumidores

Cánnabis	45,6%
Alcohol (Abuso)	13,2%
Tranquilizantes	8,7%
Analgésicos	5,7%
Inhalables	2,8%
Cocaína	1,4%
Anfetaminas	1,4%
Cánnabis + Alcohol (Abuso)	11,8%
Cánnabis + Cocaína	1,4%
Tranquilizantes + Analgésicos	1,4%
Cánnabis + Cocaína + Alcohol (Abuso)	2,8%
Cánnabis + Cocaína + Alcohol (Abuso) + Éxtasis	1,4%
Cánnabis + Alcohol + Éxtasis + Alucinógenos	1,4%
Cánnabis+Cocaína+Éxtasis+Alucinógenos+Crack+Heroína+Inhalables	1,4%

Hay siete consumos que correlacionan todos entre sí (excepto el de inhalables y cánnabis): los de cánnabis, cocaína, éxtasis, heroína, alucinógenos, crack e inhalables. La representación de estas relaciones pueden observarse en la figura 1.

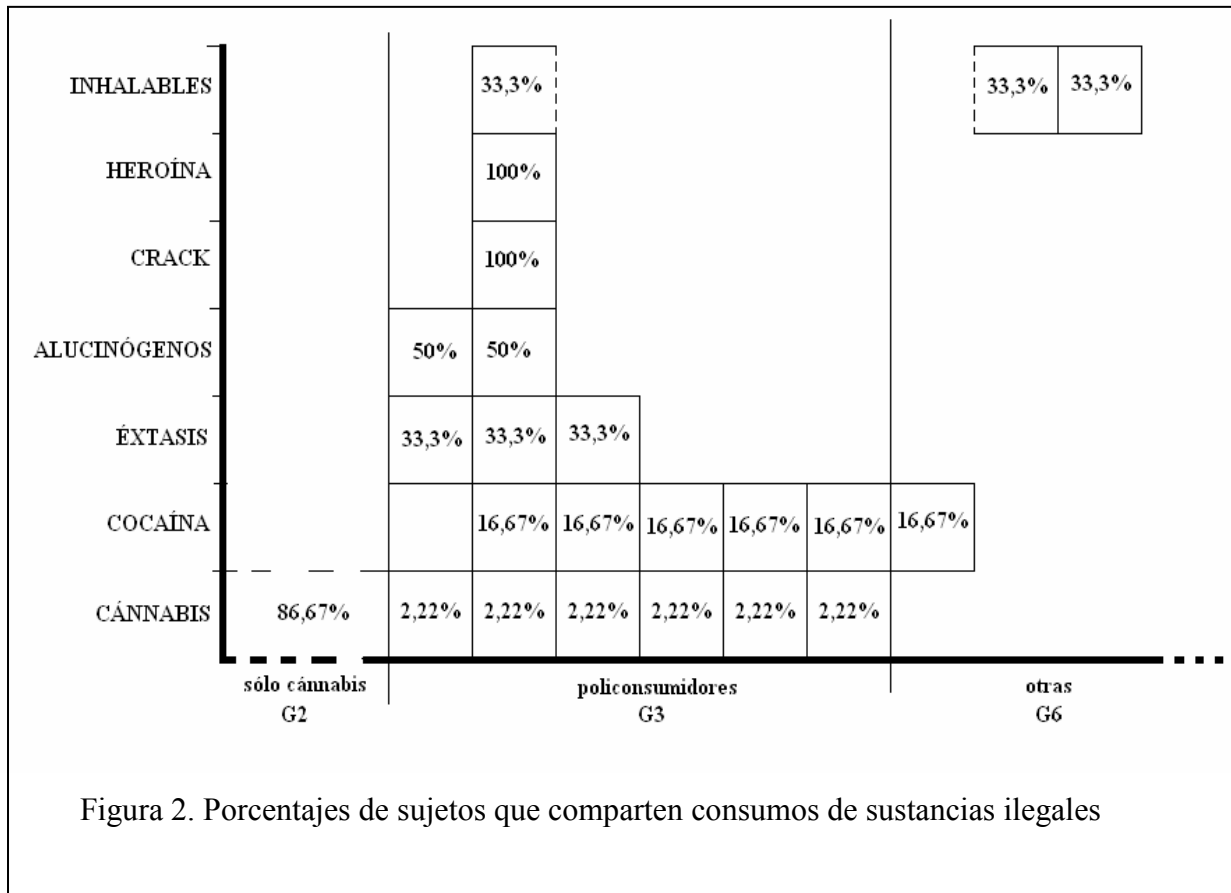


Los estadísticos de estas relaciones pueden observarse en la tabla 6 y la figura 2.

Tabla 6. Razón de verosimilitud entre distintos consumos

	Cánnabis	Cocaína	Inhalables	Éxtasis	Alucinógenos	Crack	Heroína
Cánnabis	-						
Cocaína	16,72**	-					
Inhalables	0,97	4,73*	-				
Éxtasis	13,014**	13,58**	6,28*	-			
Alucinógenos	8,64*	7,18*	7,32*	21,2**	-		
Crack	4,29*	8,49*	10,07*	10,07*	11,21**	-	
Heroína	4,297*	8,49*	10,08**	10,1**	11,13**	13,89**	-

* $p < 0,05$ ** $p < 0,001$



Teniendo en cuenta la edad de inicio de cada sustancia, se puede establecer un orden en el consumo de las mismas:

- 1°. El abuso de alcohol aparece en primer lugar un 92% de las veces (en segundo, el 8% restante, la media es de 1,083; la probabilidad de esta configuración es de uno entre 36864, por lo que puede declararse que ocupa el primer lugar de forma estadísticamente significativa con una $p < 0,001$).
- 2°. El consumo de cánnabis aparece en segundo lugar el 79% de las veces (en primero el restante 21%, la media es de 1,786; la probabilidad de esta configuración es de uno entre 516096, por lo que puede declararse que ocupa el segundo lugar de forma estadísticamente significativa con una $p < 0,001$).
- 3°. El consumo de cocaína aparece en tercer lugar el 60% de las veces (en segundo y en cuarto lugar, un 20% cada uno, la media es de 3; la probabilidad de esta configuración es de uno entre 336, por lo que puede declararse que ocupa el tercer lugar de forma estadísticamente significativa con una $p < 0,001$).
- 4°. El consumo de éxtasis aparece en segundo lugar el 79% de las veces (en primero el restante 21%, la media es de 3,33; la probabilidad de esta configuración es de

uno entre 516096, por lo que puede declararse que ocupa el cuarto lugar de forma estadísticamente significativa con una $p < 0,001$).

- 5°. El consumo de alucinógenos aparece en cuarto lugar el 50% de las veces (en el quinto, el restante 50%, la media es de 4,5; la probabilidad de esta configuración es de uno entre 28, por lo que puede declararse que ocupa el quinto lugar de forma estadísticamente significativa con una $p < 0,05$).

El consumo de inhalables aparece en segundo lugar, el de crack en 7° y el de heroína en 8°, aunque ninguno de ellos es estadísticamente significativo (una probabilidad entre siete; $p = 0,143$).

La edad de inicio en el consumo de estas sustancias no presenta diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres (no en todos los casos ha podido realizarse un análisis de comparación, pues en algunos grupos sólo había un sujeto o incluso ninguno). Así, tanto para hombres como para mujeres, la edad de inicio de consumo de estas sustancias fue de 15 años para inhalables y analgésicos; 16 para cánnabis y crack; 17 para heroína y éxtasis; 18 para cocaína, alucinógenos, anfetaminas y tranquilizantes; y 19 para hipnóticos.

Teniendo en cuenta que el cánnabis es la sustancia ilegal de mayor consumo, cabe destacar que para el 93,6% de los consumidores esta droga fue la primera sustancia ilegal que consumieron (suministrada por un amigo en el 87,5% de los casos). De hecho, la edad de inicio de consumo del cánnabis entre quienes en algún momento han consumido esta droga y alguna otra es la menor de todas ellas. La mayoría de esas diferencias son estadísticamente significativas, como puede apreciarse en la tabla 7.

Tabla 7. Edades de inicio en el consumo de diferentes sustancias ilegales

Comparación edades de inicio	Media	N	Desviación típica	T de Student ó Z de Willcoxon	p
Cánnabis Cocaína	15,2083 17,7917	24 24	3,18937 2,79719	T=-6,709	0,000
Cánnabis Éxtasis	15,1176 17,5882	17 17	3,53345 2,85173	T=-4,729	0,000
Cánnabis Alucinógenos	15,8125 18,0625	16 16	3,56312 2,81588	T=-4,392	0,001
Cánnabis Inhalables	13,6667 15,6667	3 3	0,57735 2,08167	Z=-1,633	0,102
Cánnabis Anfetaminas	16,6000 18,4000	5 5	1,94936 0,54772	Z=-1,604	0,109
Cánnabis Tranquilizantes	17,6111 18,7222	18 18	3,36310 2,58515	T=-1,680	0,111
Cánnabis Hipnóticos	14,8000 19,2000	5 5	3,89872 2,16795	Z=-2,032	0,042
Cánnabis Crack	12,7500 16,0000	4 4	3,77492 0,81650	Z=-1,604	0,109
Cánnabis Analgésicos	13,6667 16,3333	3 3	4,93288 1,52753	Z=0	1

Faltaría la comparación entre la edad de inicio en el consumo de cánnabis y la de inicio de heroína. No puede realizarse por haber en este análisis sólo un sujeto consumidor de ambas sustancias. No obstante, dicho sujeto empezó a consumir cánnabis a los 14 años y heroína a los 17 (actualmente mantiene esos consumos junto con otros más).

Por otra parte, la edad de inicio en el consumo de alcohol (categorizada en sus cuatro cuartiles) se relaciona con el consumo actual de cánnabis ($RV_3=9,15$; $p=0,027$), cocaína ($RV_3=7,85$; $p=0,049$) y éxtasis ($RV_3=7,4$; $p=0,05$). En todos los casos, el inicio mas temprano se relaciona con el consumo actual.

El consumo actual de sustancias ilegales se reparte de forma desigual entre hombres y mujeres. Si bien hay algunas drogas de uso mayoritario (y algunas, de uso exclusivo) de hombres, hay otras en las que las mujeres son mayoría (aunque en estos casos, las diferencias no lleguen a ser estadísticamente significativas la mayoría de las veces). Estos datos pueden observarse en la tabla 8.

Tabla 8. Porcentajes por sexo entre consumidores (oscurecidos los resultados estadísticamente significativos)

Droga	Sexo	Probarla	RV₁	Actual	RV₁
Inhalables	Hombre	83,3%	3,648; <i>p</i> =0,05	100%	4,689; <i>p</i> =0,03
	Mujer	16,7%		0%	
Cánnabis	Hombre	50%	1,654; <i>p</i> =0,2	72,7%	14,66; <i>p</i> <0,001
	Mujer	50%		27,3%	
Cocaína	Hombre	76%	10,0; <i>p</i> =0,002	100%	7,847; <i>p</i> =0,005
	Mujer	24%		0%	
Éxtasis	Hombre	89,5%	13,9; <i>p</i> <0,001	100%	4,689; <i>p</i> =0,03
	Mujer	10,5%		0%	
Heroína*	Hombre	100%	1,56; <i>p</i> =0,212	100%	1,56; <i>p</i> =0,212
	Mujer	0%		0%	
Alucinógen.*	Hombre	72,2%	5,338; <i>p</i> =0,02	100%	3,12; <i>p</i> =0,07
	Mujer	27,8%		0%	
Anfetaminas	Hombre	66,7%	1,057; <i>p</i> =0,3	0%	1,234; <i>p</i> =0,267
	Mujer	33,3%		100%	
Tranquiliz.	Hombre	30,6%	3,939; <i>p</i> =0,04	16,7%	2,341; <i>p</i> =0,126
	Mujer	69,4%		83,3%	
Hipnóticos	Hombre	40%	0,08; <i>p</i> =0,782	0%	---
	Mujer	60%		0%	
Crack*	Hombre	100%	3,928; <i>p</i> =0,04	100%	3,648; <i>p</i> =0,05
	Mujer	0%		0%	
Analgésicos	Hombre	25%	1,533; <i>p</i> =0,22	20%	1,496; <i>p</i> =0,221
	Mujer	75%		80%	

* Sólo hay un consumidor de heroína actual y pasado (hombre), de anfetaminas actual (mujer) y de crack actual (hombre), razón por la que los análisis no son estadísticamente significativos pese a la diferencia de porcentajes.

