

upna

Universidad Pública de Navarra
Nafarroako Unibertsitate Publikoa

Facultad de Ciencias de la Salud

Departamento de Ciencias de la Salud

TESIS DOCTORAL

Evaluación de la eficacia de la intervención con adolescentes en situación
de riesgo en un programa de prevención indicada



Tesis escrita por Garikoitz Mendigutxia Sorabilla

Tesis dirigida por José Javier López Goñi

upna

Universidad Pública de Navarra
Nafarroako Unibertsitate Publikoa

Osasun Zientzien Fakultatea

Osasun Zientzien Departamentua

DOKTOREGO TESIA

Arrisku egoeran dauden nerabeekin prebentzio egokituko programa batean
esku hartzearen eraginkortasunaren ebaluazioa



Garikoitz Mendigutxia Sorabilla-k idatzitako Tesia

José Javier López Goñi-k zuzendutako Tesia

AGRADECIMIENTOS

Después de diez años llega la dulce hora de enfrentarme a las últimas líneas de este trabajo. Algunos dicen que lo importante es el camino. Y he llegado hasta aquí porque no he estado solo. Porque me he sentido extraordinariamente acompañado. Por las instituciones y sobre todo por las personas que las han representado. Muchísimas gracias a todas ellas por empujarme hasta el final.

Mi primera expresión de gratitud infinita va dirigida a la Universidad Pública de Navarra. Por la cesión de sus espacios y recursos y la amabilidad de sus responsables. El eco de las teclas en el humilde despacho bibliotecario me acompañará toda mi vida. En concreto al Grupo de Investigación de Psicología Clínica y Psicopatología. Auténticos precursores y artífices intelectuales de este trabajo. En primer lugar, a Alfonso Arteaga Olleta por cederme un lugar en Suspertu y acompañarme en mis primeros pasos investigadores. A Javier Fernández-Montalvo por dirigir mi primer estudio en la universidad y alentarme cada vez que había ocasión con su energía y sonrisa. Y por último y más importante. A José Javier López-Goñi. Catedrático de la confianza, la paciencia y la perseverancia. Premio a la excelencia docente en flexibilidad y disponibilidad. Y, sobre todo, Doctor Honoris Causa en sabiduría, sencillez, cercanía y generosidad. Las incontables horas de trabajo junto a ti, enrollado con tu manta y que he compartido contigo durante estos años, no podré agradecerlas nunca como se merecen. Espero poder seguir disfrutándolas. Nada de esto habría sido posible sin ti. Mila esker Jope.

El segundo de mis agradecimientos incluye necesariamente a la Fundación Proyecto Hombre de Navarra. Hace casi 14 años me dio la oportunidad de incorporarme a su gran familia de trabajadores y voluntarios. Con ella he crecido a nivel personal y formativo. Uno de sus padres y hoy director de la Fundación, Alfonso Arana Marquina, confió en mí entonces y me ha seguido apoyando en la consecución de este trabajo. Mi más sincero reconocimiento. Desde hace unos cuantos años y semana tras semana, una de esas personas voluntarias que nos regala su tiempo sin pedir nada a cambio, me viene preguntando: ¿cómo vas con la tesis Garikoitz?, ¿para cuándo la terminas? Ya puedo contestarte. Por fin Gloria, ya la he terminado. Muchísimas gracias por tu interés. Y

como no podía ser de otra manera mi eterno agradecimiento al Programa Suspertu. A todos y todas las compañeras con los que he compartido esta excitante y gratificante aventura adolescente. Especialmente a Sonia, cómplice necesaria desde el principio en Suspertu, amiga y corresponsable de este trabajo. Y a Dani, por hacerme la vida tan fácil en la siempre complicada tercera planta de Paules.

Mi más sentido reconocimiento también para los verdaderos protagonistas de esta investigación. A todos los y las adolescentes que han pasado por nuestros despachos independientemente de que hayan participado en este estudio. Con los que he saboreado alegrías, frustraciones, éxitos, lloros, enfados y risas. Gracias por vuestra generosidad e inocencia. Por todo lo que aprendo de vuestras vidas. Gracias de todo corazón. Sin olvidarme de sus familias. De su compromiso y confianza en nuestro proyecto. Va por vosotras también.

Para terminar, el mayor y sentido de mis agradecimientos es para mi familia. En primer lugar, a la persona con la que comparto mi vida desde hace más de 20 años. A la que me ha mantenido y no me ha dejado caer. La que siempre creyó en mí y ha padecido más de cerca mis dificultades y frustraciones a lo largo de este camino. Gracias Lau por tu generosidad y comprensión. A mis hijos, Markel y Joanes. Mis disculpas por haberos robado irrecuperables horas de atención. Gracias por devolvérmelas cargadas de ilusión y felicidad. Espero que este trabajo os sirva para reconocer la importancia del rigor científico, el desarrollo del sentido crítico, así como los valores del esfuerzo y de la perseverancia. Y por último a mi aita y mi ama. Sin vosotros ni una sola letra de esta investigación habría sido posible. Gracias por inocularme el valor de la formación y habérmela subvencionado a fondo perdido. Por vuestra dedicación y sacrificio. Este trabajo es más vuestro que mío.

Muchas gracias a todos
Mila esker bihotz-bihotzez

ÍNDICE

Índice de tablas	V
Índice de gráficos.....	IX
Índice de figuras	XI
PARTE TEÓRICA.....	1
CAPÍTULO 1. La adolescencia	1
1.1. Definición, concepto, etapas y características	1
1.1.1. <i>Definición y concepto.....</i>	<i>1</i>
1.1.2. <i>Etapas de la adolescencia.....</i>	<i>3</i>
1.1.3. <i>Características y cambios en la adolescencia</i>	<i>4</i>
1.2. Teorías de la adolescencia	9
1.3. Los comportamientos de riesgo en la adolescencia: consumos de drogas y juegos de azar	11
1.3.1. <i>Los consumos de drogas</i>	<i>11</i>
1.3.2. <i>Los juegos de azar con dinero</i>	<i>25</i>
1.3.3. <i>Conclusiones</i>	<i>32</i>
1.4. Los factores de riesgo y protección ante los consumos de drogas en la adolescencia.	34
1.4.1. <i>Concepto de factores de riesgo y protección</i>	<i>34</i>
1.4.2. <i>Factores de riesgo y protección: ¿una cuestión de género?</i>	<i>37</i>
1.4.3. <i>Clasificación de los factores de riesgo y protección</i>	<i>37</i>
CAPITULO 2. Prevención en la adolescencia	63
2.1. Concepto de prevención y otros conceptos asociados	63
2.2. Principios fundamentales de la prevención del consumo de drogas.....	65
2.3. Clasificación y ámbitos de la prevención.	71
2.3.1. <i>Clasificación de las actividades de prevención en función de los destinatarios.....</i>	<i>71</i>
2.3.2. <i>Clasificación de las actividades de prevención en función del entorno</i>	<i>77</i>
2.4. La evaluación de los programas de prevención	86
2.4.1. <i>Objetivos y características de la evaluación</i>	<i>86</i>
2.4.2. <i>Tipos de evaluación y tipos de diseños</i>	<i>88</i>
2.4.3. <i>Estándares y criterios de calidad.....</i>	<i>93</i>
2.4.4. <i>Evidencia de la eficacia de los programas de prevención del consumo de drogas.....</i>	<i>103</i>

2.4.5. Evidencias sobre lo que funciona en prevención.....	116
CAPÍTULO 3. El programa Suspertu (Fundación Proyecto Hombre Navarra) .	123
3.1. Historia de la Fundación Proyecto Hombre Navarra.....	123
3.2. Programas de la Fundación Proyecto Hombre Navarra.....	124
3.2.1. Programa de Comunidad Terapéutica, “Proyecto Hombre”.....	124
3.2.2. Centro de Atención Ambulatoria de Adicciones “ALDATU”.....	126
3.2.3. Programa de Apoyo a Adolescentes y sus Familias “SUSPERTU”.....	127
3.3. Servicios de la Fundación Proyecto Hombre Navarra.....	127
3.3.1. Servicio de Acogida y Diagnóstico inicial.....	127
3.3.2. Servicio de intervención en el Centro Penitenciario de Pamplona.....	128
3.3.3. Servicio de Voluntariado.....	128
3.3.4. Servicio de Investigación y Desarrollo.....	128
3.3.5. El Servicio de Colaboración con Empresas.....	129
3.3.6. El Servicio de Apoyo Familiar.....	129
3.3.7. El Servicio de Inserción Sociolaboral.....	129
3.4. Programa Suspertu.....	130
3.4.1. Fundamentación del Programa.....	131
3.4.2. Modelos teóricos que sustentan el Programa Suspertu.....	134
3.4.3. Descripción del programa Suspertu.....	155
3.4.4. Suspertu en números: 25 años (1997-2021).....	162
Conclusiones de la parte teórica.....	168
PARTE EMPÍRICA.....	169
1. Introducción.....	169
2. Objetivos e hipótesis.....	170
2.1. Objetivos.....	170
2.2. Hipótesis.....	171
3. Método.....	173
3.1. Participantes.....	173
3.2. Diseño experimental.....	174
3.3. Equipo de evaluación e intervención.....	174
3.4. Medidas de evaluación.....	174
3.4.1. Variables sociodemográficas.....	174
3.4.2. Variables de personalidad.....	174
3.4.3. Sintomatología psicopatológica.....	177
3.4.4. Ámbito familiar.....	177

3.4.5. <i>Ámbito escolar y de ocio</i>	178
3.4.6. <i>Conductas de riesgo</i>	178
3.4.7. <i>Variables relacionadas con la evolución en el programa Suspertu</i>	179
3.5. Procedimiento	179
3.6. Análisis de datos	180
4. Resultados	182
4.1. Perfil sociodemográfico de los adolescentes que acuden al programa de prevención indicada Suspertu	182
4.2. Estado y/o situación de los y las adolescentes al inicio de la intervención ..	183
4.2.1. <i>Características de personalidad</i>	183
4.2.2. <i>Sintomatología psicopatológica</i>	185
4.2.3. <i>Ámbito familiar</i>	186
4.2.4. <i>Ámbito escolar y de ocio</i>	188
4.2.5. <i>Consumos de drogas y otras conductas de riesgo</i>	189
4.2.6. <i>Nivel de problemática percibida en las diferentes áreas</i>	195
4.3. Evolución tras la intervención	196
4.3.1. <i>Características de personalidad</i>	196
4.3.2. <i>Sintomatología psicopatológica</i>	200
4.3.3. <i>Ámbito familiar</i>	203
4.3.4. <i>Ámbito escolar y de ocio</i>	206
4.3.5. <i>Consumos de drogas y otras conductas de riesgo</i>	209
4.3.6. <i>Nivel de problemática percibida en las diferentes áreas</i>	226
4.3.7. <i>Variables de proceso en el programa</i>	227
5. Conclusiones	233
6. Discusión	245
6.1. ¿Cómo llegan los y las adolescentes a Suspertu?	245
6.2. ¿Cómo se van los chicos y chicas después de finalizar el proceso?	250
6.3. Limitaciones	256
6.4. Líneas de futuro	259
REFERENCIAS	262
ANEXOS	317
Anexo 1: Autorización comité ética	317
Anexo 2: Consentimiento menores de 16 años	319
Anexo 3: Consentimiento mayores de 16 años	321

Anexo 4: Cuestionario CTCYS - Communities that Care Youth Survey	323
Anexo 5: SURPS - Substance Use Risk Profile Scale	337
Anexo 6: Escala de autoestima	339
Anexo 7: Escala de autoeficacia generalizada.....	341
Anexo 8: Escala evaluación de la tolerancia a la frustración	343
Anexo 9: Escala evaluación de la planificación y toma de decisiones.....	345
Anexo 10: Escala básica de empatía	347
Anexo 11: Escala para la evaluación de las habilidades sociales	349
Anexo 12: SCL-90-R.....	351
Anexo 13: Escala de inadaptación.....	353
Anexo 14: Escala para la evaluación del estilo parental	355
Anexo 15: Cuestionario de satisfacción con el tratamiento	357

Índice de tablas

Tabla 1. Etapas, rangos y características de la adolescencia.....	4
Tabla 2. Cambios físicos y biológicos de la adolescencia	5
Tabla 3. Clasificación de las teorías de la adolescencia.....	10
Tabla 4. Principales factores de riesgo y de protección relacionados con el consumo de drogas39	
Tabla 5. Definición Real Academia Española <i>Prevenir</i>	63
Tabla 6. Principios de los programas de prevención NIDA.....	66
Tabla 7. Principios Socidrogalcohol, 2012.....	68
Tabla 8. Principios de la Society for Prevention Research	70
Tabla 9. Tipos de abordaje de prevención ambiental (EMCDDA).....	76
Tabla 10. Tipos y eficacia de las intervenciones preventivas escolares.....	81
Tabla 11. Lo que funciona y lo que no en prevención escolar.....	82
Tabla 12. Principales intervenciones preventivas con evidencias de su eficacia	85
Tabla 13. Tabla resumen de los tipos de evaluación.....	91
Tabla 14. Fortalezas y debilidades de los diferentes tipos de diseños.....	93
Tabla 15. Etapas y componentes de los estándares europeos de calidad	94
Tabla 16. Aplicación de las normas de calidad para los servicios drogodependencias OEDT, 2021.....	96
Tabla 17. Clasificación de la evidencia XCHANGE	97
Tabla 18. Intervenciones Preventivas Prometedoras: Blueprints	98
Tabla 19. Estándares de las Intervenciones Preventivas: Model Blueprints	99
Tabla 20. Criterios de calidad según Socidrogalcohol	101
Tabla 21. Intervenciones preventivas que se han mostrado beneficiosas: factores de protección y de riesgo	104
Tabla 22. Programas preventivos realizados en España con algún grado de evidencia.....	112
Tabla 23. Intervenciones clasificadas como beneficiosas por el European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction	117
Tabla 24. Correspondencia entre etapa, ciclo escolar y edad (UNODC).....	118
Tabla 25. Descripción de las principales intervenciones preventiva eficaces y sus principales resultados.....	119
Tabla 26. Clasificación de los principales modelos teóricos en prevención y sus características principales	136
Tabla 27. Análisis Funcional de la conducta de consumo de drogas	147
Tabla 28. Objetivos específicos en prevención universal dentro del ámbito escolar.....	157
Tabla 29. Objetivos específicos del programa de prevención indicada Suspertu con adolescentes	158
Tabla 30. Objetivos específicos programa prevención indicada Suspertu con familias	159
Tabla 31. Núcleo de convivencia, existencia de denuncias judiciales y diagnóstico psiquiátrico	182
Tabla 32. Perfil de la muestra en variables de personalidad al inicio (comparación hombres-mujeres).....	183
Tabla 33. Perfil de la muestra en otras variables de personalidad al inicio (comparación hombres-mujeres).....	184
Tabla 34. Perfil de la muestra en sintomatología psicopatológica al inicio (comparación hombres-mujeres).....	185

Tabla 35. Perfil de la muestra en el estilo parental al inicio (comparación hombres-mujeres).	186
Tabla 36. Perfil de la muestra al inicio en factores de riesgo y de protección en el ámbito familiar (comparación hombres-mujeres)	187
Tabla 37 Perfil de la muestra al inicio en el ámbito escolar y de ocio (comparación hombres-mujeres).....	189
Tabla 38. Perfil de la muestra al inicio en consumo de sustancias a lo largo de la vida (comparación hombres-mujeres).....	191
Tabla 39. Perfil de la muestra al inicio en consumo de sustancias en los últimos 30 días (comparación hombres-mujeres).....	192
Tabla 40. Edad de inicio en el consumo de tabaco, alcohol y marihuana, grupo de iguales consumidores y percepción de riesgo (comparación hombres-mujeres).....	194
Tabla 41. Otras conductas de riesgo al inicio (comparación hombres-mujeres).....	195
Tabla 42. Perfil de la muestra al inicio en inadaptación (comparación hombres-mujeres).....	196
Tabla 43 Evolución de la muestra en variables de personalidad (SURPS).....	197
Tabla 44. Evolución de la muestra en variables de personalidad (autoestima, autoeficacia, planificación empatía y habilidades sociales)	198
Tabla 45 Evolución de los hombres en variables de personalidad (autoestima, autoeficacia, planificación empatía y habilidades sociales)	199
Tabla 46 Evolución de las mujeres en variables de personalidad (autoestima, autoeficacia, planificación empatía y habilidades sociales)	200
Tabla 47. Evolución de la muestra en sintomatología psicopatológica.....	201
Tabla 48 Evolución de los hombres en sintomatología psicopatológica.....	202
Tabla 49 Evolución de las mujeres en sintomatología psicopatológica	202
Tabla 50 Evolución en el estilo parental (total, hombres y mujeres)	204
Tabla 51 Evolución en los factores de riesgo y de protección en el área familiar (total, hombres y mujeres).....	205
Tabla 52. Evolución en el ámbito escolar y de ocio (pre-post; total, hombres y mujeres)	206
Tabla 53. Evolución en implicación escolar (pre-post; total, hombres y mujeres)	208
Tabla 54. Evolución del consumo de marihuana (pre-post; total, hombres y mujeres)	209
Tabla 55. Evolución del consumo de marihuana (pre-seguimiento; total, hombres y mujeres)	211
Tabla 56. Resumen de la evolución del consumo de marihuana (pre-post-seguimiento; total, hombres y mujeres)	212
Tabla 57. Evolución del consumo de tabaco (pre-post; total, hombres y mujeres).....	213
Tabla 58. Evolución del consumo de tabaco (pre-seguimiento; total, hombres y mujeres).....	214
Tabla 59. Resumen de la evolución del consumo de tabaco (pre-post-seguimiento; total, hombres y mujeres).....	215
Tabla 60. Evolución del consumo de alcohol (pre-post; total, hombres y mujeres)	216
Tabla 61. Evolución del consumo de alcohol (pre-seguimiento; total, hombres y mujeres)	217
Tabla 62. Resumen de la evolución del consumo de alcohol (pre-post-seguimiento; total, hombres y mujeres).....	218
Tabla 63. Evolución del consumo de cocaína, anfetamina o heroína (pre-post; total, hombres y mujeres).....	219
Tabla 64. Evolución del consumo de cocaína, anfetamina o heroína (pre-seguimiento; total, hombres y mujeres).....	220
Tabla 65. Evolución del consumo de LSD o alucinógenos (pre-post; total, hombres y mujeres)	221
Tabla 66. Evolución del consumo de LSD o alucinógenos (pre-seguimiento; total, hombres y mujeres).....	221

Tabla 67. Evolución de la actitud frente a los consumos de drogas (pre-post-seguimiento)	223
Tabla 68. Evolución de la percepción de riesgo ante los consumos (pre-post-seguimiento)....	224
Tabla 69. Evolución de otros comportamientos de riesgo pre-post-seguimiento	225
Tabla 70. Evolución de otros comportamientos de riesgo pre-post-seguimiento (hombres y mujeres).....	226
Tabla 71 Evolución en la inadaptación (total, hombres y mujeres)	227
Tabla 72 Consumos contrastados y plan de analíticas (muestra total y hombres/mujeres)	228
Tabla 73 Tipos de salida del programa y promedio de citas (muestra total y hombres/mujeres)	229
Tabla 74 Satisfacción con el programa (muestra total).....	230
Tabla 75 Satisfacción con el programa (hombres y mujeres)	231
Tabla 76 Contraste de la hipótesis correspondiente al primer objetivo.....	233
Tabla 77 Contraste de las hipótesis correspondientes al segundo objetivo.....	234
Tabla 78 Contraste de las hipótesis correspondientes al tercer objetivo	239

Índice de gráficos

Gráfico 1. Prevalencia de consumo de tabaco en Europa (2019).....	12
Gráfico 2. Prevalencia consumos cigarrillos electrónicos Europa (2019)	13
Gráfico 3. Prevalencia consumos alcohol Europa (2019)	14
Gráfico 4. Prevalencia consumos cannabis Europa 2019.....	15
Gráfico 5. Prevalencia consumos otras drogas alguna vez en la vida Europa.....	16
Gráfico 6. Evolución edad de inicio consumo drogas 2002-2021.....	17
Gráfico 7. Evolución y patrón consumo tabaco 2002-2021	18
Gráfico 8. Evolución y patrón consumo alcohol 2002-2021.....	18
Gráfico 9. Evolución y patrón consumo cannabis 2002-2021	19
Gráfico 10. Evolución y patrón consumo hipnosedantes con y sin receta 2002-2021	20
Gráfico 11. Evolución y patrón consumo otras drogas 2002-2021	21
Gráfico 12. Evolución y patrón consumo otras drogas 2002-2021	21
Gráfico 13. Edad inicio Alcohol, tabaco, cannabis Navarra 2021	22
Gráfico 14. Consumo tabaco Navarra 2021	23
Gráfico 15. Consumo alcohol Navarra 2021.....	24
Gráfico 16. Consumo cannabis Navarra 2021.....	25
Gráfico 17. Prevalencia juego con dinero Europa, juego excesivo y juego problemático 2021 .	26
Gráfico 18. Prevalencia de juego con dinero por modalidad 2014-2021 España.....	27
Gráfico 19. Edad inicio Alcohol, tabaco, cannabis Navarra 2021	27
Gráfico 20. Edad inicio Juego con dinero 2019-2021	28
Gráfico 21. Tipos de juego en España 2019-2021	28
Gráfico 22. Frecuencia Juegos con dinero Navarra Hombres-Mujeres 2021	29
Gráfico 23. Edad inicio Juegos con dinero hombres-mujeres 2021	30
Gráfico 24. Tipos de juego Navarra 2021	30
Gráfico 25. Tipo de juego por sexo.....	31
Gráfico 26. Edad inicio Alcohol, tabaco, cannabis Navarra 2021	32
Gráfico 27. Juego problemático en Navarra.....	32
Gráfico 28. Adolescentes atendidos por año entre 1997-2021	162
Gráfico 29. Distribución por sexo Adolescentes 25 años Suspertu.....	162
Gráfico 30. Núcleo de convivencia de los adolescentes periodo 1997-2021	163
Gráfico 31. Distribución de la ocupación de los jóvenes que acuden al programa 1997-2021.	164
Gráfico 32. Motivo ingreso 1997-2021	165
Gráfico 33. Porcentaje Salidas Positivas-Negativas Adolescentes en el periodo 1997-2021 ...	165
Gráfico 34. Familias atendidas por año entre 1997-2021	166
Gráfico 35. Porcentaje Salidas Positivas-Negativas Familias en el periodo 1997-2021	166
Gráfico 36. Datos Prevención Externa en el periodo 2010-2021	167

Índice de figuras

Figura 1. Etapas del ciclo de un proyecto	95
Figura 2. Modelo Desarrollo Social de Hawkins y Catalano	140
Figura 3. Teoría de la “Conducta Problema” (Jessor y Jessor, 1977, 1980)	143
Figura 4. Modelo ABC de Costa y López	148
Figura 5. Etapas Modelo evolutivo de Kandel	150

PARTE TEÓRICA

CAPÍTULO 1. La adolescencia

1.1. Definición, concepto, etapas y características

1.1.1. Definición y concepto

La palabra “adolescencia” proviene del verbo latino “adolecer” que significa crecer o desarrollarse. La Real Academia Española (RAE) define la adolescencia como el “período de la vida humana que sigue a la niñez y precede a la juventud”.