Respecto a los problemas derivados del consumo, más hombres declaran haber tenido todo tipo de problemas (“Faltar alguna vez a clase”, “Ir mal en los estudios”, “Faltar alguna vez al trabajo”, “Problemas económicos”, “Problemas de salud”, “Problemas en clase o con compañeros”), y más mujeres declaran no haber tenido nunca

ningún problema ($RV_{12}=21,987$; $p=0,038$). Además, hay una serie de problemas que son exclusivos para los hombres: “Accidentes”, “He estado detenido o en prisión”, “He perdido amigos”, “Conflictos familiares”, “No me permite encontrar trabajo” y “Problemas en el trabajo (sanciones, etc.)”.

En relación con las consecuencias positivas que conlleva el consumo, no se encuentran diferencias significativas entre ambos sexos.

Al analizar la relación entre sexo y motivos para iniciar el consumo de drogas ($RV_{16}=25,618$; $p=0,06$), aunque la razón por la que iniciaron el consumo más frecuentemente señalada tanto por hombres como por mujeres sea la misma (“Por curiosidad y deseo de sentir sensaciones nuevas”, en un porcentaje cercano al 31% en ambos sexos) y que las dos siguientes razones más frecuentes, aunque en orden diferente para cada sexo, sean “Por experimentar placer, animarme...” (17,7% de hombres y 12,8% de mujeres) y “Por pasar el rato” (15,4% en mujeres y 12,4% en hombres), lo cierto es que hay algunos motivos mayoritarios y/o exclusivos para cada sexo:

- Así, las razones más señaladas por mujeres que por hombres serían: “Para calmar los nervios” (6,4%), “Por enfermedad o dolor” (3,1%), “Por sentirme rechazado o no aceptado por mi familia” (1,3%) y “Por encontrar un nuevo estilo de vida” (1,3%). Éstas dos últimas son exclusivas de mujeres, no habiendo ningún hombre que las haya señalado. Por su parte, las razones más señaladas por hombres que por mujeres serían: “Por el gusto de hacer algo prohibido” (9,7%), “Para facilitar la conversación y el contacto social” (7,1%), “Por escapar a problemas personales” (7,1%), “Por sentirme libre” (5,3%), o “Porque es una costumbre” (2,7%). Siendo exclusivas de los hombres “Para dormir mejor” (2,7%), “Por sentirme a disgusto en una sociedad injusta”, “Porque paso de todo” y “Por deseo de ser miembro de un grupo y sentirme aceptado por él” (todas ellas con un porcentaje del 1,8%).

Respecto al nivel de información subjetiva que cada sexo tiene sobre las drogas, tanto hombres como mujeres se consideran bastante o muy informados (78% y 72% respectivamente).

2. ANÁLISIS DE LOS FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN ANTE EL CONSUMO

2.1. Diferencias entre grupos de consumidores

Como ya se ha comentado en el apartado de “participantes”, la muestra se dividió en 6 grupos en función del consumo del último mes. No hay diferencias en las edades medias entre los distintos grupos, pero sí las hay en la proporción de hombres y mujeres que componen cada grupo ($RV_5=27,002$; $p<0,001$) Así, hay más mujeres en los grupos G1 (“abstemios”, el 63% son mujeres), G5 (“tabaco y/o alcohol moderado”, el 57,3% son mujeres) y G6 (“Otras sustancias sin cánnabis ni alcohol abusivo”, el 64,3% son mujeres); mientras que los hombres son mayoritarios en G2 (“Cánnabis sólo”, el 61,3% son hombres), G3 (“policonsumo con cánnabis”, el 100% son hombres) y G4 (“Alcohol abusivo solo”, el 55,6% son hombres²).

No se encuentra relación de los grupos (sólo entre los consumidores de sustancias y alcohol abusivo: G2, G3, G4 y G6) ni con el lugar de compra, ni con los problemas, ni con las consecuencias positivas que se derivan del consumo. Curiosamente, ningún sujeto del G4 (abuso de alcohol) contestó a ninguna de estas preguntas. Los dos lugares de compra preferidos por todos los grupos son “En la casa de un camello” (el 31,4% de los sujetos del G2; el 38,9% del G3 y el 18,2% del G6) y “La calle, el parque, etc.” (el 28,6% del G2; el 27,8% del G3 y el 36,4% del G6). El problema más señalado es “Faltar alguna vez a clase” (39% del G2 y 57% del G3), mientras que “ningún problema” ha sido señalado por el 46,4% del G2, el 28,6% del G3 y el 83,3% del G6. Por su parte, las consecuencias positivas mas frecuentemente señaladas son “Placer y bienestar” (57,1% del G2; 42,9% del G6 y 28,6% del G3) y “Calma y tranquilidad” (35,7% del G3; 21,4% del G2 y 14,3% del G6).

Sin embargo sí existe relación entre los grupos de consumidores y las razones de inicio ($RV_{22}=40,462$; $p=0,01$): Así, para el G2, las razones principales del inicio fueron “Por experimentar placer, animarme...” y “Por curiosidad y deseo de sentir sensaciones nuevas” (el 29,3% en cada una de ellas). Además, para el G3 la principal razón es “Por

² Previamente se dijo que el 80% de los bebedores abusivos de alcohol eran hombres. La aparente discordancia con el dato ahora presentado se explica recordando que el G4 no incluye a todos los bebedores abusivos, sino sólo a aquellos que no consuman otra sustancia. El resto, se integra en el G3, grupo de policonsumidores.

el gusto de hacer algo prohibido” (el 26,1%) y para el G6 es “Por enfermedad o dolor” (el 27,3%).

Todos los grupos se sienten igualmente informados con respecto a las drogas (alrededor del 76% opinan que su información es bastante o mucha).

En lo referente a las variables más relacionadas con el ambiente familiar, se ha encontrado relación entre la pertenencia a diferentes grupos con distintas variables:

- Con quién vive. Si se agrupan los sujetos en dos tipos de convivencia: supervisados (los que viven con sus padres, con otros familiares, en residencias...) y sin supervisión (solos, con amigos...), se obtiene una relación estadísticamente significativa ($RV_5=21,794$; $p=0,01$) entre esta variable y los grupos. Así, la mayoría de los sujetos que viven con supervisión pertenecen a los grupos G1 (87,7%), G4 (77,8%) y G5 (61%), mientras que las mayores frecuencias entre los que viven sin supervisión pertenecen a los grupos G3 (46,2%), G2 (42%) y G6 (47%).
- Relaciones con los padres. No hay diferencias entre los grupos en estas variables, pero es llamativo que el G3 sea el que mayor porcentaje de sujetos se sitúe en los apartados “poco satisfecho de la relación con mi padre” (28%, frente al 5% aproximadamente de los demás grupos); en “Llevarse bien con mi madre no tiene ninguna importancia” (el 14,3% frente al 0% del resto de los grupos); o en “Llevarse bien con mi padre tiene poca o ninguna importancia” (el 35,7% frente al 3% aproximado del resto de los grupos).
- Relaciones con la pareja. En torno al 65% de la mayoría de los grupos considera importante o muy importante llevarse bien con su pareja. Sin embargo, en el G3 sólo puntúan en esa categoría el 42% de los sujetos. Por su parte, solamente entorno al 1,5% del resto de los grupos no valora esa relación, frente al 21,5% del G3 que le da poca o ninguna importancia a llevarse bien con su pareja ($RV_{20}=30,774$; $p=0,05$).
- Normas familiares. En cuanto al cumplimiento de normas familiares ($RV_{20}=43,19$; $p=0,002$), los mayores porcentajes de acuerdo en la conveniencia del cumplimiento se dan en los G1 (73,5%) y G5 (61%). Sin embargo, los mayores desacuerdos se dan en los grupos G3 (71,4%), G4 (66,7%), G6 (60%) y G2 (45,2%). Respecto a la existencia o no de tales normas, no hay relación estadísticamente significativa con los grupos (aunque el menor porcentaje en “totalmente de acuerdo o de acuerdo en la existencia de normas familiares” se da entre los sujetos del G3: 57%, frente al

80% aproximado del resto de los grupos), como tampoco la hay respecto a la importancia de obedecer a los padres (aunque el mayor porcentaje de desacuerdo se da en el G6 -47%- y el G3 -36%-).

- Actitudes de allegados frente al consumo de alcohol y otras sustancias. Hay relación entre las actitudes sobre las drogas de las personas relevantes a los sujetos y el consumo de sustancias por parte de estos últimos (razón de verosimilitud: desaprobación materna ante el consumo de alcohol: $RV_{20}=37,438$; $p=0,01$; desaprobación paterna ante el consumo de alcohol: $RV_{20}=46,7$; $p=0,01$; desaprobación de los hermanos ante el consumo de alcohol: $RV_{20}=36,31$; $p=0,014$; desaprobación de la pareja ante el consumo de alcohol: $RV_{20}=46,67$; $p=0,001$; desaprobación materna ante el consumo de sustancias: $RV_{20}=36,45$; $p=0,014$; desaprobación paterna ante el consumo de sustancias: $RV_{20}=40,259$; $p=0,005$; desaprobación de hermanos ante el consumo de sustancias: $RV_{20}=74,454$; $p<0,001$; desaprobación de la pareja ante el consumo de sustancias: $RV_{25}=45,204$; $p=0,008$). Los porcentajes de cada análisis pueden consultarse en la tabla 9.

Tabla 9. Mayores porcentajes en función del grado de desaprobación

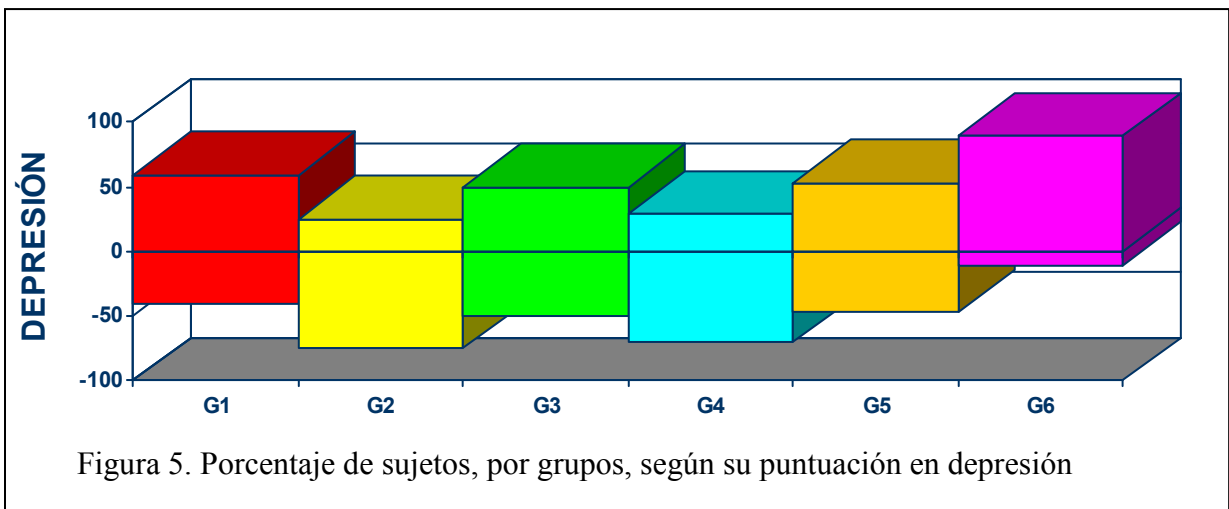
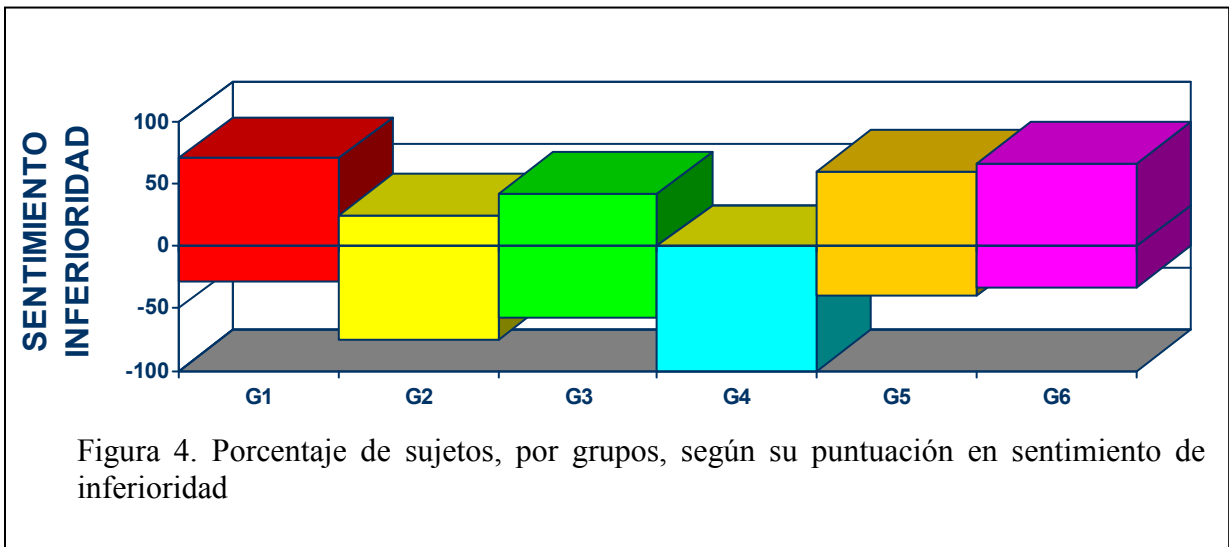
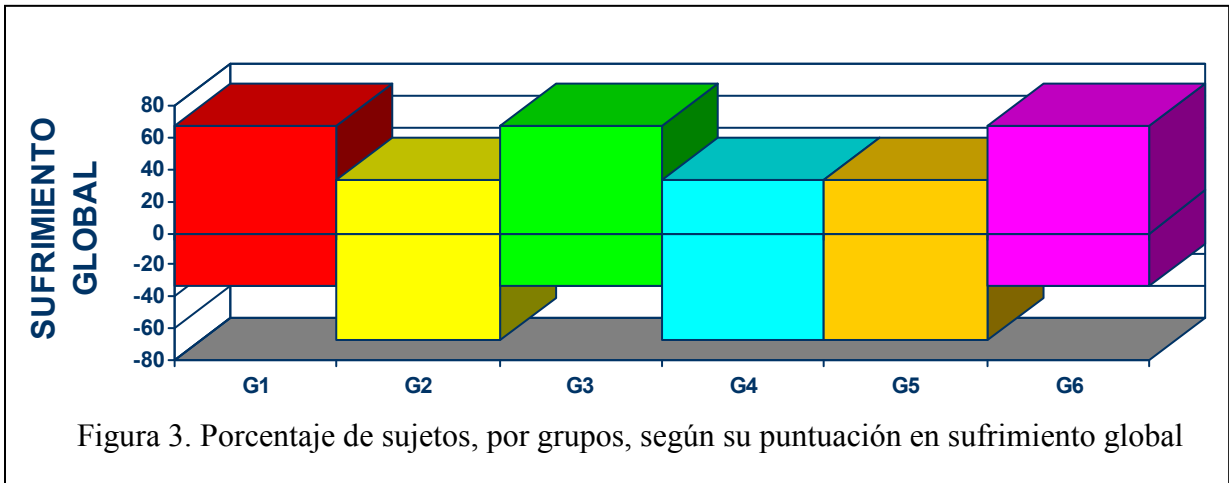
Allegado/sustancia	Desaprobación clara	Desaprobación ligera o nula
Madre / alcohol	G1: 95,5% G2: 100%	G5: 95,0% G6: 93,4%
Padre / alcohol	G1: 94,0% G2: 96,8%	G3: 35,7% G4: 22,2%
Hermanos / alcohol	G1: 95,9% G2: 80,0%	G5: 94,1% G6: 92,9%
Pareja / alcohol	G1: 92,5% G5: 33,0%	G3: 50,0% G4: 22,0%
Madre / drogas	G1, G2, G4 y G5 $\approx 100\%$	G3: 64,3% G4: 22,2%
Padre / drogas	G1, G2, G4 y G5 $\approx 100\%$	G2: 36,4% G4: 14,3%
Hermanos / drogas	G1, G4 y G5 $\approx 95\%$	G3= 21,4% G6= 6,70%
Pareja / drogas	G1, G4 y G5 $\approx 100\%$	G3= 14,2% G6= 7,10%
		G2= 16,0% G3= 64,0% G6= 7,70%
		G2= 17,0% G3= 45,5% G6= 7,70%

- Actividades de ocio. Se han encontrado diferencias significativas entre los grupos en algunas de las variables medidas. En los análisis a posteriori, se comprobó que

los integrantes del G1 son los que menos de todas estas actividades realizan, mientras que los del G3 se encuentran entre los que más las realizan. Así:

- En “Salir con amigos” ($F_{5,351}=4,203$; $p=0,001$), el G1 (media=3,82; dt=0,85) sale con menos frecuencia que el G2 (media=4,32; dt=0,7; $p=0,025$), que el G3 (media=4,57; dt=0,51; $p=0,009$) y que el G5 (media=4,2; dt=0,73; $p=0,003$).
 - En “Ir a discotecas, pubs, bares” ($F_{5,350}=8,435$; $p<0,001$), el G1 (media=3,24; dt=0,94) va menos veces de discotecas que todos los demás grupos: que el G2 (media=3,84; dt=0,82; $p=0,009$), que el G3 (media=4,43; dt=0,756; $p<0,001$), que el G4 (media=4,22; dt=0,44; $p=0,009$), que el G5 (media=3,7; dt=0,77; $p<0,001$) y que el G6 (media=4; dt=0,937; $p=0,013$). A su vez, el G5 frecuenta menos las discotecas que el G3.
 - En “Acudir a conciertos” ($F_{5,348}=2,398$; $p=0,037$), el G1 (media=2,35; dt=0,95) va a menos conciertos que el G3 (media=3,14; dt=0,95; $p=0,021$).
 - En “Pasear” ($F_{5,350}=2,196$; $p=0,05$), el G1 (media=3,82; dt=1,04) pasea con más frecuencia que el G3 (media=3; dt=0,877; $p=0,05$).
- Psicopatología. Al dicotomizar las puntuaciones de cada variable evaluada con el SCL-90, tomando sólo los sujetos situados en el primer y cuarto cuartil, se obtienen relaciones estadísticamente significativas con los grupos en:
- El Índice de Sufrimiento Global, o PSDI ($RV_5=16,313$; $p=0,006$): el 67% del G1, G3 y G6 se encuentran en el cuarto cuartil (mayor sufrimiento), mientras que el 67% del G2, el 100% del G4 y el 55% del G5 están en el primero (menor sufrimiento).
 - Sensibilidad Interpersonal, cuyas altas puntuaciones se relacionan con sentimientos de inferioridad y menos habilidades interpersonales ($RV_5=13,101$; $p=0,022$): el 71% del G1, el 61% del G5 y el 67% del G6 se encuentran en el cuarto cuartil, mientras que el 75% del G2, el 57,1% del G3 y el 100% del G4 están en el primero.
 - Depresión ($RV_5=12,327$; $p=0,031$): el 59% del G1 y el 89% del G6 se encuentran en el cuarto cuartil, mientras que el 75% del G2, el 71% del G4 y el 53% del G5 están en el primero.

Estos datos pueden observarse en las figuras 3, 4 y 5.



- Personalidad y Autoeficacia. Se han encontrado diferencias entre los grupos en Extraversión ($F_{5,342}=2,343$; $p=0,041$) y en Responsabilidad ($F_{5,342}=2,94$; $p=0,013$), siendo los sujetos del G1 menos extrvertidos (media= 39,51; $dt=6,67$) que los del

G5 (media=42,25; dt=6,47; $p=0,037$), pero más responsables (media=44,7; dt=5,94) que los del G3 (media=43,2; dt=8,48; $p=0,005$). Además, también hay diferencias en autoeficacia ($F_{5,321}=2,973$; $p=0,012$), mostrándose los sujetos del G1 menos autoeficaces (media=27,86; dt=5,73) que los del G2 (media=31,57; dt=4,25; $p=0,027$).

- Asertividad. Los resultados pueden verse en la tabla 10, teniendo en cuenta que a mayor puntuación, mayor malestar y menor probabilidad de respuesta asertiva.

Tabla 10. Resultados de los análisis de asertividad

Variable (ANOVA)	Diferencias entre grupos	Medias (dt) de los grupos
Grado de malestar en situaciones asertivas ($F_{5,271}=5,098$; $p<0,001$)	G1>G2, $p=0,002$ G1>G5, $p=0,001$ G3>G2, $p=0,048$	G1= 106,65 (24,61) G2= 84,520 (23,70) G3= 110,00 (23,88) G5= 91,880 (23,02)
Malestar al iniciar contactos sociales ($F_{5,285}=3,765$; $p=0,003$)	G1>G2, $p=0,006$ G1>G5, $p=0,002$	G1= 13,02 (4,47) G2= 9,760 (3,80) G5= 10,80 (3,49)
Malestar al expresar sentimientos positivos ($F_{5,276}=5,415$; $p<0,001$)	G1>G2, $p=0,011$ G1>G5, $p<0,001$	G1= 12,24 (4,13) G2= 10,67 (3,47) G5= 9,603 (3,47)
Malestar al encajar críticas ($F_{5,288}=5,197$; $p<0,001$)	G1>G2, $p<0,001$ G1>G5, $p=0,001$	G1= 5,34 (1,89) G2= 3,48 (1,90) G5= 4,28 (1,65)
Malestar al ser asertivo con otras personas ($F_{5,271}=3,374$; $p=0,006$)	G1>G2, $p<0,023$ G1>G5, $p=0,024$	G1= 25,04 (6,82) G2= 20,32 (5,97) G5= 21,98 (5,83)
Malestar al hacer críticas ($F_{5,271}=4,4$; $p=0,001$)	G1>G2, $p=0,015$ G1>G5, $p=0,021$ G3>G2, $p=0,014$ G3>G5; $p=0,047$	G1= 11,15 (2,82) G2= 8,720 (2,95) G3= 12,50 (3,92) G5= 9,620 (3,12)
Discrepar opiniones demás ($F_{5,262}=2,41$; $p=0,037$)	G1>G2, $p<0,024$	G1= 14,14 (3,39) G2= 11,48 (3,36)

- Apoyo social y Bienestar general. Se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en el apoyo social de la pareja entre los distintos grupos ($F_{5,258}=2,2$;

$p=0,05$), siendo mayor en el G1 (media= 24,22;dt=21,15) que en el G3 (media= 22,33; dt=7,11; $p=0,05$), que a su vez, es marginalmente menor que en el G5 (media= 23,79; dt=5,2; $p=0,06$). Finalmente, también se han encontrado diferencias entre los grupos en el bienestar general ($F_{5,228}=2,78$; $p=0,019$), siendo los sujetos del G1 (media= 105,57; dt=21,15) los que puntúan por debajo de los sujetos del G2 (media= 122,64; dt=17,49; $p=0,009$).