El National Institute on Drug Abuse (NIDA) plantea que la adolescencia hace referencia a la edad que sucede a la niñez y que transcurre desde que aparecen los primeros indicios de la pubertad hasta el desarrollo completo del cuerpo (14- 20 años).

Llegar a un consenso o delimitar con precisión el periodo de la adolescencia resulta sumamente complejo. Entre las dificultades o limitaciones que impiden esta concreción destacan:

- La madurez tanto física como emocional y cognitiva tienen que ver con la manera en que cada persona experimenta este período de la vida.
- La existencia de grandes diferencias a nivel legal entre los países sobre la edad mínima para realizar actividades consideradas propias de los adultos. No en todos los países la mayoría de edad se alcanza a los 18 años.
- En muchas ocasiones la mayoría de edad no se corresponde con la edad a la que las personas están legalmente capacitadas para llevar a cabo determinadas actividades que podrían asociarse con la edad adulta: obtener el carné de conducir, contraer matrimonio o comprar bebidas alcohólicas, por ejemplo.
- Independientemente de lo que marca la legalidad con respecto a la mayoría de edad o realización de determinadas actividades, en numerosas ocasiones y debido a la realidad política o social de determinados países, esta no se cumple. El trabajo infantil o la maternidad en la adolescencia representan claramente esta dificultad en la concreción de la adolescencia.

Para superar alguna de estas dificultades y concretar cronológicamente la adolescencia se ha recurrido tradicionalmente al concepto de pubertad, definida por la RAE como la primera fase de la adolescencia, en la cual se producen las modificaciones propias del paso de la infancia a la edad adulta. La pubertad es el proceso de maduración física que conduce a los niños y a las niñas hacia su etapa de madurez sexual y reproductiva. Es por tanto el periodo que se define fundamentalmente por los cambios físicos y la transformación del propio cuerpo (Bausch, 2003). Se trataría pues de un proceso biológico que obedece a criterios estadísticos caracterizado por el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios, la maduración completa de las gónadas y glándulas suprarrenales, así como la adquisición del pico de masa ósea, grasa y muscular y se logra la talla adulta (Güemes-Hidalgo et al., 2017). Este proceso se da normalmente en los niños entre los 9 y 14 años y entre los 8 y 13 años en las niñas. Al existir diferencias de sexo e individuales dentro del mismo sexo, la pubertad no puede por sí misma marcar la línea entre la niñez y la adolescencia.

Otro concepto o intervalo etario que genera confusión es el de juventud. Esta etapa del desarrollo vital comprende según la Organización de Naciones Unidas (2023) a los jóvenes de entre 15 y 25 años. Esta definición no supone una aceptación universal y ofrece un margen muy amplio y variable en función de cada país y de diferentes variables socioculturales, económicas y políticos.

Ante las dificultades que presenta una explicación centrada en el desarrollo físico o en la determinación de un intervalo cronológico de la adolescencia, resulta esclarecedor considerar la adolescencia como un fenómeno social pero también como un proceso a través del cual un niño o niña se integra en un mundo adulto, lo que la convierte en un tema educativo de primera magnitud. En definitiva, la adolescencia sería una creación biológica y cultural (Marina et al, 2014).

A pesar de las dificultades encontradas para definir el concepto de adolescencia en lo que sí coinciden la mayoría de los autores es en que la adolescencia y la juventud son edades de tránsito entre la niñez y la adultez. En este sentido una definición muy completa de Pérez y Santiago, 2002 concreta que

"la adolescencia es una etapa entre la niñez y la edad adulta, que cronológicamente se inicia por los cambios puberales y que se caracteriza por profundas transformaciones biológicas, psicológicas y sociales, muchas de ellas generadoras de crisis, conflictos y contradicciones, pero esencialmente positivos. No es solamente un período de adaptación a los cambios corporales, sino una fase de grandes determinaciones hacia una mayor independencia psicológica y social".

En esta misma línea Schmidt-Traub (2003) plantea que “la adolescencia es el proceso de maduración psicológica y social que conduce a los niños y niñas hacia la integración social como ciudadanos socialmente autónomos”.

Aunque no existe una definición de adolescencia aceptada internacionalmente, la Organización mundial de la salud (OMS, 2004) ha ido aproximándose, definiéndola como el periodo comprendido entre los 10 y los 19 años, una etapa compleja de la vida que marca la transición de la infancia al estado adulto y en la que se producen cambios físicos, psicológicos, biológicos, intelectuales y sociales. Más recientemente en 2023 la Organización Mundial de la Salud concluye que la adolescencia es la

“fase de la vida que va de la niñez a la edad adulta, o sea desde los 10 hasta los 19 años. Representa una etapa singular del desarrollo humano y un momento importante para sentar las bases de la buena salud. Los adolescentes experimentan un rápido crecimiento físico, cognoscitivo y psicosocial”.

Siguiendo esta última definición a continuación se detallan las dos etapas comúnmente aceptadas de la adolescencia.

1.1.2. Etapas de la adolescencia

Junto a los cambios y desarrollo del concepto de la adolescencia se han producido también cambios a la hora de identificar las diferentes etapas que conforman la misma. A partir del trabajo publicado Horrocks en 1984, si bien algunos autores difieren en el establecimiento de las edades que acotan cada una de las etapas (Salmela-Aro., 2011; Smetana et al., 2006), en la actualidad existe un consenso a la hora de identificar tres etapas a lo largo de la adolescencia: la temprana, la media y la tardía. Los cambios producidos en los últimos años entre los que destacan las dificultades económicas y sociales para favorecer la autonomía y la emancipación de los jóvenes han aumentado el intervalo de la última de las etapas que diferentes autores y entidades amplían hasta más allá de los 21 años. A continuación, en la siguiente tabla se presentan las etapas, los rangos de edad correspondientes a cada una de ellas y sus características asociadas según recoge la American Academy of Pediatrics (Allen & Waterman, 2019).

Tabla 1. Etapas, rangos y características de la adolescencia

Etapas	Rangos	Características
Temprana	10-13 años	Comienzo crecimiento rápido Cambios corporales Vello en axilas y genitales Aumento senos chicas y tamaño testículos chicos Aumento curiosidad y ansiedad Cuestionamiento identidad de género Egocentrismo y extremismo Necesidad de privacidad
Media	14-17 años	Crecimiento repentino Cambios en la voz Aumento interés relaciones sexuales Preocupación por aspecto Conflictos con progenitores Presión de iguales Descenso tiempo con familia y aumento con iguales Mayor capacidad pensamiento abstracto
Tardía	18-21 años	Desarrollo físico completo Mayor control de impulsos Sopesan mejor riesgos y consecuencias Sentido de identidad e individualidad definido Más centrados en futuro y menos presentistas

1.1.3. Características y cambios en la adolescencia

Tal y como se ha comentado en los apartados anteriores y a pesar de las dificultades para la delimitación exacta del periodo que abarca la adolescencia, esta etapa viene marcada por una serie de características evolutivas relacionadas con cambios biológicos, psicológicos y sociales (Papalia et al., 2005).

1.1.3.1. Cambios biológicos

Los principales cambios físicos o biológicos de la adolescencia tal y como quedan reflejados en la siguiente tabla tienen que ver con un aceleramiento del crecimiento y la maduración sexual (Alsaker & Flammer, 2006).

Tabla 2. Cambios físicos y biológicos de la adolescencia

Sexo	Características sexuales	Cambios externos
Chicos	Primarias	Crecimiento pene, testículos, escroto Eyaculación o polución espontánea
	Secundarias	Vello facial, púbico y axilas Estirón Voz más grave
Chicas	Primarias	Agrandamiento útero, vagina, clítoris y labios Menarquía y madurez sexual
	Secundarias	Crecimiento de pechos y vello púbico Aumento grasa corporal Estirón final

Además de estos cambios relativos a la maduración sexual en la adolescencia se producen otros cambios físicos importantes y que de manera resumida comparten Pineda & Aliño (2002):

- Crecimiento corporal con aumento de peso, estatura y cambios de la forma y dimensiones corporales.
- Aumento de la masa y fuerza muscular, más marcado en el varón, acompañado de un aumento en la capacidad de transportación de oxígeno, incremento de los mecanismos amortiguadores de la sangre, que permiten neutralizar de manera más eficiente los productos químicos derivados de la actividad muscular.
- Incremento y maduración de los pulmones y el corazón, teniendo por tanto un mayor rendimiento y recuperación más rápida frente al ejercicio físico.
- Torpeza motora, falta de coordinación, fatiga y trastornos del sueño, derivados del incremento de la velocidad de crecimiento, los cambios en la forma y dimensiones corporales, y de los procesos endocrino-metabólicos.

Para comprender los cambios tanto a nivel psicológico como social que se dan en la adolescencia es necesario citar algunos de los principales avances intelectuales propios de esta etapa y que condicionan los mismos (Marina, 2014):

- Los adolescentes frente a los niños piensan de manera más madura. Manejan mejor el pensamiento abstracto, considerando situaciones hipotéticas y pensando introspectivamente sobre sus pensamientos y emociones (Steinberg, 2005).

- Entre los cambios importantes en las funciones cognitivas en la adolescencia está el aumento de una serie de habilidades de procesamiento de la información: la eficiencia del procesamiento, la velocidad, las respuestas fluidas y la memoria. Se amplían las capacidades para resolver problemas, razonar y planificar.
- Se produce una importante activación de las zonas prefrontales del cerebro. El aumento en esta zona de la mielinización y del consiguiente incremento de la velocidad de procesamiento y transmisión neuronal es el responsable del desarrollo de competencias cognitivas más amplias (Anderson et al., 2001; Durston et al., 2006).
- Se producen cambios en la configuración del circuito relacionado con las recompensas. Algunos autores relacionan estos cambios con una mayor implicación de los y las adolescentes en determinados comportamientos de riesgo como los consumos de drogas (Chambers et al., 2003; Delgado, 2007).
- Se producen mejoras tanto en la memoria a corto plazo como en la memoria prospectiva. Esta última permite mantener un proyecto que se va a realizar en el futuro (Blakemore & Choudhury, 2006).
- Los dos mayores cambios en el cerebro adolescente pueden ser la consolidación de las funciones ejecutivas y el desarrollo del cerebro social implicado en la comprensión de los otros y en la interacción social (Blakemore, 2008). Las funciones ejecutivas están implicadas en la generación, supervisión, regulación, ejecución y reajuste de conductas adecuadas para alcanzar objetivos con un abordaje novedoso y creativo (Brehmer et al., 2012; Gilbert & Burgess, 2008). El estudio de las funciones ejecutivas indica que su desarrollo y mejora durante la adolescencia guarda una relación estrecha en la optimización cognitiva y emocional que producen importantes cambios tanto a nivel conductual como social (Colom et al., 2006; Verdejo-García & Bechara, 2010).

1.1.3.2. Cambios psicológicos

Los cambios físicos que se producen a partir de la primera etapa de la adolescencia llevan aparejados importantes avances evolutivos en las esferas psicológicas y sociales. Entre los primeros los más significativos serían:

- La preocupación por la imagen corporal. Durante la adolescencia se produce una tendencia a preocuparse de manera excesiva por la imagen y por cómo son percibidos por los demás. Los cambios físicos generados en la adolescencia provocan una necesaria adaptación a esta nueva realidad. Este proceso de aceptación tiene importantes repercusiones en la personalidad del adolescente. En este sentido se produce una mayor variabilidad e inestabilidad en la autoestima y en el autoconcepto que en épocas anteriores (Harter, 2011; Thomaes et al., 2011). Los cambios con respecto a la imagen corporal recorren las diferentes etapas de la adolescencia. Oscilan entre la extrañeza y rechazo del propio cuerpo o la inseguridad respecto a su atractivo; Una mejor aceptación del cuerpo en la adolescencia media y una menor importancia de la imagen externa y aprobación de la corporalidad en la adolescencia tardía. Entre los 18 y 21 años el aspecto externo tiene ya una menor importancia, con mayor aceptación de la propia corporalidad (Radzik, 2008).
- Desarrollo de la propia identidad. Una de las tareas evolutivas más críticas de la adolescencia es la formación de una identidad propia. La consecución de una identidad personal implica varios aspectos: la aceptación del propio cuerpo, el conocimiento objetivo, la aceptación de la propia personalidad, la identidad sexual, vocacional y moral además de la definición de una ideología personal (Gaete, 2015). Los y las adolescentes deben responder a una serie de preguntas sobre su desarrollo del tipo: *¿quién soy?*, *¿qué quiero ser en el futuro?* *¿A qué me quiero dedicar?*, *¿cómo quiero ser?* Los adolescentes sienten la necesidad de una mayor intimidad y rechazan paulatinamente la intervención de los adultos de referencia. Esta búsqueda de una nueva identidad diferenciada de sus progenitores suele estar aparejada a determinados “ritos” de inmersión en los modelos propios de los adultos

entre los que destacan la experimentación de los consumos de alcohol y otro tipo de drogas (Sánchez, 2002).

- El egocentrismo. Junto a la búsqueda de sensaciones una de las características más representativas de la adolescencia es el egocentrismo. Los y las adolescentes tienden a dar importancia a aquellas experiencias que les afectan de manera personal. Les cuesta mucho ponerse en el lugar de los demás. Muy centrados en sí mismos tienden a construir la denominada “*fábula personal*”, por la que llegan a pensar que sus experiencias son tan únicas e irrepetibles que nadie las ha vivido anteriormente, ni serían capaz de entenderlas (Díaz-Aguado, 1996). Este conjunto de pensamientos suele generar una falsa sensación de invulnerabilidad o invencibilidad (Elkind, 1984) que hace más probable la implicación en diferentes comportamientos de riesgo (Greene et al., 2000).

1.1.3.3. Cambios Sociales

Junto a los cambios físicos y psicológicos citados anteriormente el deambular por la adolescencia supone también una importante adecuación a nuevas realidades de carácter social. Entre ellas destacan la adquisición de una autonomía funcional desligada del grupo familiar, el establecimiento de nuevas y significativas relaciones con los diferentes grupos de iguales, y la toma de decisiones en cuanto al futuro académico y profesional (Veenstra et al., 2013).

- Autonomía funcional desligada del grupo familiar. En la búsqueda de su propia identidad la relación con los progenitores se hace más difícil, aumentando la confrontación. Se pasa menos tiempo con ellos, son frecuentes los conflictos por oposición y control de normas, pero en muchos casos siguen siendo una referencia de primera magnitud ante decisiones importantes.
- Mayor importancia del grupo de iguales. En la adolescencia, el grupo familiar pierde fuerza pasando a ser el grupo de iguales un elemento de referencia fundamental. Se adquiere una mayor orientación social y dependencia de los amigos del grupo y se observa una mayor tendencia a la conformidad con el mismo (Sánchez, 2002).

1.2. Teorías de la adolescencia

Tal y como hemos visto en apartados anteriores el hecho de que la adolescencia haya sido objeto de estudio desde diferentes ámbitos como el educativo, el familiar o el social y desde distintos campos académicos como el antropológico, la biología, la psicología o la historia, ha originado enfoques o teorías diversas. De la misma manera que resulta complejo establecer una definición concreta, universal y atemporal de la adolescencia, hallamos dificultades para categorizar las teorías sobre la adolescencia planteadas a lo largo de la historia. En este sentido diversos autores plantean la dificultad de entender las diferentes teorías más allá del momento, histórico, cultural y social en el que se desarrollaron (Fize, 2009).

A modo de síntesis se pueden dividir en dos ejes los criterios para clasificar las diferentes teorías de la adolescencia. Por un lado, las teorías universales que entienden la adolescencia como una etapa normativa y diferenciada del desarrollo, necesaria y común a todas sociedades y culturas. Y por otro lado aquellas teorías relativistas que ven en la adolescencia un constructo artificial asociado a determinantes sociales, históricos y culturales. En otro eje y englobadas también en el anterior estarían aquellas teorías que destacan los aspectos biológicos, psicológicos o sociales del desarrollo adolescente. Las teorías de la adolescencia centradas en los componentes psicológicos se distinguen también principalmente en virtud de su enfoque psicoanalítico o cognitivo.

El debate entre los diferentes ejes y corrientes académicas. Entre lo universal y el relativismo cultural. Entre lo biológico y lo social. Entre los diferentes enfoques de la psicología e incluso dentro de los mismos (particularmente dentro del psicoanálisis) continúa abierto en la actualidad.

En la siguiente tabla y de manera resumida se plantea una categorización a partir de los diferentes ejes y enfoques psicológicos que comprende los principales autores y las características más importantes de sus teorías.

Tabla 3. Clasificación de las teorías de la adolescencia

Eje 1	Eje 2	Enfoque Psicológico	Autores	Características generales
Universales	Biológicas		Hall, 1904	Adolescencia periodo ontogénico Teoría recapitulacionista Adolescencia como periodo necesario y asociado a crisis, contradicción y rebeldía
			Kiell, 1969	Adolescencia período entre madurez biológica y social
	Psicológicas	Psicoanalíticas	Freud, 1895	Desarrollo adolescente en función dinámica psicosexual. Adolescencia etapa en la resolver complejo Edipo y Electra
			Erikson, 1950	Concepto “Crisis de identidad” Adolescencia etapa adquisición identidad personal Evolución del YO en estadios formados por dos polos: positivo y negativo. Adolescencia lucha entre identidad y confusión de roles
			Freud, 1936	Mecanismos de defensa adolescentes: intelectualización/racionalización y ascetismo.
			Blos, 1962	Divide adolescencia en etapas: preadolescencia, temprana, adolescencia, tardía y postadolescencia.
			Cognitivas	Piaget, 1986
		Kohlberg, 1978		Etapas Desarrollo moral a partir desarrollo intelectual: premoral, moral convencional y nivel de “principios autoaceptados).
		Elkind, 1974		Describe diferentes características propias de la adolescencia: egocentrismo, invulnerabilidad, indecisión, autoconciencia, idealismo e hipocresía. Paso del pensamiento egocéntrico al crítico. Conceptos “audiencia imaginaria” y “fábula personal”.
	Sociológicas		Schlegel, 1995	Diferencias entre adolescencia hombres y mujeres Adolescencia como tránsito entre maduración sexual y maduración social.
Relativistas	Sociológicas Antropológicas		Mead, 1928	Estudios Samoa Aprendizaje cultural frente factores biológicos Conceptos continuidad vs discontinuidad desarrollo
			Grinder, 1990	Concepto socialización adolescencia Adaptación a estructura social Expectativas sociales adaptadas al rol
			Lewin, 1939	Adolescencia en función posición con respecto entorno Estudio contribución de lo social en torno al adolescente.

1.3. Los comportamientos de riesgo en la adolescencia: consumos de drogas y juegos de azar

La adolescencia puede considerarse, en sí misma, un factor de riesgo del consumo problemático de drogas y otras conductas de riesgo, dadas las características que rodean a esta etapa de la vida. Es un hecho constatado que el consumo de drogas tiene sus inicios y sus primeros desarrollos durante la adolescencia. Los primeros contactos con las drogas legales ocurren en las primeras etapas de la adolescencia; en los próximos años algunos de esos adolescentes comenzarán también el consumo de sustancias ilegales, (Kandel, 1980; Kandel y Logan, 1984; Luengo, Otero et al., 1995). En este sentido, se puede considerar que el período crítico para la experimentación inicial con una o más sustancias psicoactivas comprende desde el comienzo hasta mediados de la adolescencia (Botvin, 1996).

Además de los consumos de drogas, otras conductas potencialmente adictivas como las derivadas de los juegos de azar y otros comportamientos de riesgo como el absentismo escolar, las conductas sexuales de riesgo, el comportamiento antisocial o el uso de la violencia se dan y pueden tener su inicio de manera especial en la adolescencia. Para conocer la realidad de las conductas potencialmente adictivas como los consumos de drogas y en menor medida las derivadas de los juegos de azar con dinero en este apartado se exponen los principales datos tanto a nivel europeo, como español y navarro.

1.3.1. Los consumos de drogas

1.3.1.1. Los consumos de drogas en Europa

La encuesta ESPAD (Encuesta Europea sobre Alcohol y otras Drogas) es un esfuerzo de colaboración de equipos de investigación en más de 40 países europeos y el mayor proyecto de investigación internacional sobre el uso de sustancias psicoactivas en adolescentes en el mundo. El objetivo general del proyecto es reunir datos comparables sobre el uso de sustancias psicoactivas en estudiantes de 15 y 16 años de edad en Europa.

El último informe publicado corresponde a los datos obtenidos en 2019. En esa muestra participaron 35 países europeos y un total de 99.647 estudiantes de entre 15 y 16 años. A continuación, se presentan los principales resultados correspondientes a los

consumos de diferentes drogas tanto legales como ilegales según patrones de consumo y comparados entre España y otros países del entorno europeo.

Tabaco

Cerca del 40% de los y las adolescentes europeas de entre los 15 y 16 años manifiesta haber consumido tabaco alguna vez. Esos porcentajes se reducen a la mitad (20%) cuando se les pregunta por el consumo en el último mes y hasta el 10% cuando se trata de su consumo diario. Los y las adolescentes españolas se sitúan en la media europea en cada uno de los 3 hitos evaluados. El consumo diario es mayor (11%) en las mujeres españolas que en los hombres (7,4%). Con respecto a los países cercanos se sitúa por debajo de países como Francia, Alemania e Italia, pero por encima del país vecino Portugal (gráfico 1). El país con menores niveles de consumo de tabaco en todas las franjas analizadas es Islandia. Por el contrario, Italia encabeza los consumos en el último mes y Bulgaria los consumos diarios.

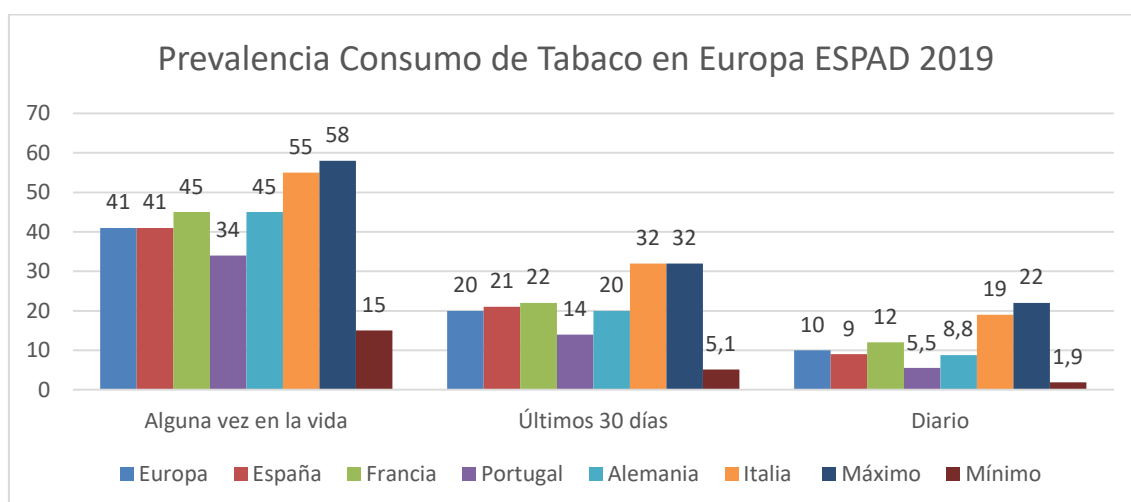


Gráfico 1. Prevalencia de consumo de tabaco en Europa (2019)

Cigarrillos electrónicos

Además del consumo de tabaco en los últimos años se ha producido un incremento en el uso de los cigarrillos electrónicos. El porcentaje de uso medio de estos aparatos es igual al del consumo de tabaco alguna vez en la vida e inferior (14%) en el último mes. Los y las adolescentes españolas realizan menor consumo de estos dispositivos que la media europea en el último mes (9,4%) y muy por debajo de países como Alemania, Francia e Italia, aunque nuevamente por encima de Portugal (6,1%). Serbia es el país con menor consumo de cigarrillos electrónicos de toda Europa, frente a

Lituania y Serbia que encabezan respectivamente la lista de los que utilizan más estos dispositivos alguna vez en la vida y en el último mes (gráfico 2).

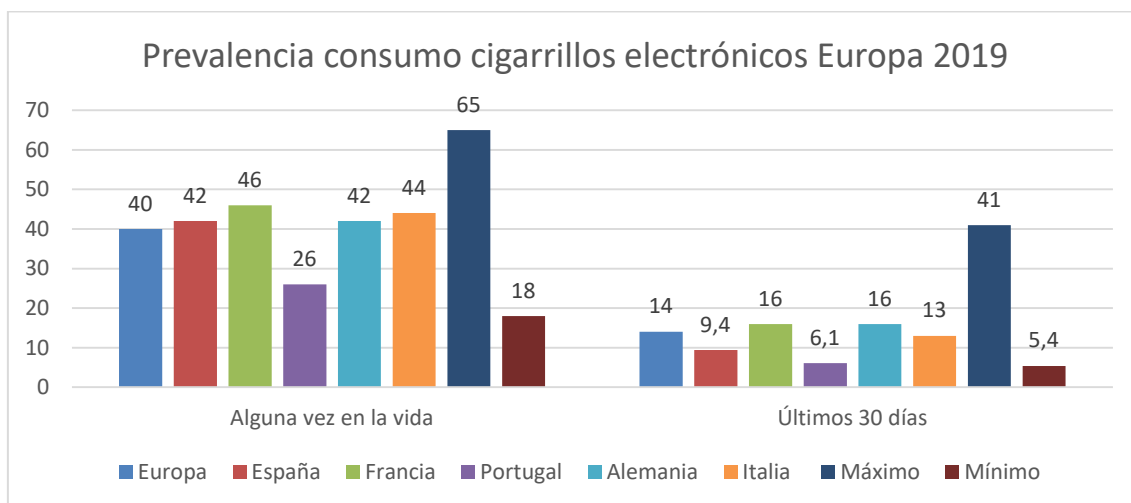


Gráfico 2. Prevalencia consumos cigarrillos electrónicos Europa (2019)

Alcohol

Tal y como figura en el gráfico 3, el 79% de los chicos y chicas de entre y 15 y 16 años europeos ha bebido alguna vez alcohol y casi la mitad (47%) lo ha hecho en los últimos 30 días. Además, el 13% manifiesta haberse emborrachado en el último mes, entre los que España se sitúa 4 puntos por encima de la media y ocupa el 5º lugar en el ranking europeo, sólo por detrás de Dinamarca, Austria, Hungría y Alemania. De la misma manera que ocurría con el tabaco en España, las mujeres superan a los hombres (19% frente a 14%) en borracheras en el último mes. España es también el país de Europa con el mayor porcentaje de consumo de bebidas espirituosas (destiladas) de toda Europa con un 83%. En cuanto a los episodios de consumo intensivo de alcohol (5 o más bebidas alcohólicas en una ocasión) denominado “*binge drinking*” España se sitúa en la media europea con un 34% en el último mes.

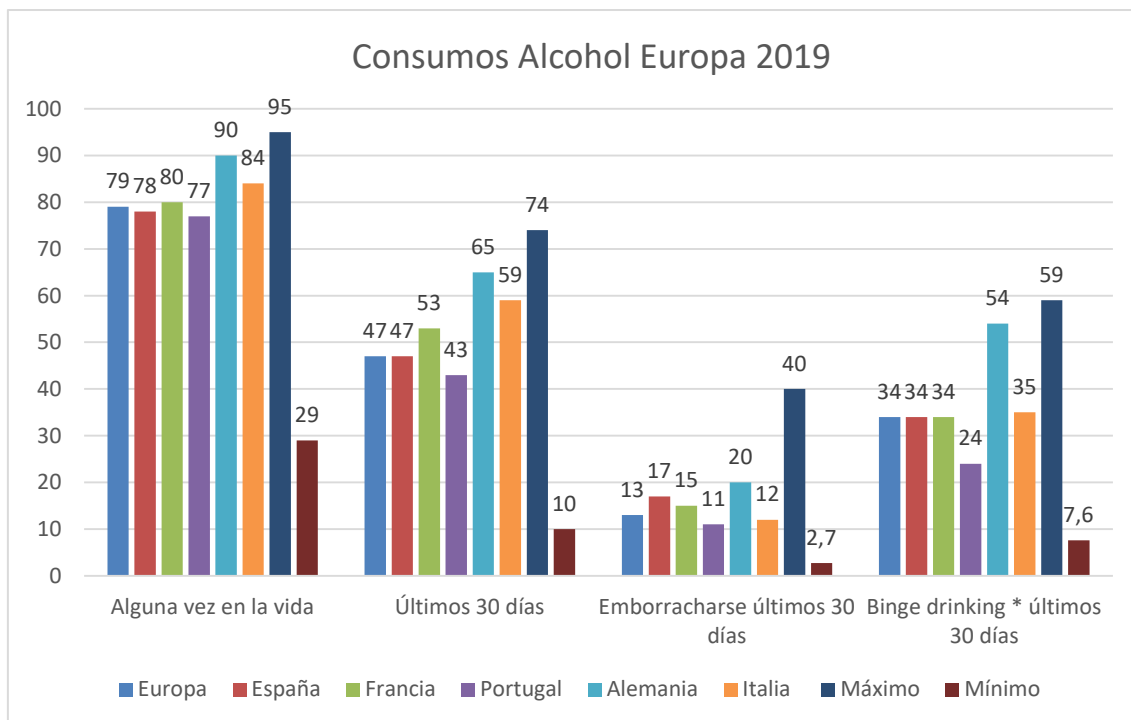


Gráfico 3. Prevalencia consumos alcohol Europa (2019)

Existen diferencias muy significativas entre los países con mayores y menores niveles de consumo de alcohol. Dinamarca destaca como el país en el que los y las adolescentes reconocen mayores consumos en el último mes, mayor porcentaje de borracheras y de *binge drinking*. En el lado opuesto, Kosovo presenta los menores índices de consumo de bebidas alcohólicas entre su población adolescente.

Cannabis

El cannabis es la droga ilegal más consumida en Europa y en el mundo. España supera en 7 puntos (23%) y en 5 (12%) la media europea de consumo de cannabis tanto en algún momento de la vida como en el último mes, ocupando en esta franja la 5ª posición en el ranking europeo.

Para la detección del abuso o del consumo problemático de cannabis se utilizó un cuestionario breve de 6 preguntas, CAST (Cannabis Abuse Screening Test) desarrollado por Legleye et al. en 2007. En la muestra española un 5,6% de los consumidores de cannabis presentaban consumo problemático sin apreciarse diferencias entre hombres y mujeres (gráfico 4). Al igual que los datos del consumo de alcohol, Kosovo es en general el país con menor consumo de cannabis. Francia destaca como el país con mayor consumo problemático de esta sustancia.

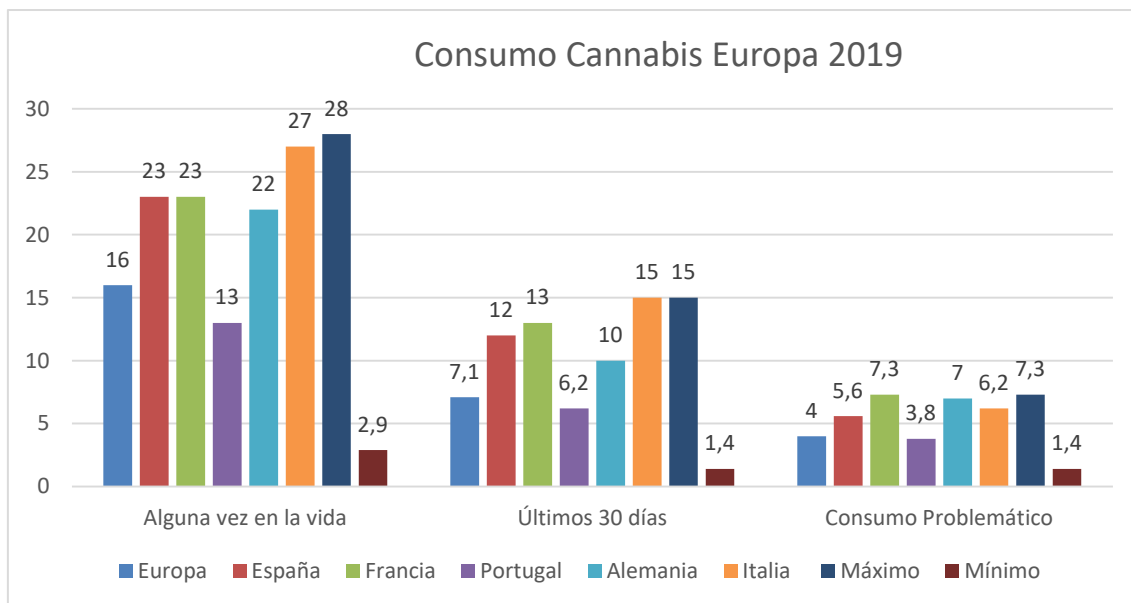


Gráfico 4. Prevalencia consumos cannabis Europa 2019

Otras drogas

Los consumos a lo largo de la vida en Europa de drogas al margen de las legales y el cannabis son muy inferiores a estas. Se trata de consumos muy residuales entre los y las menores europeos de entre 15 a 16 años. Salvo en el caso de los hipnosedantes (6,6%), las medias europeas de los consumos de alucinógenos, éxtasis, anfetaminas, metanfetaminas, cocaína y heroína oscilan entre el 0,9 y el 2,3%. España se sitúa como el país con menores consumos entre sus adolescentes de éxtasis de toda Europa y por debajo de la media europea del consumo de todas las demás salvo de la cocaína (gráfico 5).

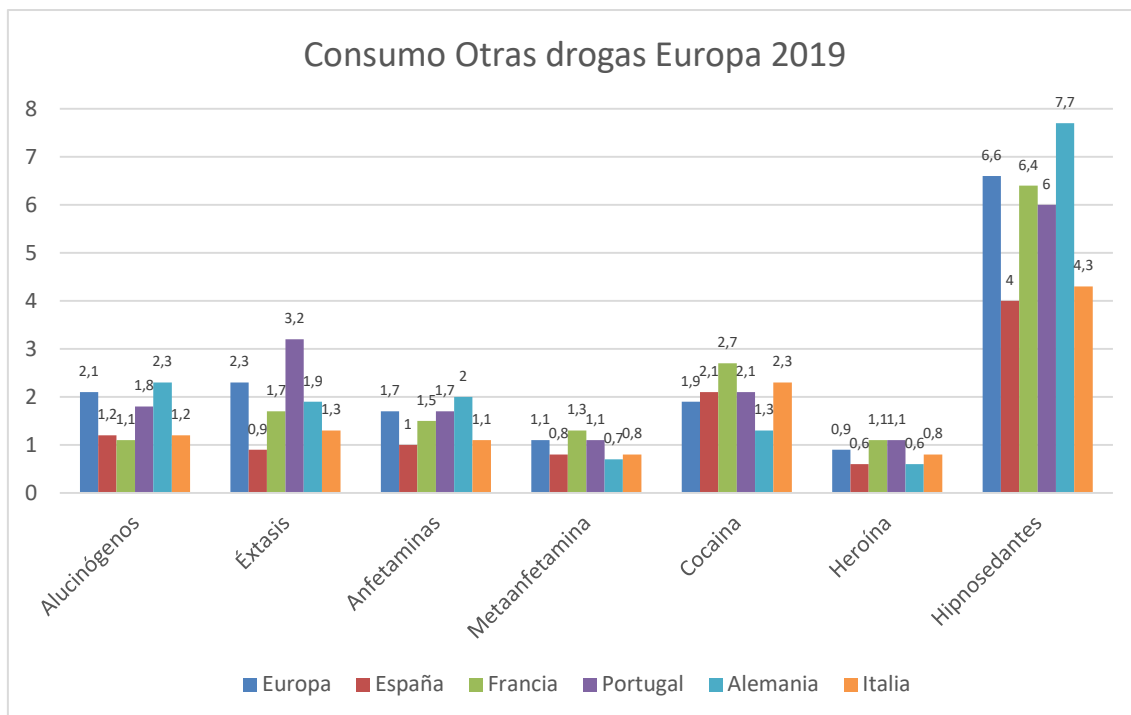


Gráfico 5. Prevalencia consumos otras drogas alguna vez en la vida Europa

1.3.1.2. Los consumos de drogas en España

En España, y con la participación de todas las comunidades autónomas desde 1994 se realiza de manera bienal la encuesta sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias, ESTUDES (Plan Nacional sobre Drogas, 2021). Los resultados obtenidos permiten conocer la situación y las tendencias del consumo de drogas y otras adicciones entre los estudiantes de 14 a 18 años.

La muestra comprende estudiantes de 3º y 4º de la ESO, 1º y 2º de Bachillerato, Ciclos de Formación Profesional Básica y Ciclos de Grado Medio de Formación Profesional, de todo el territorio nacional. La última encuesta publicada relativa al año 2021, incluyó a 22.321 alumnos y alumnas. En los siguientes apartados se resumen los datos más significativos de esta encuesta durante el periodo que abarca desde el 2002 hasta el 2021.

Edades de inicio

Las edades de inicio de los consumos de drogas no han sufrido de manera general grandes modificaciones en los último 20 años. El cambio más significativo se ha dado en el retraso de la edad de inicio del consumo de tabaco en un año: 13,1 en

2002 frente a 14,1 en 2021. En el resto de las drogas analizadas no se observan grandes diferencias en los inicios de consumo (gráfico 6).

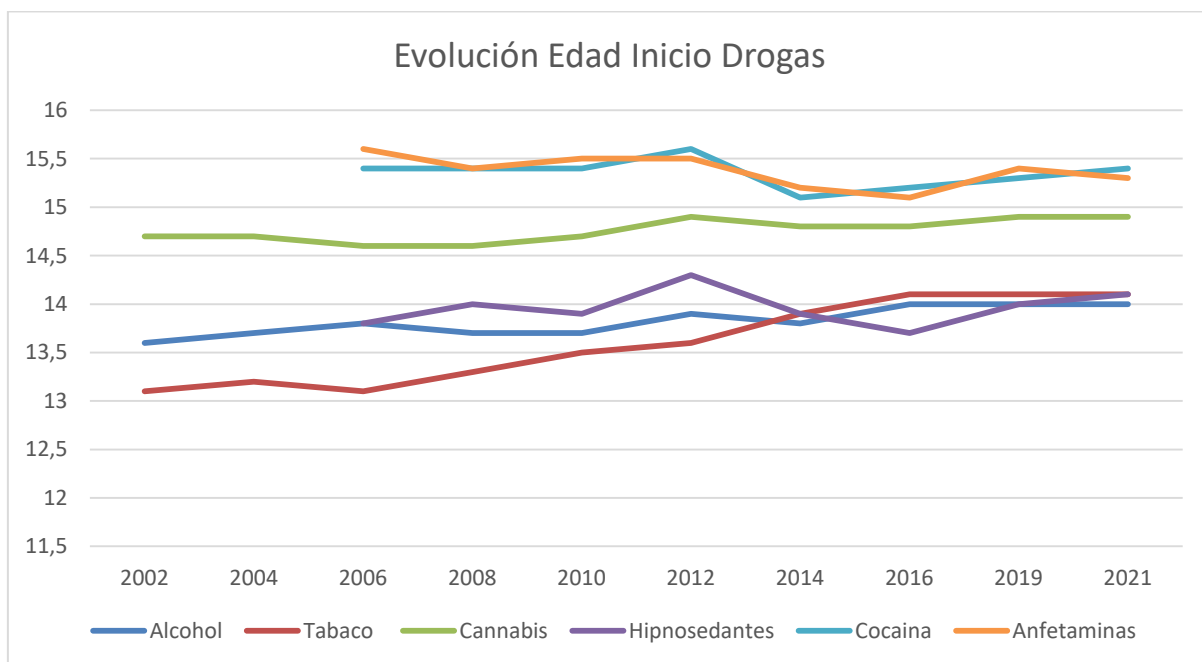


Gráfico 6. Evolución edad de inicio consumo drogas 2002-2021

Tabaco

En los últimos 20 años ha habido variaciones importantes con respecto a los consumos de tabaco. Ha habido un descenso sostenido desde el año 2002 en todos los patrones de consumo evaluados. Así el consumo de tabaco diario se ha visto reducido en 12 puntos, en casi 6 puntos el del último mes. Cerca del 60% de estudiantes manifestaban haber fumado alguna vez en su vida en el año 2002 mientras que el 38,2% lo reconocían en 2021 (gráfico 7).

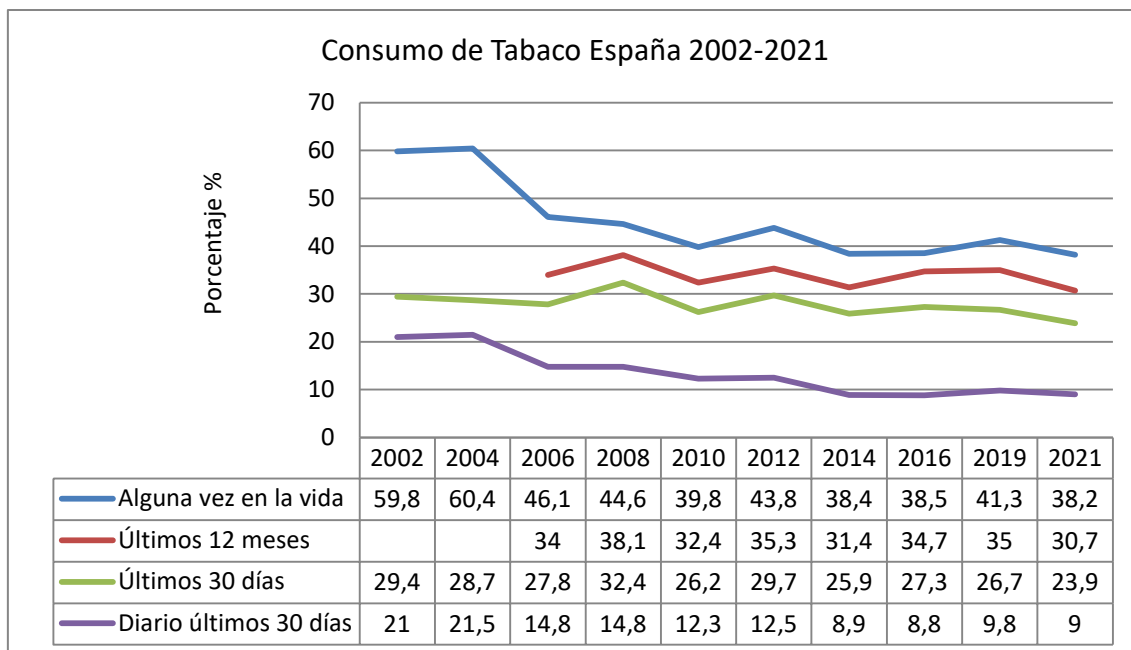


Gráfico 7. Evolución y patrón consumo tabaco 2002-2021

Alcohol

Los consumos de alcohol se mantienen bastante estables desde el año 2002. 3 de cada 4 encuestados ha bebido alcohol alguna vez en la vida o en el último año, casi la mitad reconoce haberlo hecho en el último mes y cerca del 25% manifiesta haberse emborrachado en los últimos 30 días (gráfico 8).

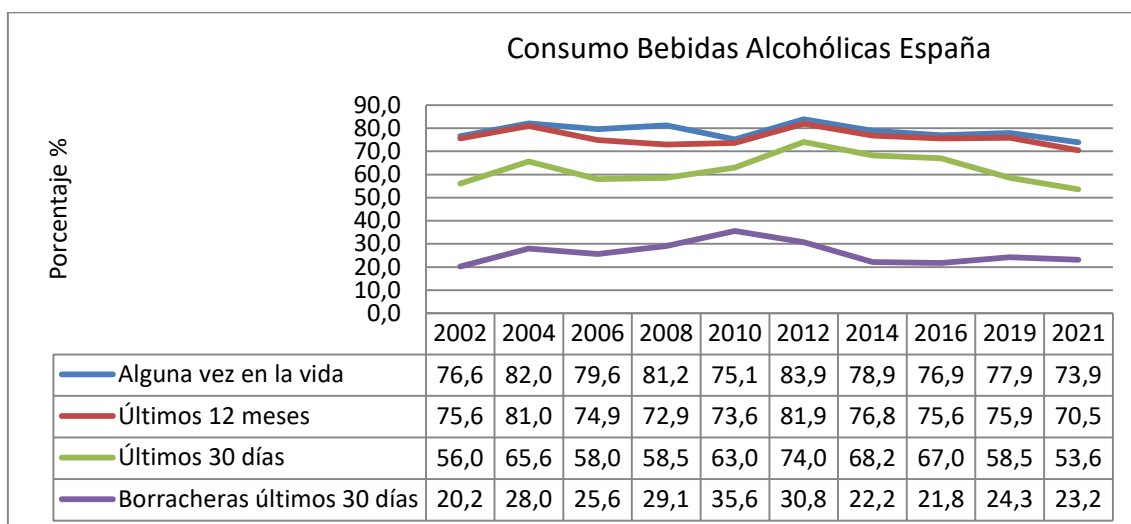


Gráfico 8. Evolución y patrón consumo alcohol 2002-2021

Cannabis

El cannabis al igual de lo que ocurre en Europa y en el resto del mundo es la sustancia ilegal más consumida en España. Si bien conviene ser cautelosos con los datos

arrojados por la encuesta en 2021 y el posible efecto de la crisis sanitaria, se ha producido un descenso en los consumos de cannabis en todos los patrones evaluados (gráfico 9).