2.2. Diferencias entre consumidores y exconsumidores

Si se divide la muestra entre quienes consumen alguna sustancia ilegal en la actualidad (los 60 sujetos del G2, G3 y G6) y quienes la consumieron en algún momento pero ya no desde hace al menos un año (92 sujetos), se encuentran diferencias estadísticamente significativas en algunas variables:

- Obsesión-compulsión ($t_{146} = 2,718$; $p=0,007$): mostrando los consumidores actuales una mayor puntuación (media=1,031; dt=0,586) que los exconsumidores (media=0,771; dt=0,557).
- Ideación paranoide ($t_{145} = 1,971$; $p=0,05$): mostrando los consumidores actuales una mayor puntuación (media=0,808; dt=0,615) que los exconsumidores (media=0,616; dt=0,548).
- Apoyo Social de la pareja ($t_{146} = -2,39$; $p=0,02$): mostrando los consumidores actuales una menor puntuación (media=21,61; dt=6,72) que los exconsumidores (media=24,32; dt=4,36). En esta variable dicotomizada al 50%, no hay significación estadística en el caso de las mujeres, pero sí en los hombres ($RV_1=4,79$; $p=0,029$): el 21,6% de los consumidores actuales percibe alto apoyo de su pareja, frente al 45% de los exconsumidores que también puntúan alto en esta variable.

Si se tiene en cuenta el sexo de los sujetos, aparecen diferencias entre hombres y mujeres en la variable dicotomizada apertura mental. Así, los hombres no muestran relación entre esta variable y ser consumidores actuales o ya no serlo (tanto en un caso como en otro hay una ligera mayoría de alta apertura); mientras que en las mujeres, la mayoría de las exconsumidoras (60%) puntúan alto en apertura mental, frente al 33% de las consumidoras actuales, que tienen mayor apertura ($RV_1=4,19$; $p=0,041$).

Dado que la sustancia predominante tanto en el grupo de consumidores como en el de exconsumidores es el cánnabis, y que hay un número de usuarios de otras sustancias que pueden contaminar las comparaciones, se optó por agrupar a los sujetos de la muestra en otros dos grupos: consumidores actuales de cánnabis de más de una vez a la semana (45 sujetos =G2+G3) y exconsumidores de cánnabis desde hace más de un año (74 sujetos). Los nuevos análisis arrojaron las diferencias que pueden apreciarse en la tabla 11.

Tabla 11. Resultados (T de Student, U de Mann-whitney o Razón de verosimilitud) de la comparación entre consumidores (C) y exconsumidores (E) de cánnabis.

VARIABLE	ESTADÍSTICO	MEDIAS (DT) / PORCENTAJES	
Edad inicio consumo	T=-5,025; p<0,01	C=13,91(2,67)	E=17,1(1,88)
Sexo	RV ₁ =7,9; p=0,005	C=82% hombres	E=63% mujeres
Extraversión	T=-2,167; p=0,03	C=39,25(8,1)	E=43,47(5,82)
Amabilidad	T=-1,9; p=0,05	C=42(8,05)	E=45,52(5,6)
Responsabilidad	T=-2,884; p=0,005	C=39,08(7,93)	E=44,41(5,46)
Atención emocional	T=-2,216; p=0,03	C=23,58(4,25)	E=29,58(4,2)
Regulación emocional	T=-2,422; p=0,018	C=25,17(6,15)	E=29,31(5,32)
Expres. sentim. positivos	T=1,930; p=0,05	C=14,3(4,83)	E=11,68(3,82)
Encajar críticas	T=-1,9; p=0,05	C=4,3(1,64)	E=5,45(1,82)
Apoyo Social Familiar	U=82,5; p=0,009	C=17,57(6,996)	E=24,02(4,35)
Apoyo Social de Amigos	U=101; p=0,027	C=18,57(5,59)	E=23,17(3,76)
Apoyo Social General	U=82; p=0,009	C=54,71(20,81)	E=71,9(9,22)
Satisfac. relac. con padre	RV ₄ =10,15; p=0,038	C=17% no	E=90% sí
Satisfaz. relac. con hermanos	RV ₄ =13,11; p=0,011	C=18% no	E=94% sí
Import. llevarse bien madre	RV ₄ =9; p=0,05	C=17% no	E=94% sí
Import. llevarse bien padre	RV ₄ =10,81; p=0,029	C=34% no	E=90% sí
Import. llevarse bien hnos	RV ₄ =9; p=0,05	C=25% no	E=90% sí
Import. llevarse bien pareja	RV ₄ =9; p=0,05	C=17% no	E=74% sí
Cumplir normas familiares	RV ₄ =17,21; p=0,002	C=92%desacuerdo	E=64%de acuerdo
Sentir temor descub. padres	RV ₄ =10,15; p=0,038	C=59%desacuerdo	E=58%de acuerdo
Desaprobac. materna alcohol	RV ₄ =23,09; p<0,001	C=34%ligera/nula	E=99%contundente
Desaprobac. paterna alcohol	RV ₄ =10,15; p=0,038	C=50%ligera/nula	E=99%contundente
Desaprobac. pareja alcohol	RV ₄ =9; p=0,05	C=46%ligera/nula	E=87%contundente
Desaprobac. materna drogas	RV ₄ =10,64; p=0,031	C=25%ligera/nula	E=97%contundente
Desaprobac. paterna drogas	RV ₄ =20,31; p<0,001	C=17%ligera/nula	E=99%contundente
Desaprobac. hermanos drogas	RV ₄ =19,73; p<0,001	C=67%ligera/nula	E=95%contundente
Desaprobac. pareja drogas	RV ₄ =30,52; p<0,001	C=55%ligera/nula	E=98%contundente
Autocuidado	RV ₃ =14,23; p=0,003	C=50%inadecuado	E=76% adecuado
Acudir a conciertos	RV ₃ =9,64; p=0,022	C=42% mucho	E=93% poco

2.3. Opiniones y actitudes sobre drogas de consumidores y no consumidores

Aquí se hace referencia a los datos aportados por los sujetos durante su participación en los distintos grupos focales. Puesto que el análisis de este apartado es eminentemente

cualitativo, se presentarán las principales ideas aportadas por los sujetos ante las diferentes cuestiones:.

- PERCEPCIÓN DEL FENÓMENO:

- El consumo es percibido como masivo e inevitable: “*todo el mundo lo hace*”, “*es lo que hay*”. Implica una moda deseable y una normalización del consumo (mayor tolerancia social en determinados círculos).
- Ante quienes no aprueben el consumo, se impone la trasgresión como obligación de la juventud: “*cuando eres joven, la norma es saltarse las normas*”.
- Se percibe un inicio cada vez más temprano: “*Ahora empiezan a la edad en la que yo estaba jugando todavía a las muñecas*”.
- Es una parte ineludible del ocio: “*¿Cómo te lo pasas bien si no?*”, “*¿qué vas a hacer con 50 euros un sábado por la noche?*” (demasiado dinero y poca supervisión paterna).
- Las razones principales del consumo:
 - integrarse socialmente, no ser “*el raro*”.
 - la reafirmación de la identidad como adultos: el hombre consume (incluso consumo de riesgo) “*para hacerse el duro*”; la mujer para no quedarse atrás: “*nosotras, las primeras*”. Hacerse el duro conlleva una demostración de potencia física, de valentía, de desprecio del riesgo (el cual es infravalorado: todos “*conocen*” casos de consumidores habituales y muy mayores, que están perfectamente sanos).
- El que consume, “*presume de consumir*”.
- Dos tipos de consumo: EXPERIMENTAL (“*la curiosidad es innata*”), que es positivo y ABUSIVO (“*cuando eres mayor*”), que es perjudicial y no aporta ventajas sociales o personales.
- El consumo desinhibe y facilita relaciones interpersonales, “*ayuda a resolver problemas*” y “*consuela*” en situaciones difíciles.
- Que el cánnabis sea ilegal y no el alcohol, se percibe como discriminación (sólo entre consumidores).

● FACTORES FACILITADORES DEL CONSUMO:

- No consumidores: *“falta de valores sociales”*.
- Consumidores: no critican al consumidor sino al sistema: *“todo el día con que la droga es mala y luego dejan libertad para consumirla y hasta la recomiendan”* y se quejan de excesiva permisividad social: *“los padres, los amigos, los profesores... todos lo saben y nadie hace nada”, “el portero del instituto pasaba costo”, “los padres tienen la culpa”*.
- Tanto consumidores como no consumidores comparten la idea de una presión social excesiva sobre personas muy jóvenes para que consuman: *“¡qué frikie eres si no vas al botellón!”*; *“el que no consume se siente mal, no tiene amigos, le discriminan por no hacer botellón o fumar porros”*.
- Una actitud paterna demasiado condescendiente y la dejación de su función de modelo: *“Si hasta la madre hace botellón con la hija”*; *“cuando los padres son tolerantes, el consumo (de cánnabis) se lleva bien”*.
- Falta de atención paterna *“con la desatención de la familia, los padres no tienen tiempo de ocuparse de los hijos y la vida es más estresante”*.
- Dinámicas familiares alteradas: se consume para *“evadirse de los problemas que los padres te echan encima”*.
- Personalidad: *“los extravertidos consumen más, se deciden más por probar cosas nuevas”*.
- Se magnifican las experiencias positivas, lo que incita al consumo a los buscadores de sensaciones.
- Verbalizar la sensación de dominio sobre el consumo (“yo controlo”) es una prueba inequívoca de consumo problemático y dependencia.

● FACTORES PROTECTORES DEL CONSUMO:

- Aspectos punitivos (familiares, policiales, sociales...).
- Sexo: en las mujeres *“queda más feo”* estar borracha o drogada, y los padres las controlan más.
- Miedo a consecuencias graves *“quedarse colgado”*.
- La familia como factor educativo y de diálogo *“algunos padres piensan que hablar de drogas con sus hijos incita al consumo. Al revés”*.

- Personalidad: *“los introvertidos consumen menos, se dejan llevar menos por el grupo”*.
- PERCEPCIÓN DEL RIESGO:
 - Sólo hay riesgo en el consumo abusivo *“cuando eres mayor”*; *“si te cuelgas cada fin de semana”*.
 - El mayor riesgo es el rechazo social: *“si te pasas, se acaba lo guay y entonces te marginan”*, aunque también se aceptan problemas intelectuales: *“te vuelves más tonto. Se te va la pinza y tienes problemas de memoria, de atención...”*.
 - La familia se lleva la peor parte *“son los que peor lo pasan”*: sentimientos de culpa, gastos en multas y abogados... si se pierde el control, la familia y los amigos dan de lado al adicto.
- PREVENCIÓN DEL PROBLEMA:
 - No consumidores: Enfatizar la educación *“empezar desde pequeños”* *“hay que modificar valores; conocer las consecuencias no es suficiente”*.
 - No consumidores: Mayor comunicación en las familias.
 - Consumidores: Proponer actividades alternativas continuas en el tiempo.
 - Consumidores: Modificar las sustancias para que no sean tan dañinas.