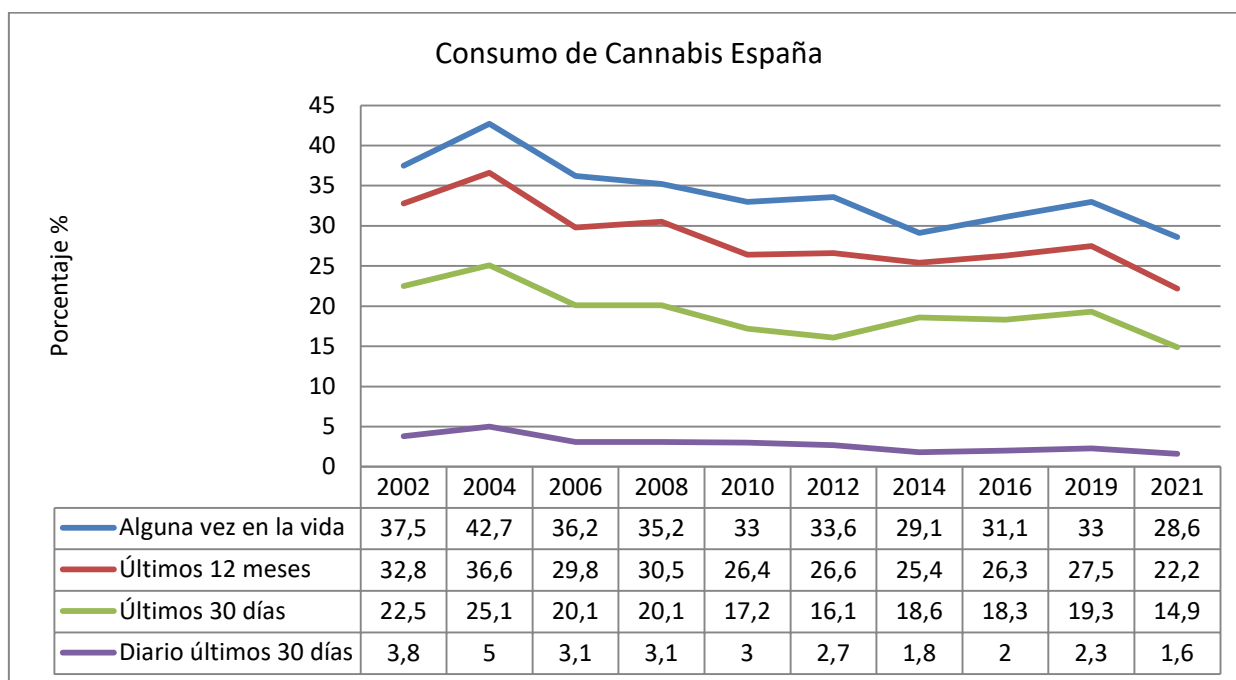


Gráfico 9. Evolución y patrón consumo cannabis 2002-2021

Hipnosedantes

A partir del año 2006 se ha producido un aumento significativo del consumo de hipnosedantes en todos los patrones analizados entre los y las adolescentes españolas. A pesar de darse en 2021 los índices más altos de estos consumos seguramente como consecuencia de la crisis sanitaria, el aumento ha sido constante y sostenido en los últimos 15 años (gráfico 10).

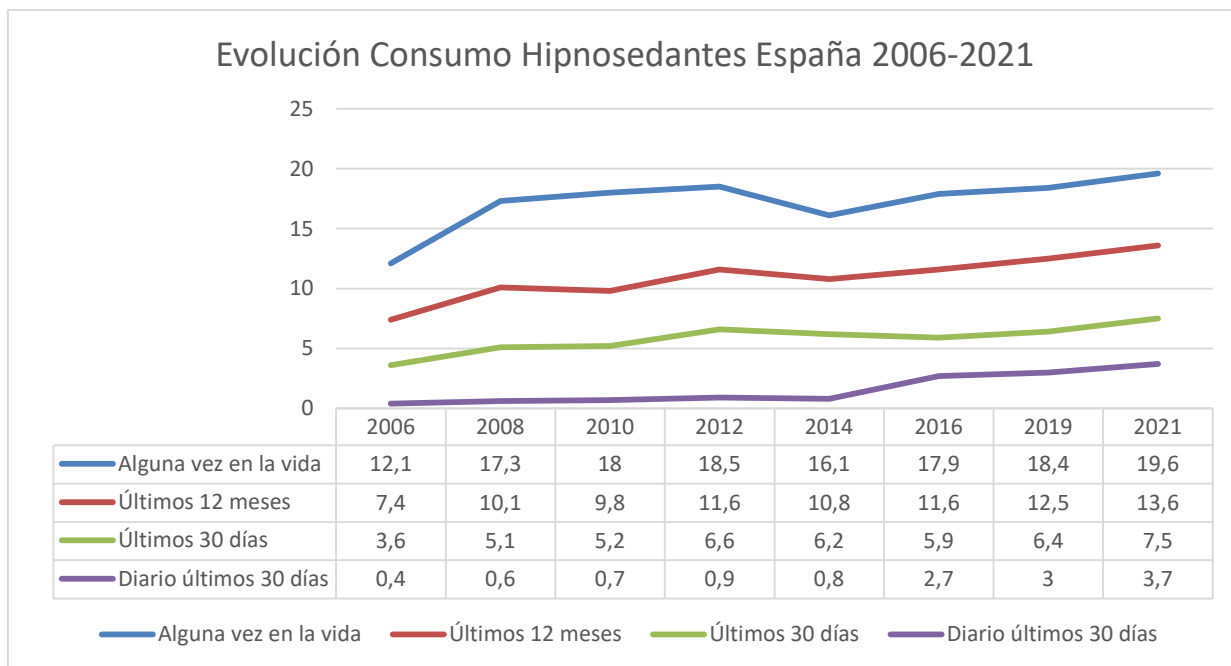


Gráfico 10. Evolución y patrón consumo hipnosedantes con y sin receta 2002-2021

Otros consumos

De la misma manera que se da en Europa, los consumos de otras drogas al margen de las legales, el cannabis y los hipnosedantes, son en términos de porcentaje muy poco significativos. Del estudio de estos consumos en los últimos 20 años se aprecia un descenso significativo desde el año 2022 en sustancias alucinógenas, el éxtasis, la cocaína y las anfetaminas. De todas ellas y referidas a los consumos alguna vez en la vida en 2021, el éxtasis y la cocaína son las dos drogas más consumidas, aunque el rango de consumo de todas ellas oscila entre el 0,4% de la heroína y el 3,1 % del éxtasis (gráfico 11).

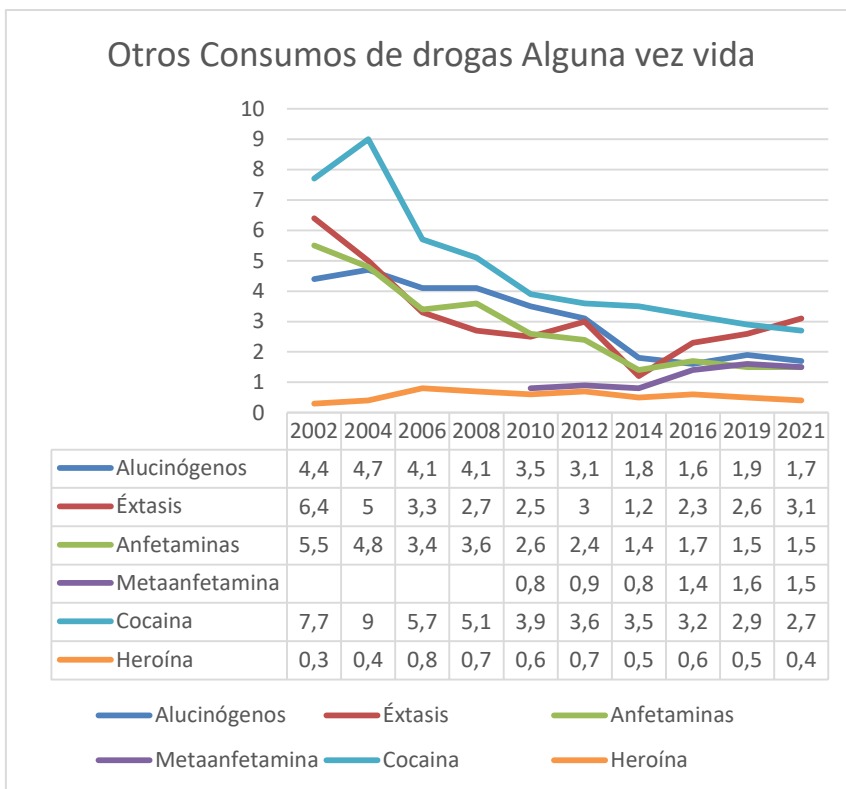


Gráfico 11. Evolución y patrón consumo otras drogas 2002-2021

Analizados los consumos de estas mismas drogas sólo en el último mes los porcentajes son todavía mucho menores (gráfico 12).

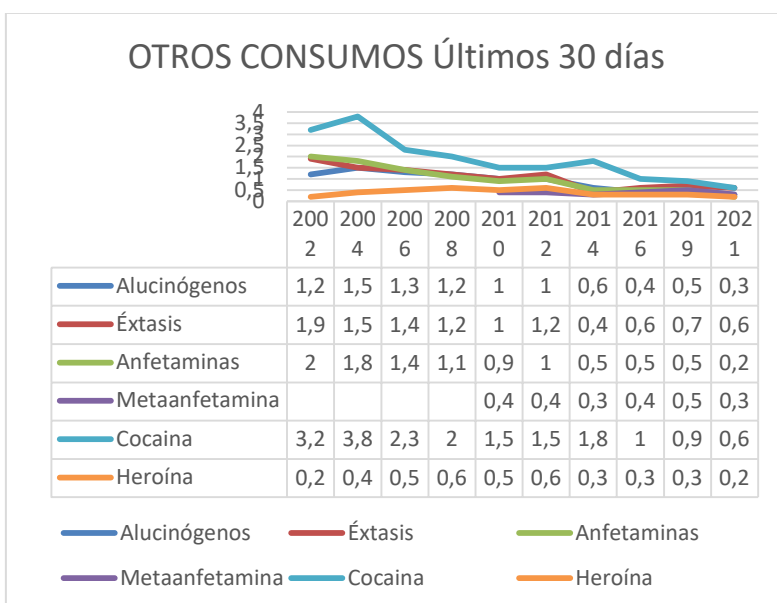


Gráfico 12. Evolución y patrón consumo otras drogas 2002-2021

1.3.1.3. Los consumos de drogas en Navarra

De los datos extraídos de la encuesta ESTUDES en 2021 podemos comparar los resultados obtenidos en Navarra con respecto al resto de comunidades en las tres drogas de mayor consumo.

Edades inicio Navarra

Las edades de inicio de las tres principales drogas consumidas, tabaco, alcohol y cannabis, arrojan un preocupante dato en Navarra. La Comunidad foral de Navarra es la comunidad con la edad de inicio más temprana en el consumo de alcohol. Los y las adolescentes navarras se inician medio año antes que la media española (13,6 frente a 14,1 años). Los y las jóvenes navarras se inician algo más tarde en los consumos de tabaco y cerca de la media en los inicios de cannabis (gráfico 13).

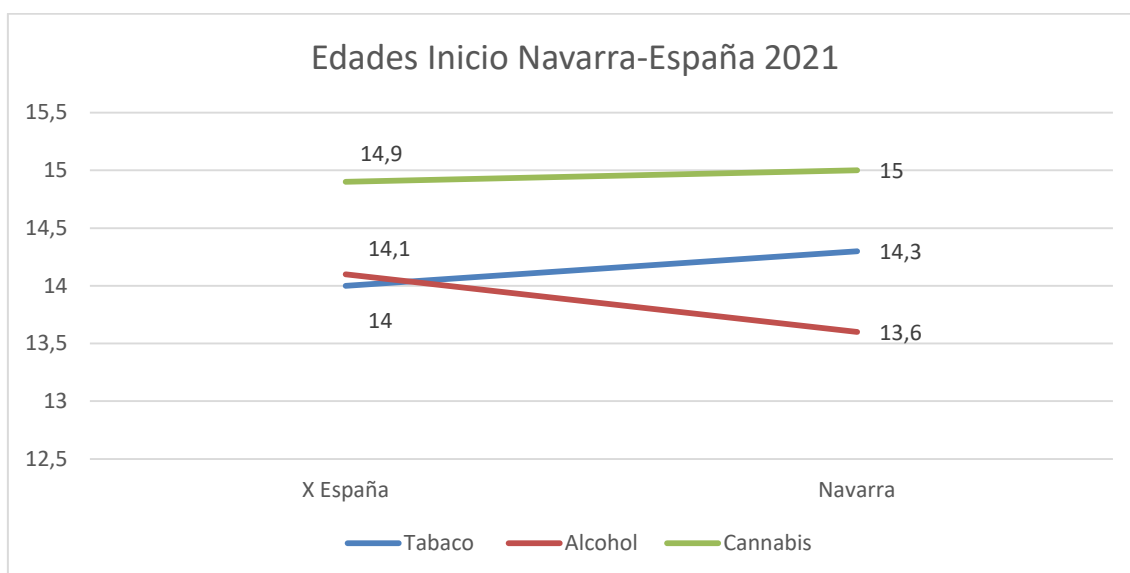


Gráfico 13. Edad inicio Alcohol, tabaco, cannabis Navarra 2021

Tabaco

La juventud navarra de entre 14 y 18 años fuma más tabaco que la media estatal en cualquiera de los tres patrones de consumo evaluados. Estas diferencias se dan de igual manera en hombres y en mujeres, siendo esta última las que presentan mayores índices de consumo (gráfico 14).

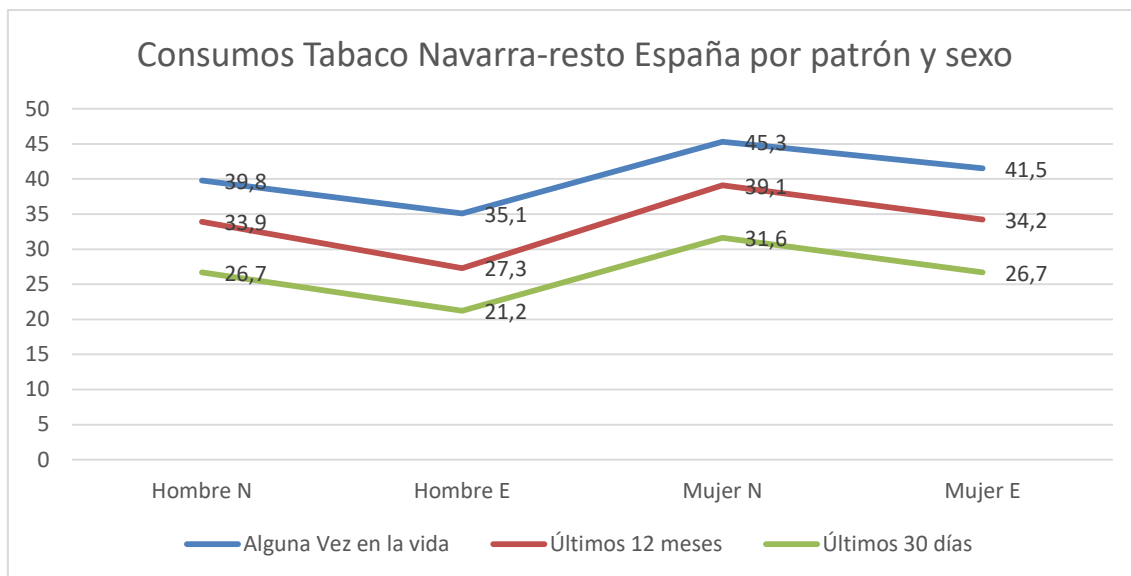


Gráfico 14. Consumo tabaco Navarra 2021

Alcohol

Navarra ocupa la primera posición del estado español en consumos de bebidas alcohólicas tanto en hombres como en mujeres en los patrones de alguna vez en la vida y en el último año, siendo segunda sólo por detrás de Extremadura en el último mes. En cualquier en todas las medidas evaluadas se encuentra siempre por encima de la media española. Además, los y las adolescentes navarras son también los que más borracheras reconocen en todos los patrones analizados de España. No abandonan el primer lugar tampoco ni en los consumos intensivos de *binge drinking* ni en los botellones (gráfico 15). Esta situación merecería una reflexión si además tenemos en cuenta que Navarra es también el territorio con la edad de inicio más temprana de toda España.

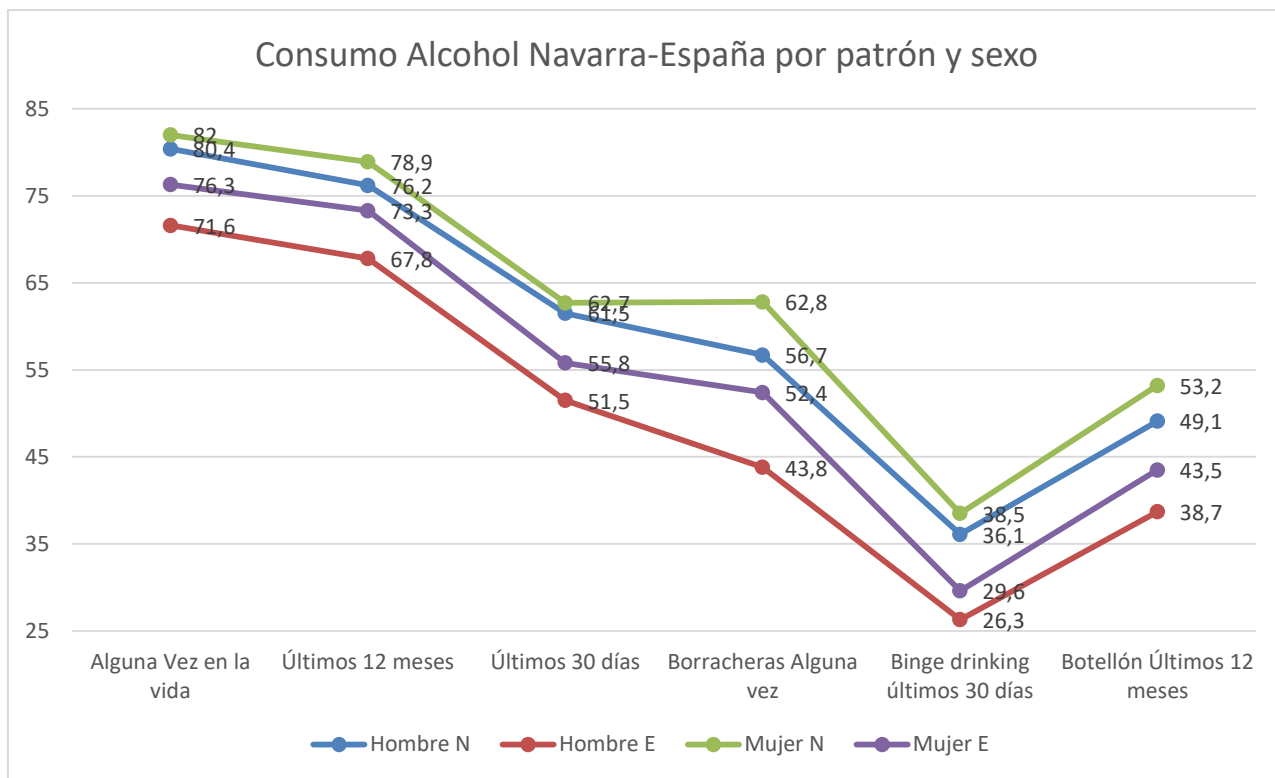


Gráfico 15. Consumo alcohol Navarra 2021

Cannabis

Si los consumos de alcohol en Navarra son alarmantes con respecto al resto de España, datos parecidos parecen extraerse en relación con los consumos de cannabis. Siempre por encima de la media española en los patrones estudiados los y las adolescentes encuestados son junto al País Vasco y por detrás de la Comunidad Valenciana los que presentan mayores índices de consumo alguna vez en la vida y los primeros de España en el último año. Si bien en el resto del estado los hombres refieren mayores consumos de cannabis que las mujeres en Navarra y en lo que respecta al último año las mujeres están por encima de los hombres (gráfico 16).

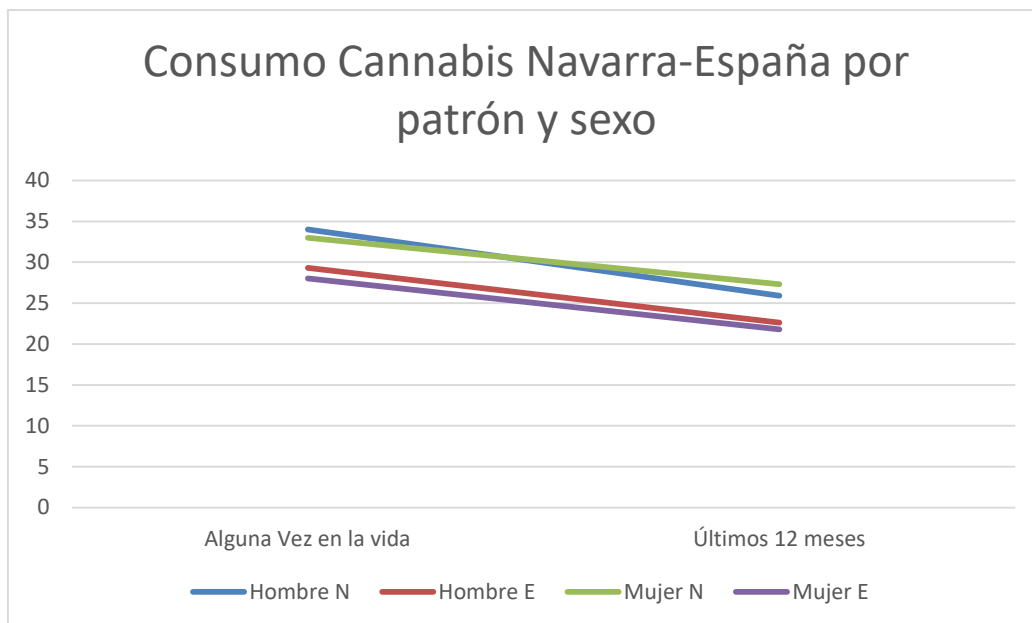


Gráfico 16. Consumo cannabis Navarra 2021

1.3.2. Los juegos de azar con dinero

Frente a los consumos de drogas en la adolescencia en los últimos años ha cobrado gran interés y preocupación el auge de los problemas derivados de los juegos de azar con dinero. La necesidad de conocer esta nueva realidad ha llevado al estudio de las prevalencias, hábitos y la detección de jugadores problemáticos en el ámbito europeo y estatal.

1.3.2.1. El juego con dinero en Europa

Los datos de la última encuesta ESPAD europea de 2019 sitúan a los chicos y las chicas de 15-16 años españoles por debajo de la media europea en prevalencia de juego con dinero (17%), muy por debajo de Italia y por debajo también de Portugal. Grecia es el país europeo con mayor prevalencia de juego con dinero y Austria el que presenta la menor (gráfico 17).

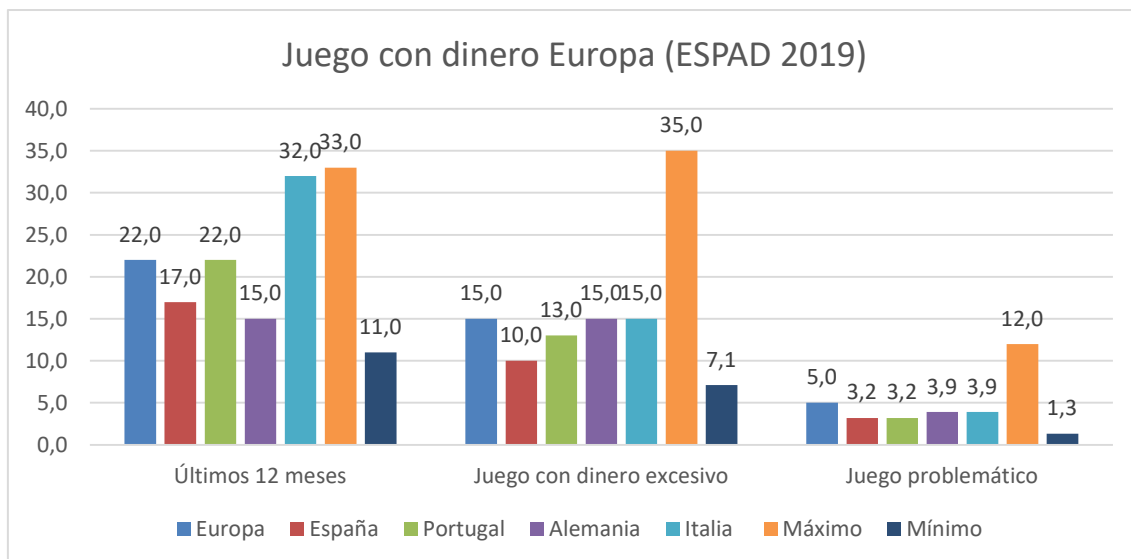


Gráfico 17. Prevalencia juego con dinero Europa, juego excesivo y juego problemático 2021

La encuesta ESPAD incluyó una escala para medir el juego con dinero excesivo (Rockloff, 2012) y otra denominada Lie/Bet para estudiar el posible juego problemático (Johnson et al., 1997). De los resultados obtenidos en estas escalas los adolescentes españoles se sitúan por debajo de la media europea tanto en juego excesivo como en juego problemático. Georgia es el país que presenta peores resultados en cuanto a un posible juego problemático y Montenegro el país con más problemas de juego excesivo de Europa.

1.3.2.2. El juego con dinero en España

La encuesta ESTUDES (Plan Nacional sobre Drogas, 2021) comenzó a realizar preguntas sobre los usos, hábitos y costumbres de los juegos de azar con dinero en los/las adolescentes españoles/as en 2014. Desde entonces, aunque con alguna modificación en las preguntas se han obtenido diferentes datos con respecto a las frecuencias, modalidad y tipos de juego más habituales. Los resultados y la evolución de los datos más representativos se detallan a continuación.

Prevalencia por modalidad y juego problemático 2014-2019

En los últimos 7 años cerca del 20% de la muestra comprendida entre los 14 y 18 años reconoce haber jugado con dinero tanto de manera online como presencial. Se

refleja una mayor participación en la modalidad presencial con respecto a la online en toda la serie histórica.

La presencia de un posible juego problemático se incorporó en 2019 a partir del cuestionario utilizado también en la encuesta europea ESPAD, Lie/Bet (Johnson et al., 1997). El 4,7 de los encuestados presentaban riesgo de juego problemático en 2019, cerca de la media europea obtenida con la población de entre 15 y 16 años (gráfico 18).

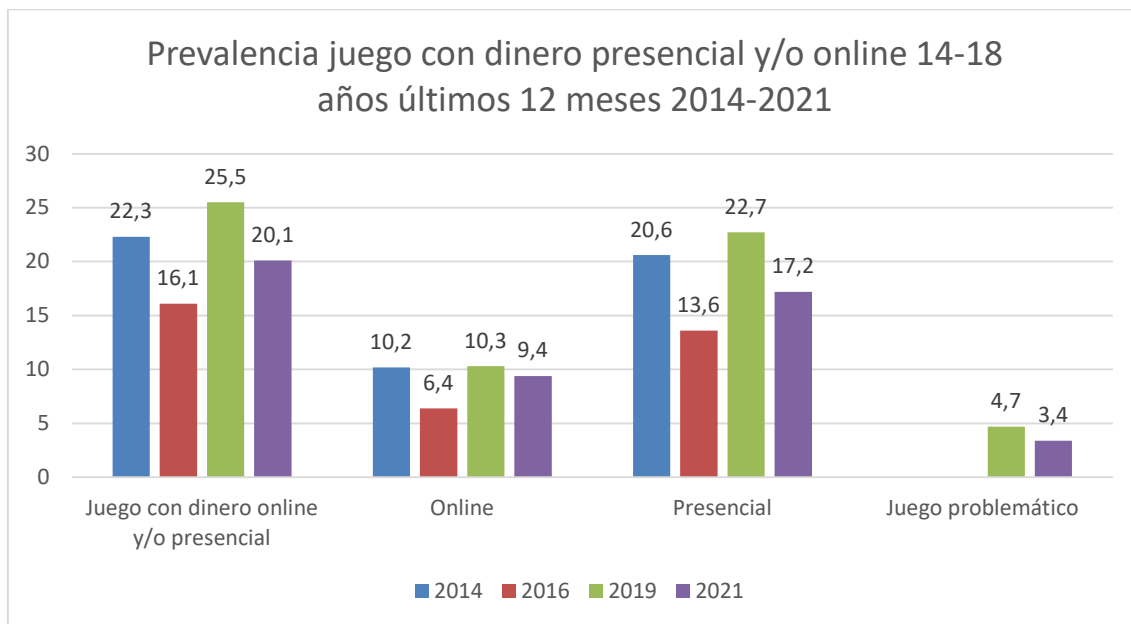


Gráfico 18. Prevalencia de juego con dinero por modalidad 2014-2021 España

Las mujeres juegan mucho menos que los hombres, si bien se ha producido una disminución de esa diferencia en el estudio del último año (gráfico 19).

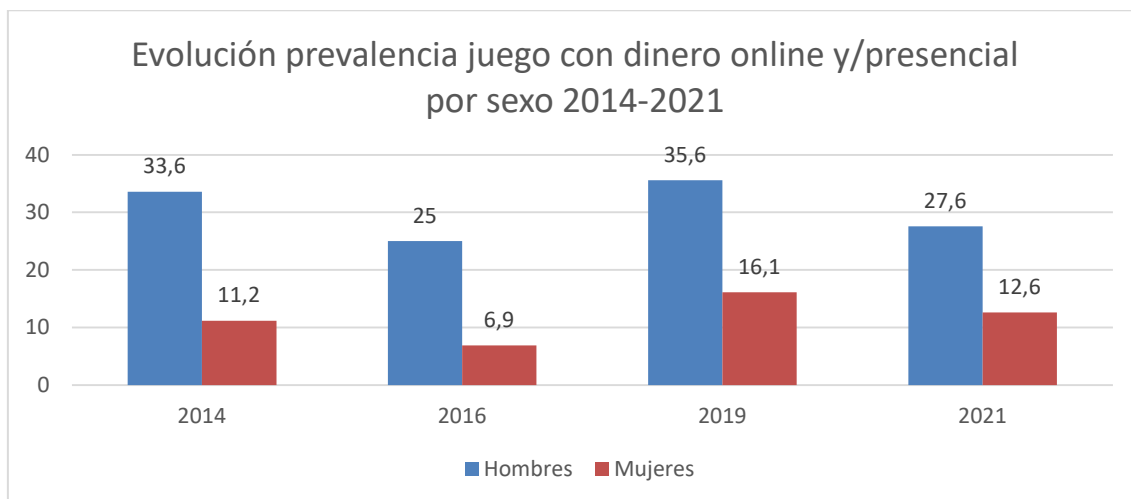


Gráfico 19. Edad inicio Alcohol, tabaco, cannabis Navarra 2021

Edad de inicio juego con dinero

Sólo se disponen datos del ESTUDES en España de las edades de inicio de los juegos con dinero desde el año 2019. Desde entonces la edad de inicio se mantiene bastante constante y entre los 14,6 y los 15 años (gráfico 20).

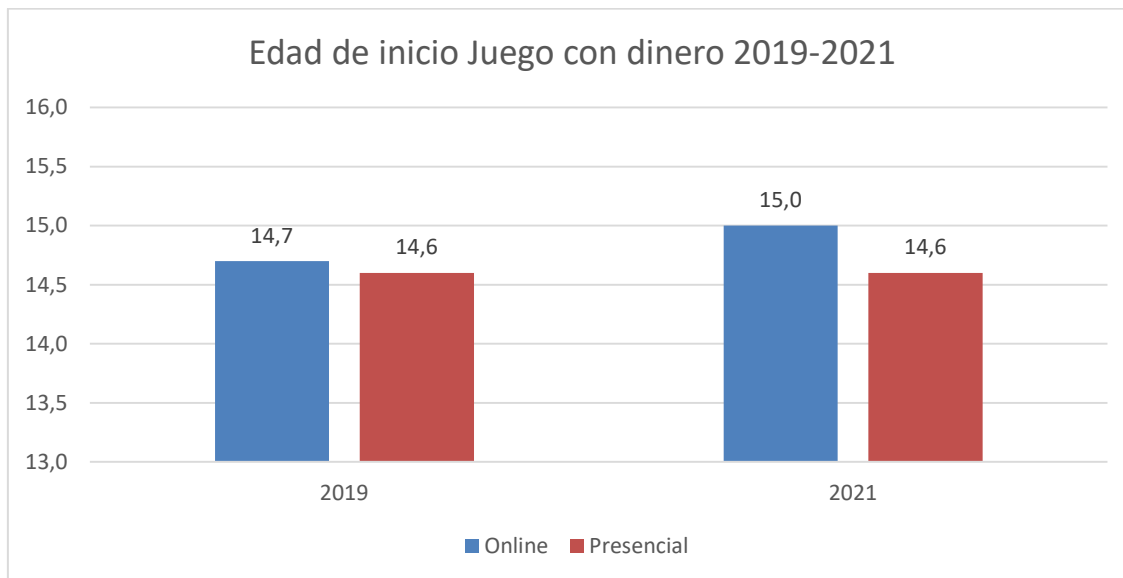


Gráfico 20. Edad inicio Juego con dinero 2019-2021

Tipos de Juego

En España la mayoría de la juventud que participa de juegos con dinero lo hace a las apuestas deportivas, loterías y a partir de los videojuegos (gráfico 21).

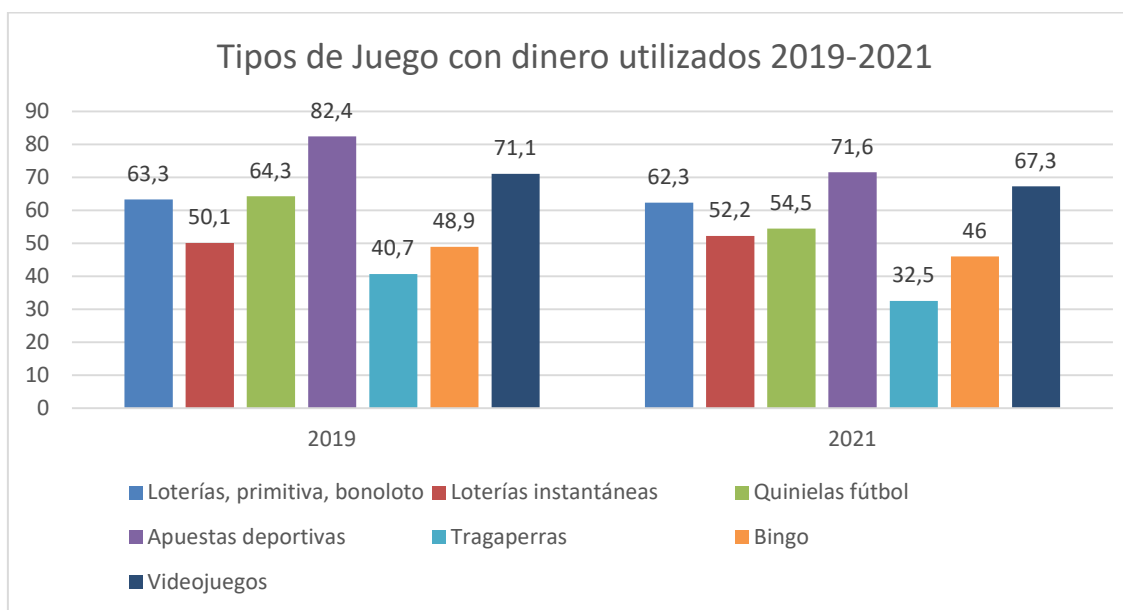


Gráfico 21. Tipos de juego en España 2019-2021

1.3.2.3. El juego con dinero en Navarra

En Navarra se dispone de numerosos y recientes datos gracias a un informe publicado en 2021 sobre los hábitos de la juventud navarra con respecto a los juegos de azar con dinero (Mendigutxia et al., 2021). En este estudio realizado con casi 3.000 adolescentes y jóvenes se utilizó el cuestionario SOGS-RA (Winters et al., 1993) en su versión española (Becoña, 1997) para la evaluación de la gravedad del juego. A continuación, se presentan los principales resultados de este estudio.

Prevalencia en Navarra según hombres y mujeres

Los resultados con respecto a la frecuencia de juego en el último año muestran una escasa participación de los participantes en los juegos con dinero (gráfico 22). Cerca del 70% no ha jugado nunca y el 17% lo hizo de manera esporádica. El resto (9,8%) reconoce jugar al menos entre 2 y 4 días al mes. La distribución completa puede verse en el gráfico 22. Las chicas participan menos de este tipo de juegos. El 84,2% no ha jugado nunca y sumado a aquellas que lo han hecho de manera esporádica representan el 96,8% del total.

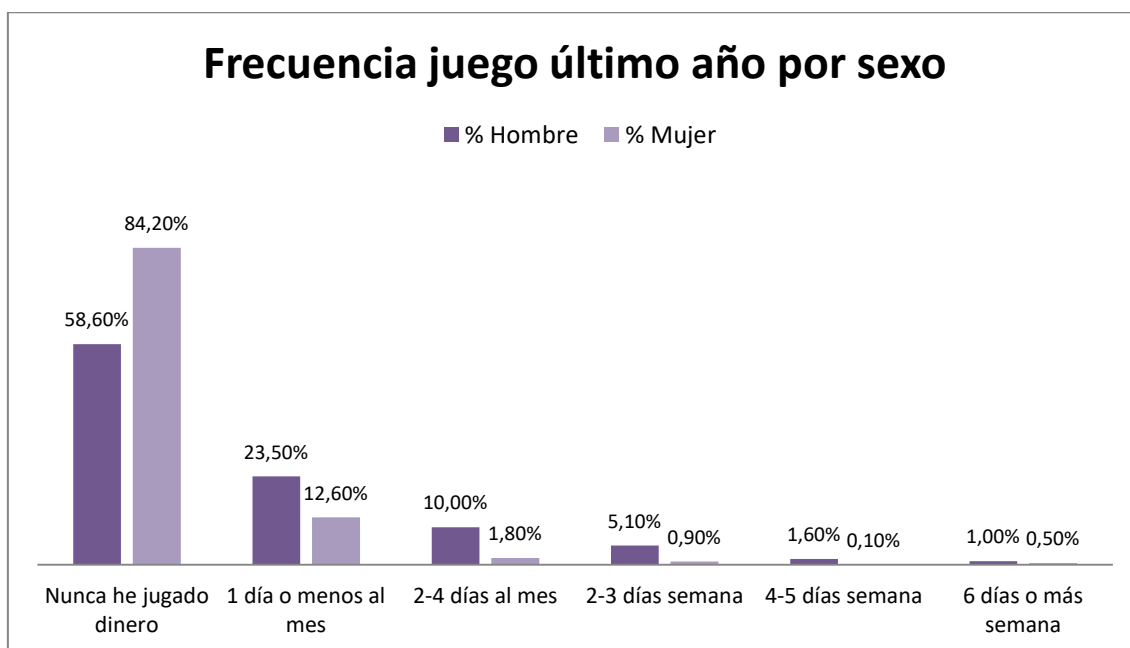


Gráfico 22. Frecuencia Juegos con dinero Navarra Hombres-Mujeres 2021

Edad de inicio

La edad de inicio en Navarra según los datos recogidos en este informe es superior a los datos obtenidos en la encuesta ESTUDES (Plan Nacional sobre Drogas,

2021). La edad media en el inicio del juego se situó en los 16,51 años (gráfico 23). Además de participar en mucho menor medida que los hombres en este tipo de juegos, las mujeres experimentan con ellos más tarde: casi un año más tarde (17,07 años las mujeres frente a 16,24 años hombres).

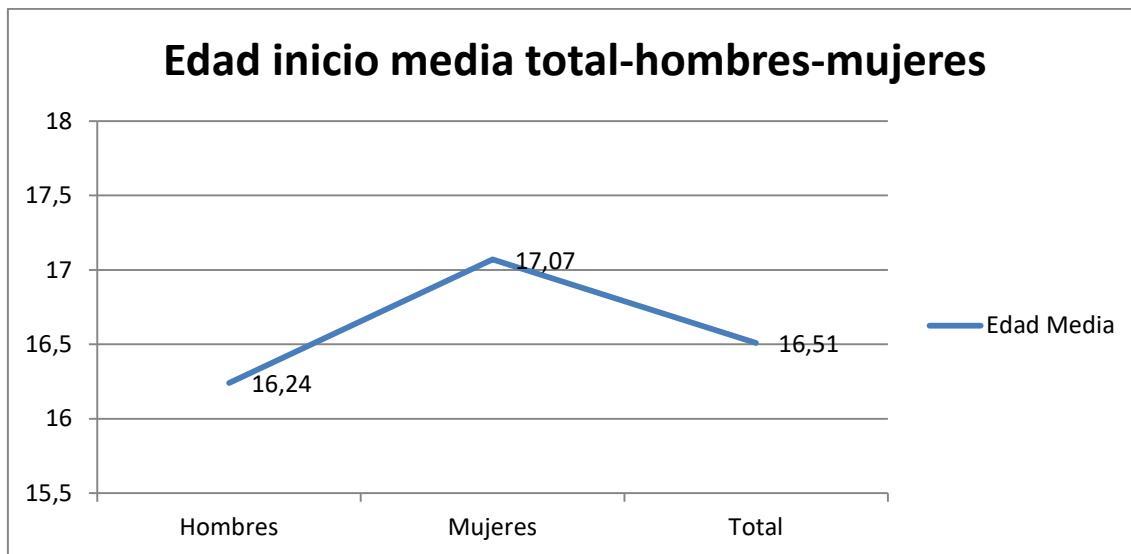


Gráfico 23. Edad inicio Juegos con dinero hombres-mujeres 2021

Tipos de juego en la Juventud Navarra

En el gráfico 24 se presenta cómo las apuestas deportivas son el principal juego, seguidas por las loterías y tragaperras.

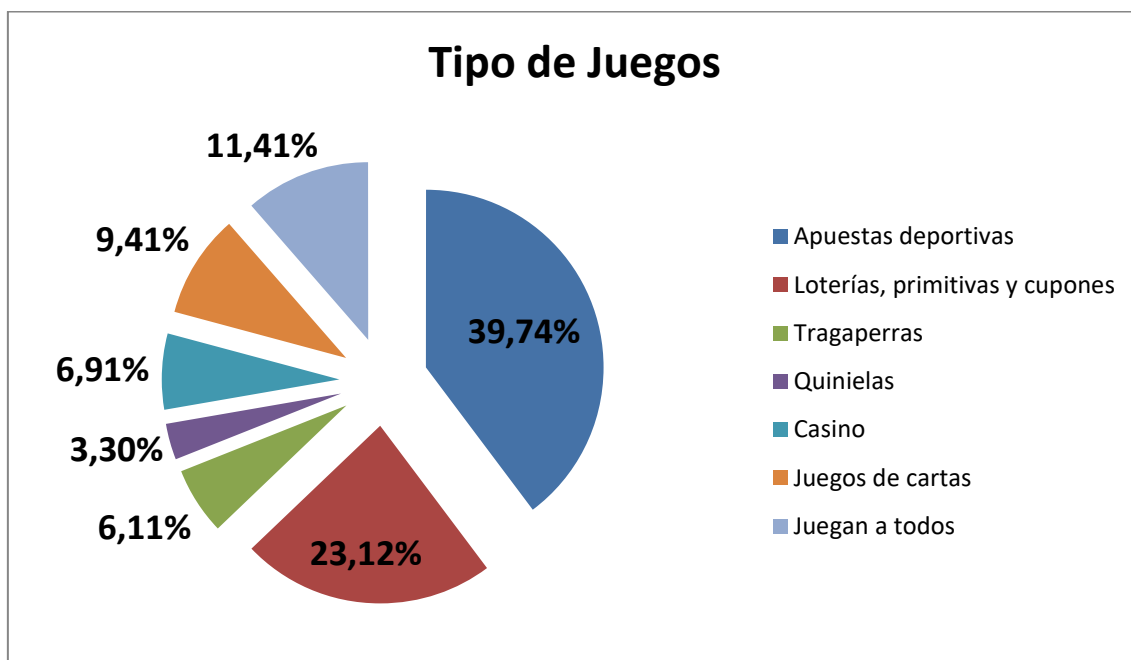


Gráfico 24. Tipos de juego Navarra 2021

Hay diferencias muy significativas ante el tipo de juegos de preferencia entre los hombres y las mujeres. Mientras los hombres juegan mayoritariamente a las apuestas deportivas (30,4%), las mujeres se inclinan por las loterías, primitivas y demás cupones (40,6%). Salvo en el caso de las apuestas y teniendo en cuenta que en términos globales juegan en mucha menor proporción que los hombres, las mujeres encuestadas juegan en mayor proporción al resto de juegos presentados, en especial al casino (11,4% frente a 4,5% de los hombres). Todos estos datos figuran en el gráfico 25.