DISCUSIÓN

Objetivo 1: Determinar la epidemiología del consumo de drogas entre los estudiantes de la Universidad de Jaén.

Como puede apreciarse, la prevalencia de tabaco y alcohol es semejante al que presenta la población andaluza en general (EDIS, 2005). Las mujeres fuman algo más que los hombres (aunque la diferencia no es estadísticamente significativa) pero hay más mujeres que hombres (un 25% más) que fuman diariamente. No obstante, durante el fin de semana los hombres fuman más que las mujeres y, aunque la edad de inicio es semejante en los dos sexos (unos 15 años), hay casi cuatro veces más hombres que mujeres que comienzan su inicio antes de los 12 años. Las situaciones que más suscitan el consumo para ambos sexos son las fiestas y “estar de marcha” (ambas son situaciones

sociales) y en tercer lugar, el calmar los nervios. Esta última razón parece incoherente puesto que la nicotina no es un relajante sino todo lo contrario, es un estimulante del sistema nervioso, que comprime los vasos sanguíneos reduciendo la circulación de los miembros periféricos y la irrigación cerebral, aumentando la presión arterial, produciendo taquicardia, arritmias cardíacas y un aumento de adrenalina. El efecto de “calmar los nervios” sólo se produciría en consumidores habituales y sería más bien la consecuencia de paliar los síntomas del síndrome de abstinencia (Moreno, Herrero y Rivero, 2003).

Respecto al consumo de alcohol, hay más hombres consumidores que mujeres y también los hombres consumen más que las mujeres (casi un 66% más). El consumo de universitarios de la UJA es muy superior al del resto de Andalucía (EDIS, 2005), así como el porcentaje de los que alguna vez han probado el alcohol. Esto puede explicarse teniendo en cuenta el rango de edad del estudio del EDIS (de 12 a 65) y la edad media del presente estudio (21,08 años). Si se compara el porcentaje de consumidores actuales de la UJA con los datos del rango de edad de 21 a 24 años de toda la población andaluza, los datos son muy semejantes (81% y 85%, respectivamente). Respecto al porcentaje de personas que nunca han probado el alcohol (muy superior entre la población andaluza en general al presentado por los estudiantes de la UJA) posiblemente se deba a mujeres de otras generaciones distintas a la de los estudiantes universitarios, que en un mayor porcentaje, siempre han sido abstemias.

La edad de inicio en el alcohol es la misma en ambos sexos (alrededor de los 15 años), aunque hay casi un tercio más de hombres que de mujeres entre los menores de 12 años. Así mismo, aunque el mismo porcentaje de hombres que de mujeres ha acudido alguna vez al “botellón” en los últimos seis meses (alrededor del 80%), los hombres van de media unas dos veces al mes mientras que las mujeres lo hacen la mitad. Por otra parte, casi el doble de hombres que de mujeres han experimentado alguna vez una borrachera y la intensidad subjetiva de éstas es superior en los hombres, pero el número de borracheras en el último mes es semejante (unas 2). Este último dato se explica teniendo en cuenta que aunque la cantidad de alcohol ingerida sea inferior en las mujeres, el efecto puede ser el mismo pues depende sobre todo de la masa corporal del consumidor, que suele ser superior en los hombres.

El consumo abusivo de alcohol es mucho más frecuente en hombres que en mujeres (el 80% de los bebedores abusivos son hombres). El porcentaje total de estudiantes universitarios que son bebedores abusivos es muy inferior al de los

andaluces en la franja de edad de 21 a 24 años (casi la mitad). Posiblemente, el trabajo intelectual que conlleva el estudiar sea incompatible con los estados de embriaguez y de resaca casi continuos que serían consecuencia del consumo abusivo de alcohol, por lo que estas personas terminarían por dejar sus estudios (o bien, con suerte, reducirían su consumo).

Los siguientes datos pueden ser relevantes a la hora de establecer factores de riesgo para el consumo de sustancias y pueden apoyar la “hipótesis de la puerta” (Kandel y Jessor, 2002) la cual hace referencia al hecho de que el consumo de una droga es de algún modo el paso previo para el consumo de otras drogas. Esto significa que el consumo de drogas, en ciertos casos, estaría sujeto a una progresiva y jerárquica secuencia en las fases del consumo, empezando por las legales y continuando con el cánnabis que se constituye en un paso para otras drogas ilegales como es la cocaína y las pastillas (Martínez, Trujillo y Robles, 2006). En el presente estudio, acudir al botellón, el inicio más temprano en el consumo, haber experimentado borracheras o el consumo abusivo se relacionan con otros consumos actuales, sobre todo de cánnabis y de cocaína. Sin embargo, el consumo moderado de alcohol no se relaciona con ningún otro consumo. Esto podría apoyar la secuencia de consumo que se enuncia en la “hipótesis de la puerta”, aunque matizándose: no es el consumo de sustancias legales el que inicia la cadena, sino el abuso del alcohol. De esta forma, un consumo responsable de alcohol no entrañaría ningún riesgo de pasar a otros consumos, pero lo que se conoce como “no saber beber” sí que puede ser la puerta para el cánnabis y de ahí a otros consumos de sustancias ilegales. Este dato puede ser de crucial importancia dado el entorno cultural en el que se desenvuelven los sujetos del estudio. España es una sociedad mediterránea en donde no se entiende ningún acto social sin consumir alcohol. Quizás una alternativa educativa para los padres preocupados por esta problemática no sea la de la abstinencia absoluta (que puede tener pocas posibilidades de éxito en este entorno) sino la de enseñar a beber a sus hijos: retrasando el inicio del consumo (si es posible hasta los 18 años), explicando los peligros del abuso, enseñando reglas básicas del “buen bebedor” (no utilizar el alcohol para apagar la sed, no beber con el estómago vacío, saborear el líquido y no bebérselo de golpe, no sobrepasar nunca los propios límites, no beber en absoluto si se ha de conducir...), dando información sobre conocimientos básicos referidos a bebidas alcohólicas (tipos de vinos, su temperatura ideal, el tipo de alimentos con el que debe tomarse...) lo que puede afianzar una

autoimagen refinada de “entendido” en bebidas, totalmente reñida con la del típico borracho que “no sabe beber”.

En cuanto a las drogas ilegales, la mayoría de los consumos en la Universidad de Jaén se sitúa por encima del nivel que presentan el resto de andaluces. No obstante, como ya se ha apuntado, habría que tener en cuenta que los rangos de edad no son los mismos y que, precisamente, en la edad media de los universitarios de la UJA se encuentran los picos de máximo consumo de la mayoría de las sustancias. A pesar de esto, las diferencias no deben ser excesivas pues tanto en uno como en otro ámbito, los tres consumos más frecuentes son el de cánnabis, tranquilizantes y cocaína (aunque en el estudio del EDIS estas dos últimas drogas intercambien su orden). Es posible que la disponibilidad del cánnabis en las escuelas (tal y como se indicó en los grupos focales) favorezca que sea esta la droga ilegal que primero se consume y que el resto, como la cocaína, se empiece con posterioridad, coincidiendo con el momento en el que comiencen a acudir a lugares donde se da ese consumo.

El dato que más llama la atención (aunque no pueda ser comparado con el estudio referido a los andaluces en general pues no se informa sobre él en el estudio del EDIS) es que el 51% de la muestra de estudiantes de la UJA ha probado alguna vez alguna sustancia ilegal. Si a este dato se le añade que el índice de continuidad (proporción de sujetos que continúan consumiendo en la actualidad de entre quienes alguna vez probaron alguna sustancia) es del 30% (superior o igual al 50% en heroína, analgésicos e inhalables; del 20 al 50% en cánnabis, crack, hipnóticos y cocaína; y por debajo del 20% en tranquilizantes, anfetaminas, éxtasis y alucinógenos), eso da una idea de la relevancia de evitar esos primeros consumos, a menudo menospreciados como algo irrelevante y sin consecuencias negativas. Sobre todo si se repara en el hecho de que en el 88% de los casos, el primer consumo (mayoritariamente cánnabis) es suministrado por amigos. Esto es un reflejo de la gran accesibilidad que existe de estas sustancias en la sociedad. Aunque los programas preventivos incidan en variables personales para controlar la demanda de drogas, no debe olvidarse actuar también sobre el entorno para disminuir la oferta de las mismas.

Por sexos, hay una cierta predisposición hacia determinados consumos. Así, las mujeres tienden más a consumir tabaco, tranquilizantes, analgésicos y anfetaminas, mientras que los hombres son mayoritarios en abuso de alcohol, cánnabis, inhalables, cocaína, éxtasis, heroína, alucinógenos y crack (lo que conlleva en ellos un mayor

número de problemas laborales, de salud, económicos, legales...). Asimismo, el sexo de los consumidores también determina las razones por las que se inicia el consumo (dato relevante en los programas de prevención del consumo): las mujeres empiezan a consumir por necesidades de deficiencia o carencia (calmar nervios, controlar síntomas de enfermedades, disminuir el dolor, miedo al rechazo...). Es lo que el estudio del EDIS (2005) llama *Integración y síntomas*. Por su parte, los hombres lo hacen por experimentar nuevas sensaciones (mayor libertad, gusto por lo prohibido, alcanzar éxito social...). Lo que en el EDIS se denomina *Huida, placer y trasgresión*.

Por otra parte, casi un cuarto de los consumidores actuales de sustancias ilegales, son policonsumidores (los porcentajes según el número de sustancias es muy parecido al que presenta la sociedad andaluza en general). Si se profundiza en el policonsumo, puede apreciarse que el cánnabis es la sustancia hegemónica entre estos sujetos: es consumido por el 99,93% de todos los policonsumidores y es el primer consumo en el 93,6% de los casos (tiene la menor edad de inicio). De hecho, el cánnabis se relaciona con otros consumos de sustancias ilegales que también se relacionan entre ellos, formando un grupo en el que participan (en mayor o en menor grado) la mayoría de los policonsumidores. Estas sustancias son, por orden cronológico de consumo (y teniendo en cuenta que el abuso de alcohol se produce en primer lugar y que el cánnabis sería tras éste el primero ilegal): cocaína, éxtasis y alucinógenos (Inhalables –que compartiría lugar con la cocaína-, Crack –penúltimo lugar- y Heroína –último consumo- no presentan un orden estadísticamente significativo). Esto es coherente con la hipótesis de la puerta ya mencionada, que reserva al cánnabis un lugar predominante en la cadena de consumos, al ser la entrada por la que se llega a otros consumos ilegales.

El perfil típico del policonsumidor respecto al consumidor (y que puede ser relevante a la hora de diseñar estrategias de intervención en esta población) es hombre, poco responsable, buscador de sensaciones y con problemas con su sí mismo (baja autoeficacia, autoconcepto y autocuidado). Su entorno familiar es más tolerante con el consumo, le ofrece menos apoyo y sus relaciones con él son menos satisfactorias. Además, siente ansiedad en determinadas situaciones sociales (rechazar peticiones, discrepar de las opiniones de los demás, encajar críticas...) que le hacen especialmente vulnerable a la presión social.

Objetivo 2. Identificar factores de riesgo y protección del consumo de drogas en estudiantes universitarios.

Dado que este es un estudio cuasiexperimental por la forma de seleccionar los grupos (obviamente, no puede manipularse directamente la variable “tipo de consumo”), no es esperable que se dé homogeneidad entre los grupos. Así, aunque la media de edad sea la misma en todos los grupos (en torno a los 21 años), el sexo, como ya se ha indicado anteriormente, no lo es. De esta forma, las mujeres predominan en los grupos de otras sustancias distintas al cánnabis y al abuso de alcohol (G6), abstemios (G1) y consumo moderado de alcohol y/o tabaco (G5), siendo los hombres los mayoritarios en el resto de grupos. Esto debe tenerse en cuenta al hablar de determinados resultados pues no sólo se comparan tipos de consumo sino también (y a veces, por el reducido número de sujetos, de forma inseparable) la influencia del sexo.

Dicho esto, se comprueba que no hay diferencias entre los grupos en el nivel de información que se posee sobre las drogas. Esto ya ocurría al comparar hombres con mujeres en esta misma variable en la que todos se consideraban “bastante informados”. Posiblemente sea cierto. Tanto en el ámbito universitario como en los distintos medios de comunicación y ambientes sociales en los que se desenvuelven los estudiantes hay bastante información como para aportar suficientes conocimientos básicos a los usuarios. Esto señala, una vez más, que si bien la información en esta problemática es imprescindible, no es suficiente para prevenir el consumo, pues la diferencia entre quien consume y quien no lo hace no está en el nivel de información que posea sobre las drogas (que es el mismo) sino en otros factores que a continuación se comentarán, si bien es interesante señalar que este efecto relacionado con la información también se ha documentado en un estudio realizado con estudiantes de la UJA en relación con la sexualidad (Martos et al., 2001), donde los estudiantes no emplean métodos anticonceptivos en sus relaciones sexuales a pesar de conocer la existencia y función de los mismos y las consecuencias de no emplearlos (embarazos, enfermedades de transmisión sexual...).

Con respecto a este estudio, y en relación con factores que pueden estar interviniendo, se observa la influencia del control externo en el consumo: la existencia de normas familiares claras es mejor aceptada por los grupos G1 y G5, mientras que el resto de los grupos de consumidores se muestran más en desacuerdo con esas normas. Por otra parte, la mayoría de los sujetos que viven bajo supervisión pertenecen a los

grupos G1, G5 y G4 (Abuso de alcohol), siendo la mayoría de los que viven sin supervisión los sujetos pertenecientes a los grupos G2 (cánnabis sólo), G3 (policonsumidores de cánnabis y otras) y G6. Esto apunta al efecto coercitivo que juega la familia (o una residencia de estudiantes), pero también a que estas instituciones son más permisivas con las drogas legales incluso cuando el consumo de alcohol se convierte en consumo de alto riesgo. De hecho, la actitud más permisiva de la familia hacia el consumo es predominante en los grupos G2 y G3, pero si esta actitud condescendiente es referida al alcohol, a esos dos grupos se le suma el G4, y si es referida a sustancias ilegales, es el G6 el que se une a esos dos grupos. Es decir, que la influencia de la familia no se limita al mero papel de vigilante. Las opiniones favorables, las actitudes aprobatorias o las complicidades de los allegados con el consumidor, no sólo favorecen el consumo sino que también modulan el tipo de sustancia que se llega a consumir.

Los grupos de consumidores de sustancias ilegales son los que más problemas declaran tener por causa de sus consumos, sin embargo los sujetos pertenecientes al G4 son totalmente inconscientes de su consumo. La totalidad de los sujetos de este grupo dejó sin contestar las preguntas de la encuesta relacionadas con los problemas que acarrea su consumo, como si para ellos abusar del alcohol no fuese un consumo problemático. Esta falta de consciencia del problema debe ser el primer punto sobre el que actuar en cualquier programa dirigido a esta población. De entre los grupos de consumidores, el G3 es el que más se expone a situaciones donde pueda conseguir drogas (conciertos y discotecas) y el que presenta peores puntuaciones en responsabilidad, apoyo social, relaciones con familia o pareja y malestar en situaciones sociales. Así mismo es, junto con el G6, el que presenta mayor porcentaje de sujetos en sufrimiento global y sentimiento de inferioridad (el G6, además, en depresión). El deterioro en estos grupos ya empieza a acusarse.

Sin embargo, también aparecen datos llamativos: el G4 es el que mayor bienestar presenta y la mayoría de sus sujetos puntúan en baja depresión, bajo sufrimiento global y bajo sentimiento de inferioridad (la totalidad del grupo). Posiblemente, se deba a la falta de consciencia de su problema, a lo que se une la mayor aceptación social que tienen los consumidores entre su entorno (como se señaló en el estudio de los grupos focales). Esta última explicación podría aplicarse también a los resultados inesperados del G1 y del G2: es la presión social y la aceptación del grupo las que hacen que los sujetos del G1 se sientan inferiores, más depresivos, menos

autoeficaces, sufran más, sientan mayor malestar en situaciones sociales y menos bienestar general (excepto en las dos últimas variables, justo al contrario que los sujetos del G2). Sin embargo, los sujetos del G1 son los más responsables y los que más apoyo social familiar presentan (junto con los del G5).

El último análisis cuantitativo buscaba diferencias entre consumidores y exconsumidores de todas las sustancias en general y de cánnabis en particular. En el primer caso, los que continúan consumiendo son personas más obsesivas (pensamientos recurrentes que no consiguen ser apartados de la mente del sujeto) y con una mayor ideación paranoide (una enorme suspicacia, normalmente autorreferente, que hace que la persona se sienta el centro de todas las miradas y comentarios). Así mismo, los exconsumidores obtienen mayor apoyo de sus parejas sobre todo en el caso de los hombres. Las mujeres parecen sentirse menos apoyadas por sus parejas para dejar el consumo. Teniendo en cuenta que los hombres son más consumidores que las mujeres, quizás muchas de las parejas de los hombres consumidores no consuman mientras que la mayoría de las parejas de las mujeres consumidoras sí. Esto explicaría el diferente apoyo que prestan a sus respectivas parejas. Por otra parte, y sólo en el caso de las mujeres, las exconsumidoras son mayores buscadoras de sensaciones que las que continúan consumiendo. Esto puede interpretarse si se acepta que la búsqueda de sensaciones no es, en las mujeres, una causa ni para el inicio ni para el mantenimiento del consumo, al contrario que sucede con los hombres.

Respecto a las diferencias entre consumidores y exconsumidores de cánnabis, se enumeran una serie de variables que coinciden con factores de riesgo conocidos.

MODELO DE CONSUMO DE ESTA POBLACIÓN

En función de toda la información aquí expuesta, puede señalarse un modelo de consumo de los estudiantes universitarios evaluados:

- Factores predisponentes:
 - Mayor exposición a la sustancia (conciertos, discotecas, amigos suministradores, dinero).
 - Menor supervisión (viven solos, menos normas familiares).
 - Peores relaciones familiares y con actitudes más permisivas.
 - En relación con el sexo:

- Los hombres están más predispuestos al abuso de alcohol, cánnabis, cocaína, éxtasis, inhalables, alucinógenos, crack y heroína.
- Las mujeres prefieren los tranquilizantes, analgésicos, anfetaminas y tabaco.
- Factores protectores que fallan:
 - Menor apoyo social.
 - Personalidades menos responsables (culpar a otros).
 - Locus de control externo (relacionado con lo anterior).
 - Falta de valores.
 - *Extravertidos, buscadores de sensaciones y asertivos*³.
 - Percepción errónea del fenómeno:
 - Magnificación de la frecuencia y desprecio de los riesgos.
 - Existencia de dosis seguras de consumo durante la juventud.
 - Beneficios del consumo (consuelo, integración).
- Factores disparadores estresantes:
 - Presión social (en abstemios llega a producir sentimientos de inferioridad, depresión y mayor sufrimiento global).
 - Deseo de integrarse y no ser rechazado.
 - Por sexo:
 - Hombres: Deseo de trasgresión y de experimentar placer.
 - Mujeres: Deseo de suplir carencias físicas o psicológicas.
- Llega el consumo:
 - Aceptación social del consumidor (incluso llega a presumir del consumo).
 - Sensación de mayor competencia social (G2).
 - Sensación de mayor bienestar, o incluso inconsciencia del problema (G4).

³ Estos tres factores no tienen por qué ser negativos por sí mismos. Sólo la combinación con otros los hace potencialmente peligrosos. Así, una persona extravertida (con numerosos contactos sociales), con deseos de experimentar nuevas sensaciones y sin problemas para solicitar determinados servicios podría convertirse en consumidora de drogas si es poco responsable, carece de valores sociales, desea integrarse socialmente, tiene creencias erróneas del consumo...

- El paso a otros consumos:
 - Hipótesis de la puerta: no saber beber (inicio temprano, borracheras, botellón, abuso) lleva al cánnabis y éste a la cocaína, éxtasis, etc.
 - Personalidad del policonsumidor:
 - Menos responsable.
 - Mayor búsqueda de sensaciones.
 - Menor autoeficacia y autoconcepto.
 - Menor asertividad.
 - Menor apoyo social y peores relaciones y actitudes familiares.
- El abandono del consumo:
 - Perfil de quien continúa consumiendo:
 - Hombre .
 - Inicio temprano del consumo (generalmente, cánnabis).
 - Menos responsable.
 - Menor autocuidado.
 - Menos inteligencia emocional.
 - Más insociables y hostiles.
 - Más obsesivos y paranoides.
 - Menor apoyo social y peores relaciones y actitudes familiares.

PERSPECTIVAS FUTURAS

Se proponen las siguientes actuaciones ante la posible renovación del Convenio UJA-JA:

1. *Seguimiento periódico de las prevalencias de consumo de drogas y variables relacionadas entre los estudiantes de la UJA:* Dentro de este apartado, se administrarán cuestionarios, test y encuestas a una muestra representativa de los estudiantes de la Universidad de Jaén con el fin de conocer las posibles variaciones en el consumo de sustancias en dicha población, tomando como punto de comparación el estudio realizado durante el desarrollo del primer Convenio. Además, se profundizará en el estudio de las variables asociadas a dicho consumo partiendo de los resultados obtenidos en la investigación llevada a cabo durante el primer Convenio; desechando aquellas variables que no

mostraron relación con el consumo y añadiendo otras nuevas que puedan estar relacionadas (impulsividad, búsqueda de sensaciones, autoestima...). Esta actuación se llevaría a cabo durante el segundo cuatrimestre del segundo año de la duración del nuevo Convenio (de marzo a junio de 2010) para que la comparación con los datos anteriores sea bianual.