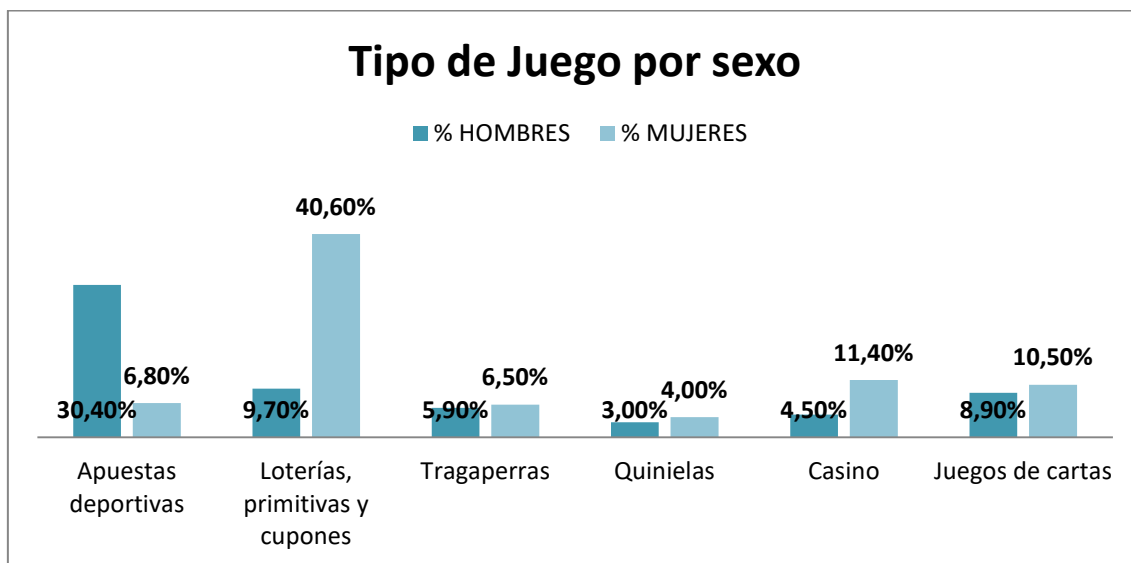


Gráfico 25. Tipo de juego por sexo

Modalidad de Juego por grupo de edad

La gran mayoría cuando juega lo hace de manera presencial, mientras que una de cada 10 personas que juegan reconoce hacerlo únicamente de manera online entre el grupo de menores de 16-18 años. Además, un 4,4% deciden compartir ambas experiencias en ese rango de edad (Mendigutxia et al., 2021). Los chicos juegan en mayor proporción que las chicas tanto en la modalidad online como en la compartida junto a la presencial. La gran mayoría de las mujeres cuando juegan lo hacen de manera presencial (gráfico 26).

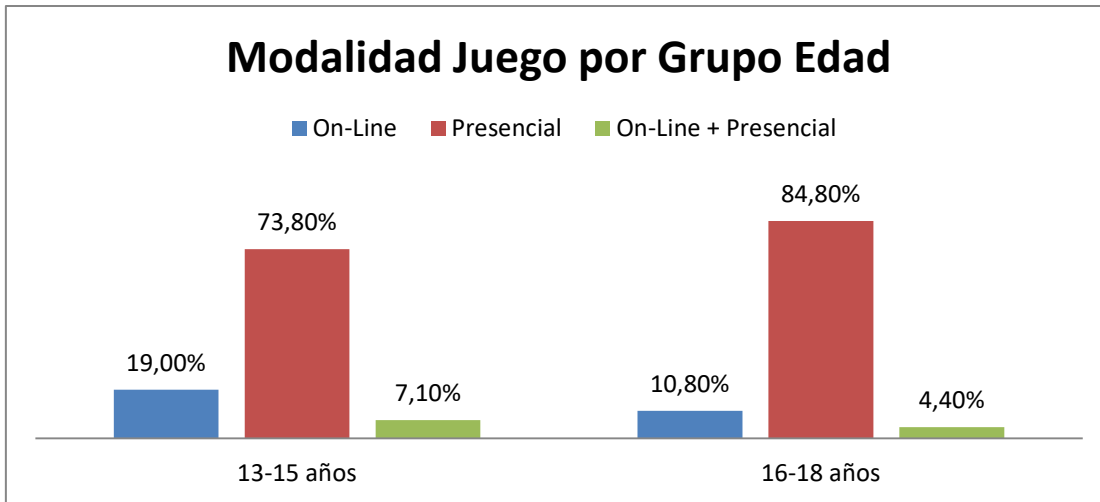


Gráfico 26. Edad inicio Alcohol, tabaco, cannabis Navarra 2021

Juego problemático en Navarra

Sólo un 4,9% de los encuestados que cumplimentaron el cuestionario estaban en una situación problemática con respecto al juego (gráfico 27).

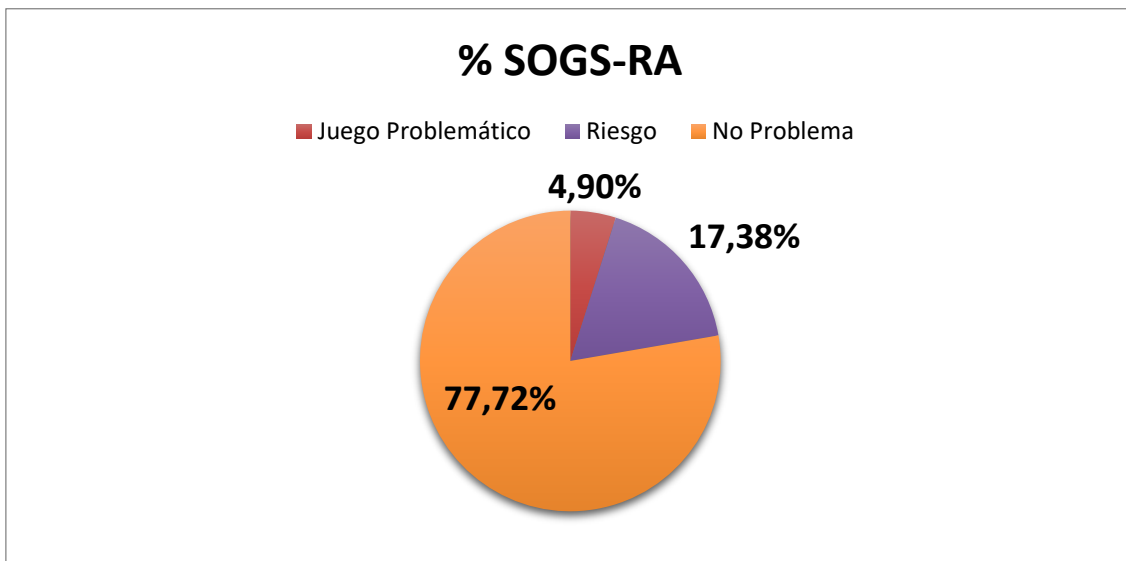


Gráfico 27. Juego problemático en Navarra

1.3.3. Conclusiones

Las dos drogas más consumidas en Europa y de igual manera en España y Navarra son el tabaco y el alcohol. Entre las ilegales el cannabis es con diferencia la más consumida entre los y las adolescentes europeos. El consumo del resto de las drogas ilegales tiene un carácter residual en esta franja etaria.

En España las edades de inicio de las drogas legales se sitúan entre los 13 y 14 años y entorno a los 15 los inicios de los consumos de cannabis, sin que se registren grandes variaciones en los últimos 20 años.

El consumo de hipnosedantes con y sin receta presenta un aumento sostenido en los últimos 15 años. Uno de cada cinco menores entre los 14 y 18 años en España los ha consumido alguna vez.

En virtud de los datos analizados, Navarra se presenta como una comunidad especialmente vulnerable ante los consumos de drogas de sus adolescentes. Es la comunidad con la edad de inicio más temprana en el consumo de alcohol (13,6 años) y además ocupa la primera posición del estado en consumos de bebidas alcohólicas tanto en hombres como en mujeres. En cualquiera de las medidas evaluadas se encuentra siempre por encima de la media española. Llama también la atención que los y las adolescentes navarras son los que más borracheras reconocen en todos los patrones analizados de España. No abandonan el primer lugar tampoco ni en los consumos intensivos de *Binge drinking* ni en los botellones.

La juventud navarra de entre 14 y 18 años fuma más tabaco que la media estatal en cualquiera de los tres patrones de consumo evaluados. Estas diferencias se dan de igual manera en hombres y en mujeres, siendo está últimas las que presentan mayores índices de consumo.

Con respecto a los consumos de cannabis, Navarra se encuentra por encima de la media española en los patrones estudiados y ocupa el primer lugar entre los consumidores en el último año.

Por último, además de los consumos de drogas en los últimos años ha cobrado gran interés y preocupación el auge de los problemas derivados de los juegos de azar con dinero. Entre el 20 y el 25% de los y las adolescentes españoles han jugado con dinero alguna vez, iniciándose en torno a los 15 años. Se trata de un fenómeno principalmente masculino y en el que cerca de un 5% de los que juegan tienen indicadores de juego problemático.

1.4. Los factores de riesgo y protección ante los consumos de drogas en la adolescencia.

1.4.1. Concepto de factores de riesgo y protección

El inicio de los consumos de drogas tiene en la adolescencia su principal periodo crítico (Botvin, 1995). Tal y como señala Carmen Arbex (2002):

“... que este primer consumo experimental u ocasional, sea algo transitorio y anecdótico en la vida de un adolescente o se convierta en un consumo problemático que dificulte su maduración y desarrollo personal, va a depender de cómo el menor maneje la situación, lo cual vendrá determinado por un entramado de factores de riesgo y factores de protección presentes en sus recursos personales”.

En este sentido tanto el inicio como el mantenimiento de los consumos de drogas se relacionaría con diferentes factores de riesgo que actuarían como predictores y cuya presencia estaría asociada a una mayor probabilidad de inicio o diferencias tanto en la frecuencia o en la intensidad de los consumos.

El Observatorio Europeo de las Drogas y Toxicomanías (2020) define los factores de riesgo como aquellas medidas del comportamiento o funcionamiento psicosocial (incluidas las actitudes, las creencias, y la personalidad) que se encuentran asociadas con un mayor riesgo de usar sustancias. De igual manera, los factores de protección, o aquellos que reducen la vulnerabilidad de las personas, son características que compensan o amortiguan el impacto de los factores de riesgo existentes.

En España, la Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (FAD) define los factores de riesgo como “aquellas circunstancias o características personales, ambientales o relacionadas con la sustancia, que aumentan la probabilidad de que una persona se implique en el consumo de drogas y éste llegue a causarle problemas” (Fundación de Ayuda contra la Drogadicción, 2023).

Ampliando la definición anterior más allá de los contextos asociados a los consumos de drogas, para Moreta et al., (2017) los factores de riesgo son aquellos elementos que surgen de cualquier tipo de circunstancia de naturaleza biológica, psicológica, social o medioambiental, cuya presencia o ausencia influye en la posibilidad de que se presente un problema en el desarrollo de un individuo o un grupo social.

Una primera clasificación propuesta por el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (2020) propone dos tipos de factores de riesgo y protección:

- **Factores contextuales:** entre los que se encontrarían las leyes y normas favorables a los comportamientos de uso de sustancias, incluyendo aquellos relacionados con la disponibilidad y el mercado, la carencia económica y la desorganización vecinal.
- **Factores individuales e interpersonales:** por ejemplo, la predisposición genética y otras medidas fisiológicas, un historial familiar de uso de sustancias y las actitudes hacia el uso de sustancias, una gestión familiar pobre/inconsistente, la conflictividad familiar y la baja vinculación afectiva familiar.

Que una persona esté protegida o en riesgo de implicarse en comportamientos de riesgo como el uso de sustancias, dependerá de la interrelación entre la vulnerabilidad individual con los entornos interpersonales y los factores contextuales (comunitarios, institucionales y sociales).

Con respecto a la relación de los factores de riesgo-protección y los consumos de drogas, su presencia, influencia y posterior utilización en diversas estrategias de prevención es necesario tener en consideración una serie de principios generales, tal y como destaca Clayton (1992):

- Los factores de riesgo pueden estar presentes o no en un caso concreto. Cuando un factor de riesgo está presente, es más probable que la persona use o abuse de las drogas que cuando no lo está.
- La presencia de un solo factor de riesgo no implica que vaya a producirse el abuso de drogas y, por el contrario, la ausencia del mismo no garantiza que el abuso no se produzca. Lo mismo sucede en el caso de los factores de protección. El abuso de drogas suele ser probabilístico y, en todo caso, es el resultado de la intervención conjunta de muchos factores influyendo en ello.
- El número de factores de riesgo presentes está directamente relacionado con la probabilidad del abuso de drogas, aunque este efecto aditivo puede atenuarse según la naturaleza, contenido y número de factores de riesgo implicados.

- La mayoría de los factores de riesgo y de protección tienen múltiples dimensiones medibles y cada uno de ellos influye de forma independiente y global en el abuso de drogas.
- Las intervenciones directas son posibles en el caso de alguno de los factores de riesgo detectados y pueden tener como resultado la eliminación o la reducción de los mismos, disminuyendo la probabilidad del abuso de sustancias. Por el contrario, en el caso de otros factores de riesgo, la intervención directa no es posible, siendo el objetivo principal atenuar su influencia y, así, reducir al máximo las posibilidades de que estos factores lleven al consumo de drogas.

En esta misma línea y con respecto a los factores de riesgo y protección, Sánchez (2002) plantea una serie de importantes consideraciones:

- La relación entre los factores de riesgo es recíproca y dinámica por lo que no puede comprenderse de forma aislada. Debe existir un equilibrio entre todos ellos, teniendo en cuenta que tiene más importancia el resultado global que cada factor por separado. De este equilibrio dinámico dependerá que se dé o no el consumo abusivo de drogas.
- La conducta de consumo de drogas es el resultado de la interrelación de diversos factores personales y sociales que el sujeto experimenta desde su nacimiento hasta la edad adulta. En un momento determinado del proceso evolutivo, pueden articularse diversos factores que ponen en peligro el desarrollo personal, posibilitando unas condiciones favorables a consumos problemáticos de drogas.
- Estos factores explican las condiciones en las que se desarrolla el consumo, pero esto no quiere decir que sean el origen del consumo de drogas, son sólo condiciones favorecedoras. Los factores de riesgo/protección son términos correlacionales, no existe una relación causa-efecto, y, por consiguiente, tenemos que hablar siempre en términos de probabilidad, no de determinación.
- A la diversidad de factores conocidos que pueden incidir en el consumo se une el hecho de que ninguno de ellos parece ser requisito necesario ni suficiente para dar cuenta del consumo. En cada caso se da una

combinación original de factores, en un momento determinado, que explica la evolución particular de cada consumidor.

1.4.2. Factores de riesgo y protección: ¿una cuestión de género?

Llegados a este punto es necesario resaltar las diferencias de género en relación con los factores de riesgo y protección. Diferentes estudios plantean la existencia de factores comunes que operan de forma diferente en función del género, en lugar de factores específicos para unos y otras. Por ejemplo, en el caso de los consumos de drogas, en los adolescentes tienen más peso los factores de riesgo de tipo personal y contextual (escuela y comunidad), mientras que en las adolescentes tendrían una mayor influencia los factores de riesgo de tipo personal y familiar (López y Rodríguez-Arias, 2010; Schinke et al., 2008).

Otras líneas de investigación plantean que determinados roles de género pueden actuar como factor de riesgo o de protección. Los rasgos asociados al modelo tradicional de feminidad como la preocupación y cuidado por las demás personas o el mayor interés por la salud actuarían como factores de protección. Por el contrario, las características asociadas al modelo de masculinidad tradicional, como la valentía y la agresividad, operarían como factores de riesgo (Sánchez, 2014).

La influencia de los roles de género, tanto en el tipo de sustancia consumida como en las actitudes hacia el consumo ha sido también constatada en diversos estudios (Artazcoz & Borrell, 2007; Fernández et al., 2019; Romo, 2010).

1.4.3. Clasificación de los factores de riesgo y protección

Tradicionalmente diversos autores han agrupado los factores de riesgo asociados a los consumos de alcohol, tabaco y otras drogas a partir de tres niveles que parten de las características personales hacia entornos sociales con los que se relaciona de menor a mayor proximidad (Espada et al., 2003; Hawkins et al., 1992; Muñoz-Rivas et al., 2000; Rhodes, et al., 2003):

1.- Nivel Individual o personal: se incluyen entre otras, características personales como la impulsividad, la búsqueda de sensaciones, la autoestima, la percepción del riesgo o las habilidades sociales.

2.- **Nivel Microsocial:** hace referencia a la relación de la persona con los diferentes entornos sociales: la familia, el grupo de iguales o la escuela.

3.- **Nivel Macrosocial:** tienen que ver con los factores comunitarios, institucionales y sociales. Como ejemplo destacan las leyes y normas respecto a los consumos de drogas, la exclusión social, la pobreza o la disponibilidad.

A partir de esta clasificación son muchos los estudios sobre los principales factores de riesgo y de protección relacionados con los consumos de drogas. En la siguiente tabla de elaboración propia basada en el Observatorio Europeo de las Drogas y las toxicomanías, (2020), el Instituto Nacional sobre el abuso de drogas estadounidense, NIDA (2004), Hawkins et al., (1992), Becoña (2002), Moncada (1997) y Arbex (2002) se citan aquellos más significativos agrupados según el nivel y entorno al que pertenecen.

Tabla 4. Principales factores de riesgo y de protección relacionados con el consumo de drogas

Nivel	Entorno	Factores de Riesgo	Factores Protección
Macrosociales	Social	Disponibilidad y accesibilidad drogas Tolerancia social hacia consumos drogas Publicidad drogas legales Ausencia recursos comunitarios Falta recursos alternativas ocio Normas antisociales Controles sociales informales pobres Falta de cohesión social Exclusión social Desigualdad y discriminación	Establecimiento de normas de protección para el individuo ante la presencia de sustancias Disponibilidad y fácil acceso a los servicios sociales. Adecuada seguridad ciudadana. Oportunidades de empleo, estudio y esparcimiento. Implementación de Programas de prevención del uso indebido de drogas, adecuadas al contexto y a las necesidades particulares de la población destinataria. Apego fuerte a la comunidad Normas y leyes comunidad contrarias al uso de drogas.
	Físico	Deterioro: edificios abandonados, viviendas de baja calidad Vecindario disruptivo Falta de acceso a alimentos nutritivos Planificación urbanística	
	Renta y Recursos	Pobreza o falta de recursos económicos Falta de acceso a servicios de salud	
Microsociales	Familiar	Consumo de drogas de los progenitores Baja cohesión familiar Tolerancia familiar al consumo de drogas Clima afectivo inadecuado Estilo educativo permisivo negligente, autoritario Maltrato, abuso o parentalidad negligente Modelaje negativo Falta de implicación y supervisión parental Ausencia de normas y límites Baja comunicación familiar Inconsistencia normas Límites poco claros Expectativas poco realistas	Estabilidad y cohesión familiar Sentido de pertenencia familiar y relación intergeneracional Adecuado estilo de crianza Supervisión Fomento de autocontrol y toma de decisiones Actitud negativa hacia el consumo de drogas Fomento de actitudes y comportamientos favorables a la salud Relaciones afectivas positivas y apoyo emocional Buen clima familiar
	Escolar	Absentismo escolar Bajo rendimiento académico Ausencia de actividades extraescolares Falta de programas de educación en salud y prevención Bajo apego a la escuela Tolerancia al consumo de drogas en el medio escolar Disponibilidad de drogas El comportamiento agresivo, incluyendo la intimidación	Escuela que promueve y estimula el aprendizaje, la participación y la responsabilidad Políticas contra el consumo de drogas

Nivel	Entorno	Factores de Riesgo	Factores Protección
	Grupo de Iguales	Presión de grupo hacia consumos Grupo de iguales consumidores Normas grupales, actitudes y valores propios del grupo Consumo de drogas como alternativa exclusiva de ocio Pares y modelos antisociales Falta de supervisión parental de las relaciones con pares	
Individuales		Baja autoestima Baja autoeficacia Poco asertividad Impulsividad Alta búsqueda de sensaciones Ansiedad elevada Baja tolerancia a la frustración Baja empatía Poca o deficiente planificación y toma de decisiones Baja percepción de riesgo Edad de inicio temprana Actitudes favorables al consumo de droga Problemas de salud mental Agresividad Déficit cognitivo Retraso del lenguaje Déficit en la percepción y regulación emocional	Actitud crítica y reflexiva sobre el problema que representan las drogas Construcción del Proyecto de Vida Autonomía Habilidades y destrezas individuales Adecuada autoestima Autocontrol

El programa Suspertu tiene por una parte como objetivo evitar o retrasar el inicio los consumos de drogas en la adolescencia. Por otra parte, en aquellos casos en los que los consumos se hayan iniciado el objetivo consiste en eliminar o reducir la frecuencia de estos. Este planteamiento se desarrolla a partir de la reducción de los factores de riesgo encontrados y del mantenimiento o fortalecimiento de determinados factores de protección. En los siguientes apartados se detallan aquellos factores de riesgo que son objeto fundamental de la intervención en el Programa.

1.4.3.1 Factores de riesgo individuales o personales

Autoestima

La autoestima, entendida como la forma en que la persona se valora a sí misma con sus defectos y sus cualidades, ha mostrado tener gran influencia en el consumo de drogas.

En palabras de Rosenberg (1965) la autoestima es la valoración que el sujeto realiza de la imagen de sí mismo y realizada en función del conjunto de pensamientos y experiencias de las que se ha ido nutriendo, principalmente durante la infancia y la adolescencia. Por lo tanto, dicha valoración contiene inevitablemente ciertos elementos subjetivos que delimitan e influyen en el sentido e intensidad de sus manifestaciones.

La relación de una baja autoestima con respecto al inicio de los consumos de diferentes tipos de drogas ha sido ampliamente estudiada. Con respecto al tabaco el alto consumo está asociado con una baja autoestima en los jóvenes (Patrick et al., 2002). También se ha demostrado esta relación con respecto al consumo de alcohol, por la que adolescentes con alta autoestima pertenecían a los grupos con menores consumos (Armendáriz et al., 2008; González, 1998). Mismos resultados se han obtenido también con respecto a consumos de drogas ilegales (Khajehdaluae et al. (2013).

Las investigaciones sobre la influencia de la autoestima en los consumos de drogas en la adolescencia, además de una relación directa han explorado también su influencia sobre otras variables o factores de riesgo. Así jóvenes con baja autoestima eran más vulnerables a la presión de los pares para realizar determinados comportamientos de riesgo (Crockett & Petersen, 1993). Un estudio más reciente indicaba que la autoestima mediaba la relación entre el estrés familiar, el consumo de drogas y la delincuencia (Voisin et al, 2020).

Si bien, tal y como plantea Jiménez (2011), diversos trabajos en los que se utilizan medidas globales de autoestima obtienen, generalmente, relaciones de protección, es decir, una relación significativa entre la alta autoestima y el bajo consumo de sustancias (Laure et al., 2004; Nóbrega et al., 2004; Schroeder, et al., 1993), existen otros estudios que analizan el papel de la autoestima desde diferentes dimensiones como la familiar, la escolar, la emocional o la física. En este sentido se han obtenido resultados que apoyan que tanto la autoestima familiar como la escolar tienden a inhibir las conductas que derivan en el consumo de sustancias mientras que la autoestima social está asociada con un mayor consumo de sustancias (Jiménez, et al., 2007,2008; Wild et al., 2004). Atendiendo al estudio de la autoestima desde esta perspectiva multidimensional el consumo de sustancias tenía una relación negativa significativa con la autoestima académica, familiar y física y una relación positiva significativa con la autoestima social y emocional (Fuentes, et al., 2020; Riquelme, et al., 2018).