2. *Diseño y aplicación de un Programa de Actuación en el ámbito del consumo y abuso de drogas*: El programa duraría los dos años del nuevo Convenio. Su objetivo sería modificar las actitudes hacia las drogas y reducir su consumo en los participantes. Se hipotetiza que la mera información no tendrá efectos diferenciales con respecto al grupo control (en disminución de prevalencias de consumo, modificación de actitudes...), aunque sí se observarán cambios beneficiosos si a la información se le añade el aprendizaje de técnicas y habilidades para enfrentarse a las drogas. El programa constaría de cuatro fases:

- a. Fase evaluativa y de selección: Se escogería un conjunto de alumnos de primer año de carrera y se dividiría entre el grupo experimental (que participaría en el programa y que sería subdividido al azar en dos mitades en función de su participación parcial –sólo psicoeducativa- o total –psicoeducativa más aprendizaje de técnicas- en dicho programa) y el grupo control (que no participaría). Se evaluaría, en ambos grupos, una serie de variables dependientes que servirán para cuantificar los posibles cambios debidos a la aplicación del programa (hábitos de consumo, motivaciones, actitudes, autoestima...). Para realizar de septiembre a diciembre de 2008.
- b. Fase de Intervención: En esta fase no participaría el grupo control. Se trataría de una serie de actividades encaminadas a proporcionar a los participantes el conocimiento y las herramientas necesarias para afrontar con éxito el problema del consumo (bien reduciendo su prevalencia entre los consumidores, bien evitando su consumo entre los no consumidores) y para modificar actitudes y creencias sobre el consumo. Para realizar de enero a mayo de 2009. Las actividades que se proponen serían:
 - i. Actividades psicoeducativas de gran grupo: charlas informativas que suministren datos sobre mecanismos de actuación de las drogas; sus efectos; conceptos y datos básicos como

prevalencias, dependencia, tolerancia... *Se impartirían al grupo experimental completo.*

- ii. Actividades en grupos medianos: talleres de unas 8-10 horas que enseñen técnicas y habilidades concretas para enfrentarse a las drogas como entrenamiento en habilidades sociales, control de impulsividad, técnicas cognitivas de manejo de estrés... Los grupos estarían constituidos por unas 10-15 personas en cada taller. *Sólo para una mitad del grupo experimental (GE2).*
 - iii. Actividades individuales: Asesoramiento personal sobre cualquier tema concreto referido al caso particular de cada alumno. *Sólo para el GE2.* Este apartado podría desarrollarse dentro de la Unidad de Psicología Aplicada que la Universidad de Jaén pondrá en marcha el próximo curso.
- c. Fase de reevaluación: Tanto el grupo control como los experimentales volverían a completar los formularios que ya rellenasen durante la primera fase. Se realizaría durante mayo y junio de 2009.
 - d. Fase de seguimiento: duraría un año (de junio de 2009 a junio de 2010), tras el cuál los grupos volverían a ser evaluados con los mismos instrumentos de las fases primera y tercera. Durante el período de seguimiento no habría una intervención estructurada, pero el asesoramiento ofrecido por la Unidad de Psicología Aplicada continuaría aplicándose.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Brook, J.S., Nomura, C. y Cohen, P. (1989). A Network of influences on adolescent drug involvement: Neighborhood, School, peer, and family. *Genetic, Social and General Psychology Monographs*, 115, 125-145.

Cochran, W. (1974). *Técnicas de Muestreo*. México: Compañía Editorial Continental S.A.

Calafat, A. (1993). Estrategias de prevención familiar y comunitaria. En J.A. García y J. Ruiz (comp.). *Tratado sobre prevención de las drogodependencias* (pp. 197-218). Madrid FAD.

Calafat, A. (2003). *Enjoying the nightlife in Europe. The role of moderation* (pp. 71-81). Palma de Mallorca: IREFREA, España.

Clayton, R.R. (1992). Transitions in drug use: Risk and protective factors. En M. Glantz y R. Pickens (Eds.), *Vulnerability to drug abuse* (pp. 15-51). Washington, C.D: American Psychological Association.

Costa, P.T. y McCrae, R.R. (1999). *Inventario de Personalidad NEO revisado (NEO-PI-R): Inventario NEO reducido de cinco factores (NEO-FFI)*. Madrid: TEA.

Derogatis, L.R. (2002). *SCL-90-R, Cuestionario de 90 síntomas*. Madrid: TEA.

EDADES (2005). *Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo (Plan Nacional sobre Drogas).

EDIS (2005). *Los andaluces ante las drogas IX-2005*. Sevilla: Consejería para la Igualdad y Bienestar Social de la Junta de Andalucía.

ESTUDES (2006). *Encuesta Estatal sobre el Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo (Plan Nacional sobre Drogas)

Fernández-Berrocal, P., Extremera, N. y Ramos, N. (2004). Validity and reliability of the Spanish modified version of the Trait Meta-Mood Scale. *Psychological Reports*, 94, 751-755.

Funes, J. (1996). *Drogas y adolescentes*. Madrid: Aguilar

Gambrill, E.D. y Richey, C.A. (1975) An assertion inventory for use in assessment and research. *Behavior Therapy*, 6, 550-561.

Graña, J.L. y Muñoz Rivas, M. (2000). Factores psicológicos de riesgo y de protección para el consumo de drogas en adolescentes. *Psicología Conductual*, 8, 249-269.

Hawkins, J.D.; Catalana, R.F.; y Millar, J.L. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin*, 112, 64-105.

Jerusalem, M. y Schwarzer, R. (1992). Self-efficacy as a resource factor in stress appraisal processes. En R. Schwarzer (Ed.). *Self-efficacy: Thought control of action* (pp. 195-213). Washington, D.C: Hemisphere.

Kandel, D.B. y Jessor, R. (2002). The Gateway Hypothesis revisited. En D.B. Kandel (Ed.). *Stages and pathways of drug involvement: Examining the Gateway Hypothesis* (pp. 365-372). Nueva York: Cambridge University Press.

Krueger, R.A. (1991). *Focus groups: A practical guide for applied research*. Beverly Hills; California: Sage.

Martínez, J.M.; Trujillo, H.M. y Robles, L. (2003). Diferencias sociodemográficas y protección ante el consumo de drogas legales. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 3, 461-475.

Martínez, J.M, Trujillo, H.M y Robles, L. (2006). *Factores de riesgo, protección y representaciones sociales sobre el consumo de drogas: implicaciones para la*

prevención. Sevilla: Consejería para la Igualdad y el Bienestar Social de la Junta de Andalucía.

Martos, F., Escarabajal, M.D., García, M.D., Gómez, M.L., López, B., Morales, M.D. y Paredes, C. (2001). *Conocimientos, actitudes y prácticas sexuales de los jóvenes adolescentes giennenses: un libro blanco de la sexualidad juvenil en Jaén*. Jaén: Instituto de Estudios Giennenses.

Mc Culler, W.J., Sussman, S., Dent, C.W. y Teran, L. (2001). Concurrent prediction of drug use among high-risk youth. *Addictive Behaviors*, 26, 137-142.

Megías, E.; Comas, D.; Elzo, J.; Navarro, J.; y Romaní, O. (2001). *La percepción social de los problemas de drogas en España* (pp. 13). Madrid: FAD.

Moncada, S. (1997). Factores de riesgo y protección en el consumo de drogas (Ed.), *Prevención de las drogodependencias. Análisis y propuestas de actuación* (pp. 85-101). Madrid: Plan Nacional Sobre Drogas.

Moreno J. J., Herrero F. J. y Rivero, A. (2003). *Tabaquismo: Programa para dejar de fumar*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos.

Morgan, D. (1993). *Focus groups as qualitative research*. Newbury Park, California: Sage.

Moscovici, S. (1986). *Psicología Social II. Pensamiento y vida social. Psicología social y problemas sociales* (pp. 470-534). Barcelona: Paidós.

Muñoz-Rivas, M. (1998). *Factores de riesgo en drogodependencias: Consumo de drogas en adolescentes*. Tesis Doctoral. Universidad Complutense de Madrid, Facultad de Psicología

Muñoz-Rivas, M., Graña, J.L. y Cruzado, J.A. (2000). *Factores de riesgo en drogodependencias: consumo de drogas en adolescentes*. Madrid: Sociedad de Psicología Clínica, Legal y Forense.

Navarro, J. (2001). *Los andaluces ante las drogas VII*. Sevilla: Junta de Andalucía. Consejería para la Igualdad y Bienestar Social.

Newcomb, M.D. y Félix-Ortiz, M. (1992). Multiple protective and risk factors for drug use and abuse: Cross-sectional and protective finding. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63, 280-296.

OEDT (Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías) (2003). El problema de la drogodependencia en la unión Europea y en Noruega, Luxemburgo.

Piko, B.F. y Fitzpatrick, K.M. (2004). Substance use, religiosity and other protective factors among Hungarian adolescents. *Addictive Behaviors*,), 1095-1107.

Pons, J. Berjano, E. y García, F. (1999). *El consumo abusivo de alcohol en la adolescencia: Un modelo explicativo desde la psicología social*. Madrid: Plan Naciones Sobre Drogas.

Turner, C. (1990). How much alcohol is in a 'standard drink': an analysis of 125 studies. *British Journal of Addiction*, 85,1171-6.

Sánchez-Cánovas, J. (1998). *EBP. Escala de Bienestar Psicológico*. Madrid: TEA.

Scheier, L.M.; Newcomb, M.D.y Skger, R. (1994). Risk, protection, and vulnerability to adolescent drug use:latent- variable models of three age groups. *Journal Drug Education*, 24, 49-82.

Vargas, C. (2003). *Secuencia en el uso de drogas, Factores de riesgo y protección en el consumo de cánnabis en universitarios*. Tesis Doctoral. Universidad de Granada.

Zimet, G.D., Dahlem, N.W., Ziment, S.G. y Farley, G.K. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, 52 (1), 30-41.

ANEXO I

Encuesta de actitudes y hábitos de consumo de sustancias

n° de control: _____

A continuación se presenta una serie de preguntas sobre consumo de sustancias y otras cuestiones. Responde lo más sinceramente posible. Cualquier información reflejada en este cuadernillo será TOTAL Y ABSOLUTAMENTE CONFIDENCIAL. Tu nombre no es necesario y el número del móvil o el correo electrónico permiten guardar por completo el anonimato de quien lo desee. Esta información se solicita exclusivamente para informarte de tus resultados y del curso de este estudio. Tienes todo el derecho a conocer el perfil de tu personalidad, el nivel de tu inteligencia emocional o el grado de tus habilidades sociales, variables que, entre otras, se miden con este cuadernillo.

Gracias por tu colaboración.

Nombre y apellidos (opcional): _____

Edad: _____ Sexo (hombre/mujer): _____

Curso: _____ Titulación: _____

Forma de contacto (n° de móvil o correo electrónico): _____

1. Nivel de estudios del padre:
 - 1: Ninguno
 - 2: Primaria
 - 3: Bachillerato o equivalente
 - 4: Universitarios
2. Nivel de estudios de la madre:
 - 1: Ninguno
 - 2: Primaria
 - 3: Bachillerato o equivalente
 - 4: Universitarios

3. Actividad profesional del padre:

- 1: Empresario o alto directivo de la empresa privada o de la Administración
- 2: Empresario medio y pequeño. Autónomo, comerciante, pequeño propietario agrícola
- 3: Profesional, técnico y cuadros medios
- 4: Funcionario, miembro de las Fuerzas Armadas y de Seguridad
- 5: Empleado en el sector servicios
- 6: Trabajador de la industria
- 7: Trabajador y jornalero del campo
- 8: En paro cobrando subsidio
- 9: En paro sin subsidio
- 10: Pensionista (minusvalías, jubilación...)
- 11: Otros: _____

4. Actividad profesional de la madre:

- 1: Empresaria o alto directivo de la empresa privada o de la Administración
- 2: Empresaria media y pequeña. Autónoma, comerciante, pequeña propietaria agrícola
- 3: Profesional, técnica y cuadros medios
- 4: Funcionaria, miembro de las Fuerzas Armadas y de Seguridad
- 5: Empleada en el sector servicios
- 6: Trabajadora de la industria
- 7: Trabajadora y jornalera del campo
- 8: En paro cobrando subsidio
- 9: En paro sin subsidio
- 10: Pensionista (minusvalías, jubilación...)
- 11: Otros: _____

5. ¿Con quién vives?

- 1: En pareja con o sin hijos
- 2: Solo
- 3: Con los padres y/o hermanos
- 4: Con otros familiares
- 5: Con amigos o compañeros de piso
- 6: Otros _____

6. ¿Cómo de satisfecho te sientes con tus relaciones con...

	No existe tal persona	Muy satisfecho	Satisfecho	Poco satisfecho	Nada satisfecho
tu madre?					
tu padre?					
Tus hermanos?					
Tu pareja?					

7. ¿Cuánta importancia tiene para ti llevarte bien con...

	No existe tal persona	Mucha	Bastante	No estoy seguro	Ninguna
tu madre?					
tu padre?					
Tus hermanos?					
tu pareja?					

8. Marca la casilla que te parezca correcta, aplicada a tu caso.

	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	No estoy seguro	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
Siempre cumplo las normas que han establecido mis padres para mí					
Mis padres tienen una norma muy estricta según la cual yo nunca debo consumir drogas					
Para mí es importante hacer siempre lo que mis padres me dicen que haga					
Me asustaría que mis padres descubrieran que he probado drogas					
Mis padres me han dejado claro lo que piensan sobre las drogas					

9. ¿En qué medida desaprobaban las personas siguientes el que consumieses alcohol en exceso?

	Lo desaprobaba extremadamente	Lo desaprobaba muchísimo	Lo desaprobaba	Lo desaprobaba ligeramente	No lo desaprobaba
tu madre					
tu padre					
Tus hermanos					
Tu Pareja					

10. ¿En qué medida desaprobaban las personas siguientes el que consumieses drogas ilegales?

	Lo desaprobaba extremadamente	Lo desaprobaba muchísimo	Lo desaprobaba	Lo desaprobaba ligeramente	No lo desaprobaba
tu madre					
tu padre					
Tus hermanos					
Tu pareja					

11. ¿Fumas tabaco?

- 1: Nunca he fumado
- 2: No fumo, pero he sido fumador
- 3: Sólo fumo ocasionalmente
- 4: Fumo diariamente

Si has contestado 1 pasa a la pregunta 16.

12. ¿A qué edad empezaste a fumar? _____

13. Si fumas diariamente, ¿qué cantidad media de cigarrillos fumas al día? (si no fumas diariamente, deja esta pregunta en blanco):

- 1: Días laborales: _____
- 2: Fin de semana y festivos: _____

14. ¿En qué circunstancia fumas o fumabas más?

- 1: Cuando estoy nervioso o estresado
- 2: Cuando me aburro
- 3: Cuando me divierto
- 4: Cuando estoy descansado
- 5: Cuando estoy con amigos
- 6: Cuando estoy de marcha

15. ¿Dónde sueles o solías fumar más?

- 1: En el trabajo
 - 2: En fiestas y bares
 - 3: En mi casa
 - 4: En el instituto o la universidad
 - 5: En otros lugares _____
-

16. En lo que se refiere a bebidas alcohólicas, ¿alguna vez has probado alguna?

- 1: No
- 2: Sí

Si has contestado 1 pasa a la pregunta 23

17. ¿A qué edad aproximada tomaste por primera vez alguna bebida alcohólica? _____

18. ¿Cuánto tiempo hace que tomaste por última vez alguna bebida alcohólica?

- 1: Más de 12 meses
- 2: De 12 meses a un mes
- 3: En el último mes

Si has contestado 3 responde a la siguiente pregunta, si no, saltatela:

19. ¿Con qué frecuencia y en qué cantidad has consumido las siguientes bebidas alcohólicas en los últimos 30 días? (anota el número medio de vasos o copas al día que corresponda)

	Copas de vino	Vasos de cerveza	Cubatas	Licores
Durante los días laborables me tomo al día...				
Durante los fines de semana, me tomo cada día...				

20. En los últimos 6 meses ¿has participado en algún botellón?

- 1: No
- 2: Sí (¿Cuántas veces? _____)

21. Durante el último mes ¿te has emborrachado alguna vez?

1: No

2: Sí (¿Cuántas veces? _____)

22. Indica en una escala de 0 a 10 cuánto de borracho dirías que estuviste la última vez que te emborrachaste:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nunca
he estado
borracho

Muy
intoxicado
hasta el punto
de ser incapaz
de mantenerme
en pie.

23. Rellena la siguiente tabla (tacha el número que corresponda):

	¿A qué edad lo probaste?	¿Lo has usado en los últimos 12 meses?	¿Lo has usado en los últimos 6 meses?	¿Lo has usado en los últimos 30 días?
Inhalables (gasolinas, colas, pegamentos, disolventes)	1: ___ años 2: Nunca lo he probado	1: No 2: Sí	1: No 2: Sí	1: Nada 2: Menos de 1 vez semanal 3: 1 vez semanal 4: De 2 a 5 veces semanales 5: Diariamente
Cánnabis (hachís, marihuana, porros)	1: ___ años 2: Nunca lo he probado	1: No 2: Sí	1: No 2: Sí	1: Nada 2: Menos de 1 vez semanal 3: 1 vez semanal 4: De 2 a 5 veces semanales 5: Diariamente
Cocaína	1: ___ años 2: Nunca lo he probado	1: No 2: Sí	1: No 2: Sí	1: Nada 2: Menos de 1 vez semanal 3: 1 vez semanal 4: De 2 a 5 veces semanales 5: Diariamente
Éxtasis o drogas de diseño	1: ___ años 2: Nunca lo he probado	1: No 2: Sí	1: No 2: Sí	1: Nada 2: Menos de 1 vez semanal 3: 1 vez semanal 4: De 2 a 5 veces semanales 5: Diariamente
Heroína	1: ___ años 2: Nunca lo he probado	1: No 2: Sí	1: No 2: Sí	1: Nada 2: Menos de 1 vez semanal 3: 1 vez semanal 4: De 2 a 5 veces semanales 5: Diariamente
Alucinógenos (LSD, Tripis)	1: ___ años 2: Nunca lo he probado	1: No 2: Sí	1: No 2: Sí	1: Nada 2: Menos de 1 vez semanal 3: 1 vez semanal 4: De 2 a 5 veces semanales 5: Diariamente
Anfetaminas (pastillas para no dormir, estimulantes para adelgazar)	1: ___ años 2: Nunca lo he probado	1: No 2: Sí	1: No 2: Sí	1: Nada 2: Menos de 1 vez semanal 3: 1 vez semanal 4: De 2 a 5 veces semanales 5: Diariamente

	¿A qué edad lo probaste?	¿Lo has usado en los últimos 12 meses?	¿Lo has usado en los últimos 6 meses?	¿Lo has usado en los últimos 30 días?
Tranquilizantes (valium, librium) sin prescripción	1: ___ años 2: Nunca lo he probado	1: No 2: Sí	1: No 2: Sí	1: Nada 2: Menos de 1 vez semanal 3: 1 vez semanal 4: De 2 a 5 veces semanales 5: Diariamente
Hipnóticos y somníferos sin prescripción	1: ___ años 2: Nunca lo he probado	1: No 2: Sí	1: No 2: Sí	1: Nada 2: Menos de 1 vez semanal 3: 1 vez semanal 4: De 2 a 5 veces semanales 5: Diariamente
Base, crack	1: ___ años 2: Nunca lo he probado	1: No 2: Sí	1: No 2: Sí	1: Nada 2: Menos de 1 vez semanal 3: 1 vez semanal 4: De 2 a 5 veces semanales 5: Diariamente
Analgésicos morfínicos y otros opiáceos sin receta	1: ___ años 2: Nunca lo he probado	1: No 2: Sí	1: No 2: Sí	1: Nada 2: Menos de 1 vez semanal 3: 1 vez semanal 4: De 2 a 5 veces semanales 5: Diariamente

Si no has consumido ninguna de estas sustancias en los últimos 12 meses, pasa a la pregunta 30

24. ¿Cuál fue la primera droga ilegal que consumiste? _____

25. ¿Cómo la conseguiste?

- 1: Me la proporcionó mi hermano o hermana mayor
- 2: Me la dio una persona amiga y mayor que yo
- 3: Me la dio una persona amiga de mi edad o más joven
- 4: Me la dio alguien de quien yo había oído hablar pero que no conocía personalmente
- 5: Me la proporcionó un desconocido
- 6: La compré
- 7: Me la dio uno de mis padres
- 8: La cogí de casa de mis padres sin su permiso

26. ¿En qué lugar podrías comprar drogas fácilmente si quisieras?

- 1: No lo sé
- 2: En la calle, parque, etc.
- 3: En la Universidad
- 4: En discotecas, pub, etc.
- 5: En la casa de un camello

27. ¿Has tenido alguno o algunos de los siguientes problemas por haber consumido alguna de las sustancias mencionadas más arriba o por excesivo consumo de alcohol? (señala dos alternativas como máximo)

- 1: Faltar alguna vez a clase
- 2: Ir mal en los estudios
- 3: Faltar alguna vez al trabajo
- 4: Problemas en el trabajo (sanciones, etc.)
- 5: No me permite encontrar trabajo
- 6: Conflictos familiares
- 7: Problemas económicos
- 8: He perdido amigos
- 9: Problemas de salud
- 10: Accidentes
- 11: He estado detenido o en prisión
- 12: Problemas en clase o con compañeros
- 13: Ninguno

28. ¿Qué efectos o consecuencias agradables o positivas te reporta el consumo de estas sustancias? (señala dos alternativas como máximo)

- 1: Placer, bienestar
- 2: Estimulación, energía
- 3: Calma, tranquilidad
- 4: Evitación de molestias
- 5: Mejora en las relaciones sociales
- 6: Mejora en las relaciones sexuales
- 7: Otras: _____

29. ¿Cuáles de las siguientes razones son las más parecidas a aquellas por las que empezaste a tomar alguna de las sustancias mencionadas anteriormente? (señala tres alternativas como máximo)

- 1: Por sentirme a disgusto en una sociedad injusta
- 2: Por escapar a problemas personales
- 3: Por el gusto de hacer algo prohibido
- 4: Por experimentar placer, animarme...
- 5: Por sentirme libre
- 6: Por pasar el rato
- 7: Por estudiar o trabajar mejor
- 8: Para facilitar la conversación y el contacto social
- 9: Porque “paso de todo”
- 10: Para calmar los nervios
- 11: Porque es una costumbre
- 12: Para no ser tenido por raro
- 13: Por curiosidad y deseo de sentir sensaciones nuevas
- 14: Para dormir mejor
- 15: Por sentirme rechazado o no aceptado por mi familia
- 16: Por sentirme marginado o discriminado entre mis compañeros de trabajo o estudios
- 17: Por encontrar un nuevo estilo de vida
- 18: Por deseo de ser miembro de un grupo y sentirme aceptado por él
- 19: Por enfermedad o dolor

30. ¿Te sientes informado respecto a los posibles efectos de las drogas?

- 1: Nada
- 2: Poco
- 3: Algo
- 4: Bastante
- 5: Mucho

31. Señala la casilla más adecuada a tu situación:

	Sí, definitivamente	Sí, la mayor parte de las veces	Sí, a veces	No, la mayor parte de las veces
Mi experiencia en la vida me ha enseñado a valorarme y apreciarme				
Tengo una buena opinión de mí mismo				
Me trato y me cuido a mí mismo adecuadamente				
Me gusta cómo soy				
Atribuyo el mismo peso a mis cualidades, habilidades, aciertos y puntos fuertes que a mis debilidades y errores				
Me siento bien conmigo mismo				
Creo que merezco la atención y el tiempo de las otras personas				
Las expectativas que tengo de mí mismo no son más rígidas y exigentes que las que tengo para otras personas				
Soy más cuidadoso y animador hacia mí mismo que autocrítico				

32. Señala la frecuencia con la que realizas las siguientes actividades:

	Nunca	Raramente	Algunas veces	Con bastante frecuencia	Muy frecuentemente
Salir con amigos					
Ir a discotecas, pubs, bares					
Ver TV, vídeo, DVD					
Leer prensa					
Leer libros					
Charlar con la familia y amigos					
Ir al cine					
Ir al teatro					
Hacer deporte					
Aficiones (pintura, fotografía, instrumentos musicales...)					
Acudir a conciertos					
Pasear					
Usar internet (Chat, navegar...)					
Jugar con videojuegos					
Colaborar con asociaciones					