Fruto de toda esta investigación la mejora de la autoestima ha sido objetivo de muchos y diversos programas de prevención del consumo de drogas. Uno de estos programas demostró efectos significativos en el cambio de actitudes y creencias relativas al uso de drogas. El análisis de las variables mediadoras sobre estos efectos sugiere que, el aumento de la autoestima y el aprendizaje de habilidades relacionadas con la asertividad, desempeñaron un papel importante en los resultados (Morgan, et al., 1996).

Impulsividad

Son muchas las definiciones que se han dado de la impulsividad. Uno de los primeros trabajos la definía como como un patrón de conducta desadaptativo determinado por una activación motora, falta de planificación, decisiones no meditadas y tendencia a actuar sin pensar (Eysenck & Eysenck 1977). En una línea similar la impulsividad es considerada un constructo multidimensional que integra una variedad de rasgos tales como el actuar sin premeditación, la búsqueda de sensaciones, la toma de riesgos, la sensibilidad a la recompensa, la urgencia y otros constructos (Cyders, 2013). En cualquier caso, la impulsividad supone una incapacidad para inhibir una conducta junto a la tendencia a desarrollar comportamientos no planificados con escasa

preocupación por sus consecuencias y una predilección por las recompensas inmediatas frente a otras más tardías aun siendo más grandiosas (LaBrie, et al., 2014).

Muchas investigaciones coinciden en señalar a la impulsividad de manera general como un elemento clave en el desarrollo de conductas relacionadas con el consumo de drogas (Horvath & Zuckerman, 1993; Settles et al., 2014). Con respecto al consumo de drogas legales como el alcohol y el tabaco esa relación también ha sido constatada (Caña, et al., 2015; del Carmen et al., 2015). En el caso de las drogas ilegales los estudios apuntan en la misma dirección (Roncero et al., 2013).

Más recientemente una revisión sistemática concluye que hasta la fecha la comunidad científica direcciona la impulsividad como variable iniciadora frente al consumo de sustancias psicoactivas (Álvarez & Boza, 2021).

Desde otra perspectiva, entendiendo la impulsividad como una característica significativa de los trastornos por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en la adolescencia, son numerosos los estudios que relacionan estos trastornos con los consumos de drogas. Una investigación con una muestra de drogodependientes en tratamiento encontró evidencias en esta dirección (Carou, et al., 2016).

De manera más concluyente una revisión sistemática evidenció que la existencia de un TDAH en la infancia se asocia con un mayor riesgo significativo de desarrollar problemas por uso de alcohol, tabaco u otras drogas en la adolescencia o en la edad adulta (Charach et al., 2011).

Tolerancia a la frustración

La tolerancia a la frustración se define como la capacidad que posee el individuo para resistir a los eventos difíciles y adversos, limitando su respuesta e impulso ante dichas contrariedades (Ventura, et al., 2018). En otras palabras: se trata de una habilidad que permite sostener y controlar las respuestas de impulsividad ante situaciones difíciles, hostiles o estresantes (Aguilar & García, 2021). Desde un punto de vista resiliente la tolerancia a la frustración puede entenderse como la capacidad para resistirse a eventos difíciles, adversos, estresantes, en la que el individuo demora su respuesta o impulso, y continúa a pesar de dichas contrariedades (Dryden & Matweychuk, 2009; Oliva et al., 2011)

Más allá de su relación con los consumos de drogas la falta de tolerancia a la frustración se ha demostrado como un elemento importante en el desarrollo de

numerosos problemas emocionales y psicopatológicos (Blair, et al., 2004; Mustaca, 2018; Perlman et al., 2014).

Además, se ha encontrado que la tolerancia a la frustración está a su vez a relacionada con otras variables asociadas al inicio y desarrollo de los problemas derivados de los consumos de drogas como la planificación, la toma de decisiones y la autoestima (Valiente Barroso, et al., 2021).

En España dos investigaciones, una con adolescentes infractores y otra con usuarios en tratamiento en Comunidad Terapéutica o Centro Ambulatorio, revelan la influencia de una baja tolerancia a la frustración con los consumos de drogas. En la primera, en una muestra de 654 menores con expedientes en el Servicio de Justicia Juvenil de Delegación Provincial de Justicia y Administración Pública de Jaén, concluía que más del 70% de los menores con consumos de drogas tenían bajas puntuaciones en tolerancia a la frustración (Martínez, et al., 2012).

El segundo de los estudios con pacientes adultos propone la tolerancia a la frustración como un factor importante en el inicio de la adicción (Ramírez-Castillo, et al., 2019).

Las aportaciones de estos y otros trabajos han centrado el manejo y fortalecimiento de la tolerancia a la frustración como eje de las intervenciones de prevención. En este sentido se ha señalado que las acciones formativas dirigidas a padres y madres, que resalten la importancia del establecimiento de límites y el desarrollo de la tolerancia a la frustración, pueden contribuir positivamente a la prevención primaria de conductas adictivas (Calvete & Estévez, 2009).

En esta misma línea, las estrategias preventivas que promueven habilidades socioemocionales en los adolescentes producen cambios significativos en la tolerancia a la frustración, un impacto en la actitud hacia las drogas y hacia la presión sobre el uso del alcohol (Rodríguez, 2021).

Búsqueda de sensaciones

La búsqueda de sensaciones entendida como la necesidad de experimentar sensaciones y experiencias nuevas y el deseo de arriesgarse física o socialmente por el simple deseo de alcanzarlas, se caracteriza por una tendencia a comportarse sin ninguna planificación y sin pensar en las consecuencias de sus acciones (Zuckerman, 2014)

Son muy numerosos los estudios que evidencian la relación de la variable búsqueda de sensaciones y los consumos de drogas. Investigaciones realizadas en Israel

y Noruega destacan el papel de la búsqueda de sensaciones como el mejor predictor de consumo de drogas en adolescentes tanto para drogas legales como ilegales (Barnea et al., 1992; Pedersen et al., 1988, 1989). Una muestra compuesta por adolescentes en Holanda predijo el consumo de marihuana (Malmberg et al., 2012).

Más recientemente dos trabajos realizados en Ecuador y Argentina analizaron esta variable atendiendo a la dimensión de género. El primero de ellos mostró como resultado que la búsqueda de experiencias y la desinhibición eran las dos dimensiones que mejor explicaban las conductas de consumo en ambos géneros (Pérez et al., 2019). En la investigación realizada en Argentina, ser mujer y tener un índice de búsqueda de sensaciones alto fueron predictores del consumo de tabaco y alcohol (Morello et al., 2019).

Un estudio con adolescentes españoles que analizó las diferencias en impulsividad y en búsqueda de sensaciones por género, edad y consumo de cannabis, mostró que los chicos eran más buscadores de emociones que las mujeres y a su vez consumían más cannabis, por lo que concluían que los programas preventivos deberían tener en cuenta el género de los adolescentes y algunos rasgos de personalidad para incrementar su efectividad (Pérez de Albéniz et al., 2019).

En España también es relevante la investigación realizada con respecto a la búsqueda de sensaciones. Así se ha encontrado una alta correlación entre la alta búsqueda de sensaciones, el inicio en el consumo de alcohol y el binge drinking regular durante la adolescencia (Fernández-Artamendi, 2016; García & Jiménez, 1989; del Carmen et al., 2019; González-Iglesias et al., 2014; Palma et al., 2022).

Sánchez & Riba, (2022) también han encontrado evidencia sobre el papel predictor a nivel individual de la búsqueda de sensaciones con respecto al consumo de tabaco, mientras que, con respecto al consumo temprano de cannabis, puntuaciones altas en búsqueda de sensaciones fueron un buen predictor del consumo de cannabis (Fernández et al., 2018).

Para concluir merece la pena destacar un último estudio longitudinal que plantea que las correlaciones entre búsqueda de sensaciones y consumo de sustancias son mayores para las drogas legales que para las drogas ilegales y que la búsqueda de sensaciones sirve para diferenciar patrones de estabilidad o progresión en el consumo de drogas entre los adolescentes (Martín et al., 1996).

Ansiedad

Existe una amplia base de estudios que relacionan la sintomatología psicológica tanto previa como posterior y los consumos de drogas. De esta manera variables asociadas al consumo potencial de drogas como las actitudes hacia las drogas y disposición a consumirlas correlacionarían con la depresión y la ansiedad (Blau et al., 1988). En el caso concreto de la ansiedad se encontró una correlación positiva significativa entre el rasgo de ansiedad y el consumo de drogas (Taylor & Del Pilar, 1992).

Los adolescentes que presentan riesgo asociado al consumo de alcohol y tabaco presentan una relación significativa con sintomatología de ansiedad y de depresión (Bravo et al., 2021).

Por último, una reciente revisión a propósito de este tema ha encontrado que altos niveles de depresión, ansiedad y baja autoestima están relacionados con una actitud positiva hacia las drogas y la voluntad de consumirlas (Mosquera et al., 2022).

Depresión

Durante la adolescencia entre los diferentes factores psicológicos analizados, aquellos con trastorno depresivo mayor tenían mayores probabilidades de involucrarse en el policonsumo de drogas (Jongenelis et al., 2019). Ortega et al. (2021) van más allá e indican que la depresión en adolescentes desencadena comportamientos hacia el consumo de sustancias psicoactivas. En México un estudio reciente con una muestra de estudiantes universitarios mostraba que 3 de cada 4 de los analizados que manifestaba haber consumido drogas tanto legales como ilegales tenía síntomas de depresión (Pavón et al., 2022).

Por el tipo de drogas, el aumento significativo del riesgo de consumo de alcohol en adolescentes junto a la presencia de psicopatología concurrente como la depresión está ampliamente documentada (Charach et al., 2011; Lee et al., 2011; Rao et al., 1999; Taylor, 2011; Wu et al., 2008).

Con respecto al consumo de cannabis los adolescentes con trastornos del estado de ánimo presentan mayores tasas y trastornos por consumo (Wittchen et al., 2007). Además, aquellos con mayor depresión son significativamente más propensos a tener dependencia del cannabis (Fergusson & Woodward, 2002; Libby et al., 2005).

El hecho de que el mayor riesgo de desarrollar trastornos por consumo de alcohol por los jóvenes en la edad adulta esté asociado con los síntomas depresivos (Pardini et al., 2007) o que la depresión infantil prediga la persistencia de la dependencia de sustancias en la edad adulta (Meier et al., 2016), hace necesario prestar especial atención a los problemas en los estados de ánimo para el desarrollo de intervenciones preventivas eficaces.

Percepción de riesgo

La baja percepción de riesgo genera un mayor peligro para el consumo de drogas, mientras que, si se percibe una droga como riesgo y se valora su consumo como peligroso, la probabilidad de convertirse en consumidor es menor (Melo & Castanheira, 2010).

Un estudio realizado con 1.011 estudiantes de la Universidad de Córdoba recogió información sobre la percepción de riesgo ante el consumo de distintas sustancias. Los resultados señalaron que en general los jóvenes universitarios que más consumen alcohol, tabaco, cannabis y psicofármacos son los que valoran con una puntuación más baja los posibles riesgos derivados del consumo (Ruiz et al. 2010a, 2010b).

Otro estudio con estudiantes universitarios en este caso centrado en los consumos de alcohol mostró mayores dificultades en la adecuación de la percepción de riesgo y un mayor consumo de alcohol en hombres que en mujeres. En este sentido se encontró una relación directa entre el desarrollo de los factores de protección y la percepción de riesgo y una relación inversa entre esta última y el consumo de alcohol (Fernández et al., 2021).

Una investigación durante los años 2001 y 2016 entre adolescentes de Argentina, Chile y Uruguay concluyó que el riesgo percibido y la disponibilidad de marihuana son factores de riesgo significativos para el consumo de marihuana (Schleimer et al., 2019). En esta misma dirección la percepción de los jóvenes de una aplicación laxa de las leyes por parte de la comunidad con respecto al consumo de drogas y el bajo daño percibido por el uso fue un factor de riesgo que predijo prospectivamente un mayor consumo de marihuana (Guttmanova et al., 2019).

Una reciente revisión sobre factores individuales asociados al consumo de drogas evidencia que la baja percepción de riesgo junto a otras variables personales

afecta al aumento de la probabilidad de consumo de sustancias ilícitas y de trastornos por su uso (Scoppetta et al., 2022).

De esta manera y a tenor de la evidencia analizada, parece adecuado y necesario establecer como parte de los objetivos de la prevención de los consumos de drogas en la adolescencia, el aumento de la percepción de riesgo. En concreto sería importante tal y como plantean Suárez et al., (2017) incidir con mayor fuerza en contenidos sobre los riesgos a corto plazo del alcohol.

Autocontrol

El autocontrol tal y como plantea Pedrosa, (2009) es la capacidad del ser humano para dirigir y controlar su propia conducta y sus sentimientos.

Son muchas las investigaciones que han analizado la importancia de la capacidad de autocontrol en el inicio mantenimiento y desarrollo de los consumos de drogas. Que la percepción de control interna estaba inversamente relacionada con el consumo de tabaco, alcohol y hachís, ya fue encontrado por Wills (1994).

Desde entonces en nuestro país diversos estudios han ahondado en esta relación. Así se encontró que el autocontrol se relacionaba con el consumo de drogas de manera inversa, es decir, que a medida que los niveles de autocontrol disminuyen, aumentan la cantidad y cronicidad de consumo de drogas (Torrecillas et al., 2003).

Un estudio en el que participaron 657 adolescentes de bachillerato de Bizkaia, halló que el autocontrol insuficiente se asociaba significativamente al consumo de drogas (Calvete & Estévez, 2009).

Más recientemente y también en Andalucía, una investigación en la que participaron 1.600 personas con edades comprendidas entre los 12 y los 34 años reveló que puntuaciones bajas en autocontrol se asociaron significativamente no sólo con un mayor consumo de sustancias sino también con mayor sintomatología en ansiedad y depresión y puntuaciones más altas en la escala de adicción a Internet (Oliva et al., 2019).

Fuera de nuestras fronteras son muchos también los trabajos que han profundizado en este factor de riesgo. Así se ha demostrado que el autocontrol tendría efectos amortiguadores para el uso de sustancias como el tabaco, el alcohol y la marihuana en adolescentes (Wills et al., 2008) o que los niveles más altos de autocontrol se correlacionarían con puntuaciones más bajas en comportamientos

específicos, como beber, fumar tabaco y otros consumos de drogas (Agbaria et al., 2017). En cuanto al consumo de drogas ilegales, el bajo autocontrol es un predictor muy importante del uso de drogas duras (Leimberg & Lehmann, 2022).

A nivel general y más allá de los consumos de drogas, el aumento del nivel de autocontrol ha sido señalado como uno de los mejores predictores para la disminución de los comportamientos de riesgo (Liu et al., 2019).

Así pues, capacitar a los menores y adolescentes en habilidades de autocontrol para reducir la intención y las actitudes hacia el abuso de drogas parece una estrategia relevante para el diseño de diferentes programas de prevención (Allahverdipour et al., 2006). En este sentido existe evidencia que apunta a que aumentar el autocontrol, la resiliencia y la autoestima puede mejorar la autoeficacia entre los pacientes con trastornos por uso de sustancias (Yang et al., 2019).

Autoeficacia

La autoeficacia es una variable cognitiva que responde al sentimiento de ser competente y capaz muy vinculada a la autoestima. Partiendo de la teoría de Bandura (1977), la decisión última de consumir una droga o no, está en función de las expectativas de autoeficacia y de resultado que tiene la persona en el contexto situacional en el que se encuentra.

A nivel general, se han encontrado resultados que muestran que tanto la autoeficacia como la autoestima tienen una relación directa con el sentido de bienestar psicológico y actúan como moduladores de dicho bienestar, representando factores protectores ante la adversidad, indispensables en la adolescencia (Barajas & Rodríguez, 2021). Con respecto a los consumos de drogas la autoeficacia es una variable de predicción para el consumo de drogas y ha demostrado ser un factor protector (Martínez et al., 2008).

Con respecto alcohol tanto la autoestima como la autoeficacia predicen el consumo de alcohol (Noh-Moo et al., 2021). Existe evidencia que apoya el hecho de que la autoeficacia es un factor protector y en la medida que aumenta, disminuye la probabilidad de consumo de alcohol, siendo este hecho más evidente en los adolescentes más jóvenes (Fátima et al., 2023).

Estos últimos resultados fueron también encontrados en un estudio que analizó el papel de la autoeficacia en una muestra sólo de mujeres que demostró que a mayor

autoeficacia menor será el consumo de alcohol en las adolescentes (Cisneros & Terrero, 2018).

En relación con el consumo de tabaco, un estudio sólo encontró relaciones significativas inversas entre conducta de fumar y las variables de autoeficacia en mujeres (Medina & Almagiá, 2005). En otro contexto, la autoeficacia se ha revelado como uno de los factores de mayor peso para lograr el abandono, disminución del hábito de fumar y el mantenimiento de la abstinencia (López et al., 2002; Pérez et al., 2001).

Resultados similares a los anteriores se encontraron también en investigaciones que relacionan la autoeficacia y los consumos de cannabis. Los adolescentes que no habían consumido marihuana no tenían intención de probar e incluso rechazaron ofertas de consumo, eran los que obtuvieron mayores niveles de autoeficacia (Olivo et al., 2021).

Las habilidades sociales

Tal y como señalan Lacunza y de González (2011) delimitar el concepto de habilidad social resulta complejo por su naturaleza multidimensional y su relación con otros conceptos afines como la competencia social e interpersonal, la inteligencia social o las habilidades adaptativas.

Para Caballo (2005), las habilidades sociales son un conjunto de conductas que permiten al individuo desarrollarse en un contexto individual o interpersonal expresando sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de un modo adecuado a la situación. Según la Organización Mundial de la Salud (Mantilla, 1993) este tipo de habilidades se divide en: empatía, comunicación asertiva –efectiva- y relaciones interpersonales. De manera general se ha constatado la importancia de las habilidades sociales como elemento clave en la promoción del bienestar social (Moreno & Jurado, 2022).

Se cuenta con una extensa evidencia de que los adolescentes prosociales, socialmente habilidosos y con altos niveles de competencia social son menos proclives a realizar conductas de riesgo para la salud, como el consumo de sustancias (Benson, 2007; Chen et al., 2019; Westling et al., 2012).

En este sentido un estudio reciente realizado con una muestra de adolescentes en Portugal encontró que aquellos con una puntuación elevada en habilidades sociales se relacionaban de manera positiva con un estilo de vida saludable, concretamente, en las variables de ejercicio físico, autocuidado y el no consumo de drogas (Magalhães et al., 2021).

Además de los consumos de drogas, se han realizado estudios de las habilidades sociales con respecto a otros comportamientos de riesgo. Así se ha determinado una importante relación entre la adicción a internet y trastorno por juegos de internet en adolescentes y déficit en habilidades sociales (Fumero et al., 2018, 2020). De igual manera se ha encontrado también evidencia con respecto a la relación existente entre las habilidades sociales y las conductas delictivas o antisociales (Patrício do Amaral et al., 2015).

En nuestro país los resultados apuntan en la misma dirección. Los déficits en habilidades sociales influían en los consumos de tabaco, alcohol y cannabis (Aleixandre et al., 2004). Junto a la creencia en el orden moral Larrosa y Palomo (2012) determinaron que las habilidades sociales eran un fuerte factor protector de los consumos de drogas. Por último, un estudio en el que participaron 1.688 estudiantes españoles de secundaria con edades comprendidas entre 13 y 17 años mostró resultados que indicaban una clara relación entre las habilidades sociales y el consumo de sustancias. Los adolescentes clasificados en el grupo con buenas habilidades sociales fueron significativamente menos consumidores que los que tenían bajas competencias en habilidades sociales (Gonzálvez et al., 2014).

Entre las habilidades específicas más estudiadas dentro del conjunto de las habilidades sociales se encuentran la asertividad, la empatía y la resolución de conflictos.

La asertividad entendida como un estilo de comunicación claro y no ofensivo en el que se expresan sentimientos y necesidades respetando las opiniones y derechos del interlocutor, ha sido objetivo de diversos estudios relacionados con los comportamientos de riesgo tanto en población adulta como en la adolescencia. En adultos con consumos de drogas los resultados indicaron una relación directa entre la asertividad y el consumo de drogas (Torrecillas et al., 2003). En adolescentes aquellos que presentaban una tendencia al consumo de sustancias se correlacionaban de manera inversa con la asertividad, la comunicación funcional o comportamientos sociales apropiados (Pozveh & Saleh, 2020).

Entre los componentes más comúnmente utilizados en los programas de prevención del consumo de drogas en España se halla el entrenamiento en resolución de problemas (Espada et al., 2002). Diversos estudios sobre esta habilidad como factor de riesgo encontraron que los adolescentes con puntuaciones más altas en resolución de problemas fueron los estudiantes no consumidores de marihuana y otras sustancias (De la Barrera, 2012). En este sentido merece especial atención para el diseño de programas de prevención las significativas diferencias encontradas entre chicas y chicos. Las chicas puntúan más alto que los chicos en la utilización de estrategias cooperativas de resolución de conflictos (Garaigordobil & Maganto, 2011).

Otra de las habilidades específicas intensamente analizada ha sido la empatía. Una muestra de estudiantes no consumidores de alcohol, tabaco, marihuana e inhalables obtuvo puntuaciones más altas en las habilidades de empatía con respecto a los consumidores en el último mes (De la Barrera, 2012). Más recientemente con relación al policonsumo de drogas la empatía afectiva junto a otras variables predijo un menor uso simultáneo de alcohol y cannabis en adolescentes (González et al., 2021). En población adulta con trastornos por consumo de alcohol y estimulantes también se encontraron deficiencias en la empatía cognitiva y afectiva (Massey et al., 2018).

El resultado de esta amplia investigación de las habilidades sociales como factor importante en el inicio y desarrollo de los consumos de drogas y sus problemas derivados, ha tenido como resultado el diseño de multitud de programas de prevención que han contado con esta variable. Uno de estos programas de entrenamiento de habilidades para la vida creado por Botvin & Tortu (1988) fue adaptado e implementado en España mostrando resultados que indicaban un menor consumo de tabaco y alcohol tras un año de seguimiento (Fraguela & Triñanes, 2002).

Fuera del ámbito de los consumos de drogas los programas centrados en las habilidades sociales han mostrado eficacia para prevenir la violencia escolar (Miyamoto, 2020).

Edad de inicio temprano

Existe mucha evidencia que corrobora la idea de que cuanto antes empiece un menor a experimentar y consumir drogas, mayor será la probabilidad de llegar a la adicción. En este sentido son muchos los estudios que avalan que el consumo de sustancias en la adolescencia temprana aumenta drásticamente el riesgo de trastorno por

uso de sustancias (SUD) a largo plazo (Gallo, 2015; Grant & Dawson, 1998; Chambers et al., 2003; Jordan & Andersen, 2017). Además, un estudio epidemiológico indicó que el consumo adolescente de alcohol, marihuana y cocaína aumentaba el riesgo de dependencia de sustancias (Wagner & Anthony, 2002).

Ahondando en los resultados anteriores, un estudio más reciente sugiere que los programas de prevención deben apuntar a retrasar la aparición de los consumos para prevenir o reducir el abuso de drogas en la edad adulta. En él se recogía que las probabilidades de desarrollar cualquier síntoma de abuso de drogas a los 28 años se reducían en un 31% por cada año de inicio tardío. Los adolescentes que comenzaron a consumir cannabis antes de los 15 años tenían un mayor riesgo de desarrollar síntomas de abuso de drogas a la edad de 28 años (Rioux et al., 2018).

Con respecto a la implicación de los adolescentes en comportamientos antisociales o delincuenciales, tanto la edad de inicio como el consumo actual de sustancias son un factor de riesgo importante (Vega & Zumárraga, 2019).

En España también existen resultados que refuerzan la necesidad de retrasar la edad de inicio del consumo de alcohol como uno de los objetivos estratégicos de las políticas de prevención. Dichos resultados resaltan que quienes empiezan a beber antes tienen más probabilidades de consumir otras sustancias, sus índices de consumo de riesgo son 3 veces mayores y se involucran más en prácticas potencialmente peligrosas (Rial et al., 2020).

Planificación y toma de decisiones

Otro factor de riesgo con amplia historia de investigación es el que se refiere a la toma de decisiones. Según Xiao et al. (2013) la toma de decisiones se define como la capacidad para seleccionar un curso de acción entre un conjunto de posibles alternativas conductuales.

La toma de decisiones y una buena planificación como factor protector frente a los consumos de tabaco, alcohol, marihuana y otras drogas ha sido frecuentemente señalada (Benson, 2007; Chen et al., 2019; Sloboda et al., 2009; Westling et al., 2012;). Estudios más recientes también han comprobado que los adolescentes que presentan una puntuación alta en habilidades relacionadas con la toma de decisiones muestran una actitud negativa hacia el abuso de drogas (Ghobadi et al., 2020).

Un estudio transversal realizado con adolescentes españoles junto con los de otros tres países (Chile, México y Perú) mostró que la planificación y la toma de decisiones y el compromiso con el aprendizaje favorecen la prevención del consumo de sustancias (Belintxon et al., 2022).

Alternativas ocio saludable

El fomento de actividades de ocio estructuradas como los deportes, las culturales u otras promovidas por la comunidad, forma y ha formado parte de muchos programas de prevención de comportamientos de riesgo. Diversos estudios han apoyado la participación en actividades de ocio como un destacado factor de protección frente al inicio y desarrollo de los consumos de drogas (Crespo et al., 2004; Navarro, 2000; Pérez et al., 2002; Secades & Fernández, 2003).

Siguiendo con estudios más recientes también realizados en nuestro país, los resultados de un estudio indicaban que aquellos adolescentes que participaban en actividades desestructuradas y no supervisadas se encontraban en mayor riesgo que aquellos que participaban en actividades organizadas (Oropesa et al., 2014).

Con respecto a la implicación de las actividades de ocio y los consumos de alcohol en jóvenes un estudio realizado en tres países diferentes (España, Perú y Holanda) arroja resultados menos concluyentes. En este caso la participación en actividades de ocio no estructuradas aumentó la probabilidad de beber con mayor frecuencia y en mayor medida en los tres países, aunque las actividades de ocio estructuradas, en general, no tuvieron un efecto predictivo significativo. Este estudio sí concluyó que la participación de los padres junto a sus hijos e hijas en actividades de ocio conjuntas reducía el riesgo de participar en el consumo anual de alcohol (Albertos et al., 2021).

Fuera de nuestras fronteras estudios recientes continúan señalando la participación en actividades estructuradas como un factor de protección y el desempeño en actividades no estructuradas como un factor de riesgo asociado a los consumos de drogas en jóvenes (Belošević & Ferić, 2022; Spillane et al., 2020).

Al margen de la participación o no en actividades de ocio, la nueva realidad tecnológica aporta otros resultados de interés. El mayor uso de las pantallas (Internet, videojuegos, televisión o móvil) se ha asociado a un consumo de cannabis más frecuente (Doggett et al., 2019).

Un ejemplo práctico en el diseño de programas de prevención para el consumo de drogas que ha aplicado estos resultados es el modelo islandés. El fomento de la participación de los y las menores en actividades extraescolares de ocio estructurado forma parte central de la estrategia que ha llevado a Islandia a convertirse en uno de los países con menores índices de consumos de drogas en su juventud (Kristjansson et al., 2020a, 2020b).

1.4.3.2. Microsociales

1.4.3.2.1. Ámbito familiar

Son muchas las investigaciones y mucha también la evidencia aportada acerca del papel del contexto familiar en el inicio y desarrollo de los consumos drogas en la adolescencia. Dentro de este ámbito se han analizado diferentes variables de riesgo entre las que se destacan las siguientes:

Antecedentes familiares de consumos

Existe una gran base de evidencia a nivel internacional que muestra una asociación clara y significativa entre el trastorno por consumo de sustancias de los progenitores y el consumo de sustancias por parte de sus hijos e hijas (Bouchard et al., 2018; Cranford et al., 2010; Cservenka, 2016; Haugland et al., 2015; Hawkins et al., 1992; Jennison, 2014; Keeley et al., 2015; Kendler et al., 2013; Korhonen et al., 2008; Loeber et al., 2003; Malone et al., 2010; Shorey et al., 2013; Sumnall et al., 2006).

Diversos estudios plantean explicaciones a estos resultados desde diferentes ángulos. Unos parten desde el modelado de los padres como un factor importantísimo para entender el comportamiento de los niños y adolescentes (Bandura, 1999; Musitu et al., 2001). De esta manera un adolescente que haya observado como “normal” el consumo social de determinadas sustancias, entenderá como adecuado que él mismo pueda llevar a cabo esta conducta en su vida social autónoma en el principio de la adolescencia (Musitu et al., 2015). Para Moncada (1997), el uso de drogas en el hogar sería uno de los mejores predictores de la valoración positiva de los niños hacia el consumo y por lo tanto aumentaría sus expectativas de consumir en el futuro.

Desde otro punto de vista se plantea que aquellos adolescentes cuyos padres consumen drogas, se verían más influenciados por los amigos que consumen sustancias que aquellos cuyos padres no las utilizan (Li et al., 2002).

No sólo los consumos por parte de los progenitores representan un importante factor de riesgo con respecto a los consumos de sus hijos e hijas. Las actitudes permisivas hacia las drogas por parte de los padres pueden ser tanto o más importantes que su consumo en la determinación del uso de drogas en los adolescentes (McDermott, 1984). En esta misma línea se han vinculado las actitudes tolerantes con respecto a los consumos de drogas por parte de los padres con una mayor probabilidad de participación de los menores más tarde en dichas conductas. (Farrington, 2007; Hawkins et al., 1992).

Además de las investigaciones que analizan el papel de los consumos por parte de los padres existen investigaciones que han estudiado la influencia de los hermanos en el inicio de los consumos de alcohol en adolescentes (Sánchez et al., 2008), llegando a plantear que la influencia de éstos podría tener un impacto más fuerte que el propio consumo de los progenitores (Brook et al., 1988).

Conflictos familiares entre progenitores

La conflictividad familiar entre los progenitores como factor de riesgo ante los consumos de drogas ofrece suficiente bibliografía (Becerra, 2008; Cid & Pedrao, 2011; Muñoz & López, 2001;). Esta asociación también se ha encontrado con respecto a las conductas delictivas (Canales et al., 2012).

Más recientemente un trabajo encontró una correlación significativa entre el conflicto familiar, la impulsividad y el consumo de sustancias ilegales (Vallejo et al., 2021).

Estudiado el impacto de los conflictos familiares en los consumos de drogas legales, se ha encontrado que éstos no tienen un efecto significativo sobre el consumo de tabaco, pero sí en relación con el inicio de los consumos de alcohol de los menores. Estos primeros consumos se han interpretado como una vía de escape de la realidad familiar (Mateo et al., 2018). Esta relación con los inicios de consumos de alcohol se ha planteado como un predictor más fuerte para las hijas que para los hijos (Rusby et al., 2018).

La supervisión parental

La pobre supervisión de los padres como factor de riesgo determinante ante determinados comportamientos de riesgo en la adolescencia está firmemente

documentada. Así son multitud de estudios los que han identificado este factor de riesgo en adolescentes con consumos de drogas y conductas antisociales o delictivas (Brook et al., 1990; Cuevas & Mezquita, 2016; El Kazdough et al., 2018; Farrington, 2007; Haggerty & Mrazek, 1994; Jang & Smith, 1991; Nash et al., 2005; Rutter et al., 1998).

Desde el prisma de la protección una adecuada supervisión de los padres previene el consumo de drogas de los hijos e hijas (Álvarez et al., 2020) y es también un factor de protección frente a la implicación en comportamientos delictivos (Farrington et al., 2016).

Una revisión sistemática y metaanálisis de estudios longitudinales apoya todos estos resultados y señala que la supervisión de los padres, la calidad de la relación entre padres e hijos, el apoyo y participación de los padres son los principales predictores longitudinales de tanto la iniciación del alcohol como de los niveles de uso/abuso posterior (Yap, et al., 2017).

Una escasa supervisión parental se ha encontrado también asociada a otras conductas problemáticas como el juego (Dowling et al., 2017), además de otros comportamientos de riesgo. y a determinadas conductas sexuales de riesgo (González et al., 2019).

Estilo educativo parental

Tal y como señalan Becoña (2002) y Musitu et al. (2004), el estilo educativo parental predice y tiene una gran relevancia en el inicio y continuación en el consumo de drogas, así como en la conducta delictiva.

En concreto los estilos parentales identificados como autoritarios, permisivos y negligentes son los que presentan mayor evidencia en su relación con los consumos de drogas en la adolescencia. Una revisión de estudios sobre la cuestión llevó a Becoña et al. (2012) a relacionar el estilo autoritario con un mayor uso de alcohol y otras sustancias mientras que el estilo negligente estaba asociado también con otras drogas como el cannabis, la cocaína y el éxtasis. La influencia negativa del estilo autoritario fue así misma identificada en un estudio posterior (Martínez et al., 2013).

Un estudio pionero realizado con padres y madres participantes en un programa de prevención indicada reveló que tanto el estilo parental autoritario, en el que predomina el control parental sobre el calor afectivo, como el permisivo, en el que prevalece el afecto sobre el control de la conducta de los hijos, se relacionaban con el

consumo de drogas en los adolescentes (Ituráin, 2017). Existen gran cantidad de estudios que avalan la evidencia de que el estilo permisivo caracterizado por la ausencia de normas, límites y pocas directrices por parte de los padres favorece el inicio de los consumos de drogas en la adolescencia (Crespo et al., 2004; Kosterman et al., 2000).

Una revisión más reciente sobre el estado de la cuestión realizada en América latina constata que el estilo de crianza permisivo y negligente hacia el consumo de drogas, especialmente del alcohol y el tabaco, son factores que influyen directamente en el inicio del consumo de sustancias en los adolescentes (Peláez, 2018). Tal y como señalan Prieto et al., (2016) poseer padres con estilo negligente, eleva el riesgo de consumo tanto de drogas legales como ilegales. Además, más allá del impacto negativo en sus hijos, los estilos de crianza autoritarios y permisivos se asocian tienen un efecto adverso en los propios padres y madres, presentando más síntomas psicopatológicos y de inadaptación (Ituráin et al., 2017).

Frente al papel como predictores de riesgo de los estilos parentales anteriormente citados, el estilo democrático se presenta como el más asociado a bajos niveles de consumo de alcohol y cannabis y a un mejor ajuste psicológico de los adolescentes (Becona et al., 2012). Este papel protector de los padres y madres con estilos democráticos han sido también hallados en otros estudios (Mckinney & Renk 2008; Simons & Conger 2007).

1.4.3.2.2. Ámbito Escolar

Absentismo escolar

El absentismo escolar ha sido relacionado con diferentes comportamientos de riesgo como las conductas sexuales de riesgo, la delincuencia o los consumos de drogas y a asociaciones duraderas con resultados negativos en la vida (Chou et al. 2006; Rocque et al., 2017).

En España son muchos los trabajos que confirman esta relación. Investigaciones con muestras de adolescentes de Asturias, Valencia, Vitoria y Alicante sugieren que los consumos de diferentes drogas conllevan la ausencia de las aulas por parte del alumnado y un posterior aumento del riesgo de fracaso escolar (Fernández, 2010; Gran y Nieto, 2013; Mira & Ruiz, 2017; Moral et al., 2006). A esta misma conclusión se ha

llegado en una revisión sistemática internacional que halló resultados significativos entre el ausentismo escolar y el abuso de sustancias (Gubbels et al., 2019).

Una posible explicación al absentismo escolar se ha encontrado en el bajo apego de los menores a la escuela. El sentirse poco integrados, insatisfechos o alejados de la institución educativa se ha relacionado con situaciones de absentismo y posteriormente con una mayor probabilidad de participación en comportamientos antisociales y el consumo de drogas (Costa et al., 1999; Hawkins et al., 1992; Hawkins et al., 1995; Pollard et al., 1999; Thomas & Hsiu, 1993).

Bajo rendimiento académico y fracaso escolar

El fracaso escolar o el bajo rendimiento escolar son predictores comunes tanto de la conducta antisocial como del consumo de drogas (Garnier et al., 1997; Hawkins et al., 1995; Larrosa y Palomo, 2012; Yoshikawa, 1994). Otro estudio entre adolescentes marroquíes confirma la asociación del menor rendimiento académico con el consumo de alcohol, hachís o psicofármacos en los últimos 30 días (El Omari et al., 2015).

Una investigación realizada en nuestro país incide en la repetición de curso como factor de riesgo y propone llevar a cabo acciones conjuntas entre las familias y los centros educativos que permitan detectar y abordar situaciones de riesgo y prevenir el fracaso escolar (Mateo & Ramírez, 2018).

1.4.3.2.3. Ámbito Grupo de iguales

Entre los factores de riesgo relacionados con la influencia del grupo de pares más estudiados se encuentran por una parte el hecho de que el grupo sea consumidor de drogas y la presión que puede ejercer para arrastrar a un determinado adolescente hacia el inicio de los consumos.

Grupo iguales consumidores y presión de grupo

Alonso et al., (2004) entienden la presión de grupo como la influencia sobre una persona ejercida por individuos cercanos y de características similares para que adopte los comportamientos del grupo. Esta presión del grupo de amigos hacia el consumo de alcohol se ha demostrado que incrementa el riesgo asociado a la práctica del botellón (Gómez et al., 2008), pero también genera actitudes más favorables hacia el consumo de

drogas ilegales (Guzmán et al., 2019). De igual manera ha resultado evidente que la capacidad para resistir a esta presión protege frente al inicio de los consumos (Argani, 2018). Se ha propuesto que acciones que favorezcan el bienestar emocional y el apoyo familiar pueden proporcionar recursos y seguridad a los adolescentes para hacer frente a estas presiones (Saiz et al., 2020).

La evidencia de que los pares de un adolescente consuman drogas, aumenta la probabilidad del consumo está ampliamente documentada tanto para los consumos de tabaco, alcohol como de marihuana (Gómez & Muñoz, 2000; Orcasita et al., 2018; Zamora et al., 2018). Incluso ha llegado a plantearse esta fuerte vinculación en ausencia de otros factores de riesgo (Caballero et al., 2006). Algunos trabajos plantean necesario concretar todavía algo más la influencia de los iguales y sugieren como especialmente relevante y principal predictor frente al consumo de drogas ilegales la figura del mejor amigo (Sánchez et al., 2015).

A la hora de buscar una explicación al impacto del grupo de iguales consumidores en los inicios de este tipo de comportamientos de riesgo, algunos autores apuntan además de la presión del grupo, al reforzamiento social y al modelado como hipótesis de esta relación (Crespo et al., 2004).

1.4.3.3. Macrosociales

Son ejemplos de factores macrosociales, la pobreza, las normas comunitarias respecto a los consumos de drogas, la publicidad o la exclusión social. Sin duda son la disponibilidad y el grado de accesibilidad a las drogas los factores más potentes estudiados en este contexto.

Disponibilidad y fácil acceso a las drogas

Cuanto más disponible estén las drogas en una comunidad mayor será el riesgo de inicio por parte de la gente joven (Álvarez et al., 2005; Crespo et al., 2004).

Esta afirmación ha sido ampliamente contrastada con diversos estudios tanto en España como a nivel internacional en los que se han analizado los inicios de consumos de diferentes drogas por parte de los y las adolescentes.

Con respecto al alcohol tres estudios diferentes realizados en España muestran claramente esta asociación. En el primero de ellos la práctica del botellón junto a la presión del grupo de iguales tenía que ver con la mayor accesibilidad al alcohol en la

comunidad (Gómez et al., 2008). El segundo de los trabajos extrajo datos de la Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España (Plan Nacional sobre Drogas, 2014) a estudiantes de 14 a 18 años y concluyó que independientemente de las variables contextuales el *binge drinking* se asociaba con variables individuales relacionadas con una alta accesibilidad y disponibilidad de alcohol (Teixidó et al., 2018). Por último, una investigación plantea que es la disponibilidad la que hace del alcohol la droga más extendida (Saiz et al., 2020).

Mismos resultados se han encontrado con respecto a los consumos de marihuana. Su disponibilidad y acceso predicen los consumos de cannabis (Schleimer et al., 2019; Von Sydow et al., 2002; Trujillo & Pérez, 2017).

Un estudio realizado con una muestra de 8076 estudiantes en China demostró que aquellos menores que tenían un acceso más fácil a las drogas sintéticas tenían más probabilidad de consumirlas (Li et al., 2017).

Como conclusión fuera de nuestras fronteras y de manera general, un estudio realizado en Colombia incide en que la disponibilidad de drogas es el factor de riesgo más relevante por encima de las leyes y normas favorables al consumo en los jóvenes tanto para las drogas legales como para las ilegales (Zamora et al., 2018).

CAPITULO 2. Prevención en la adolescencia

2.1. Concepto de prevención y otros conceptos asociados

Entre las definiciones que ofrece la Real Academia Española (RAE) sobre el concepto de prevención, destaca la que hace referencia a la “preparación y disposición que se hace anticipadamente para evitar un riesgo o ejecutar algo”. La definición del verbo “prevenir” matiza mucho más gran parte de las características propias de la prevención tal y como se recoge en la Tabla 5.

Tabla 5. Definición Real Academia Española *Prevenir*

Definición verbo Prevenir RAE
<ol style="list-style-type: none">1. Preparar, aparejar y disponer con anticipación lo necesario para un fin.2. Prever, ver, conocer de antemano o con anticipación un daño o perjuicio.3. Precaver, evitar, estorbar o impedir algo.4. Advertir, informar o avisar a alguien de algo.6. Anticiparse a un inconveniente, dificultad u objeción.7. Disponer con anticipación, prepararse de antemano para algo.

La prevención del consumo de drogas puede categorizarse como el conjunto de actuaciones encaminadas a eliminar o modificar los factores de riesgo y a fomentar factores de protección frente al consumo de drogas, o a otras conductas adictivas, con la finalidad de evitar que éstas se produzcan, lograr que se retrase su inicio, o bien conseguir que no se conviertan en un problema para la persona o su entorno social.

Si bien este capítulo trata principalmente de la prevención del uso o los problemas derivados del consumo de drogas, muchas de los conceptos aquí empleados son aplicables también a otro tipo de conductas de riesgo como el comportamiento antisocial, la violencia, el juego problemático, las apuestas o un uso inadecuado de los videojuegos o de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, 2020).

La oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (United Nations Office on Drugs and Crime, 2006) plantea que el objetivo general de la prevención de los consumos de drogas sería mucho más amplio: debería garantizar la salud y desarrollo seguro de los niños y jóvenes para que puedan realizar sus talentos y potencial y convertirse en miembros contribuyentes de su comunidad y sociedad. Una prevención eficaz debería contribuir significativamente a la participación positiva de

niños, jóvenes y adultos con sus familias y en sus escuelas, lugares de trabajo y comunidades (Brotherhood y Sumnall, 2013).

El Currículum europeo de prevención (2020) destaca como objetivo de la prevención del consumo de drogas el retraso o la detención del inicio del uso de sustancias psicoactivas. En aquellas personas que ya hubieran iniciado los consumos la prevención puede evitar el desarrollo de problemas asociados a su uso como problemas sociales o de salud. Como objetivo general, la prevención puede incidir también en “el desarrollo saludable y seguro de la infancia y la juventud para que desarrollen su potencial y talento. Lo consigue ayudándoles a implicarse de forma positiva con sus familias, escuelas, iguales, lugar de trabajo y el conjunto de la sociedad.” (Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, 2020). Los diferentes estrategias o planes del Plan Nacional Sobre Drogas enmarcan la prevención del uso de sustancias en una estrategia más global de promoción de la salud y el bienestar de la población juvenil que implica la participación de los diferentes agentes sociales, dentro de un marco de coordinación entre los servicios escolares, juveniles, sociales y de la salud (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2017).

En el ámbito de las drogas las intervenciones preventivas se han dividido históricamente entre aquellas orientadas a la reducción de la demanda y de la oferta. Las primeras se centran en el individuo y tienen como algunos de sus objetivos el cambiar actitudes, percepciones, y conductas; reducir los factores de riesgo o el entrenamiento en habilidades. Cuando se realiza a un nivel más amplio (escolar, familiar, comunitario), el objetivo sigue siendo el individuo o grupo de individuos al que se dirige. Se pretende entrenar a los individuos para que si se les ofrecen drogas las rechacen y con ello se reduzca la demanda de drogas circulante en el mercado en una concreta comunidad, región o país (Becoña, 2001). Por otro lado, la prevención orientada a la reducción de la oferta está asociada a la implementación de medidas de carácter policial y judicial. Está dirigida a la sustancia, a que haya menos cantidad de droga disponible o circulando en el mercado. Para ello se establecen leyes, controles, cambios en los sistemas o en el ambiente y políticas orientadas a tal fin (Pentz et al., 1996).

En los últimos años han cobrado especial importancia conceptos relacionados con la evidencia o las buenas prácticas en el campo de la prevención. Así el Instituto de Prácticas Basadas en la Evidencia de la Universidad de Washington (2012) define la prevención basada en la evidencia como:

“La Práctica Basada en la utilización de procesos sistemáticos de toma de decisiones o la provisión de servicios que han demostrado, a través de la evidencia científica disponible, que mejoran de manera consistente los resultados medibles de la población diana. En lugar de una tradición, la reacción visceral, u observaciones individuales como base para la toma de decisiones, la práctica basada en la evidencia se fundamenta en los datos recogidos mediante la investigación experimental y tiene en cuenta las características individuales de la población diana y su experiencia clínica”.

En esta misma línea el Observatorio Europeo de las drogas y las toxicomanías (Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, 2021) utiliza el término de buenas prácticas en la prevención como “la mejor aplicación de la evidencia disponible para las actividades actuales en el campo de las drogas”.

De manera más genérica la European Society for Prevention Research (EUSPR) hace referencia al término Ciencia de la Prevención que entiende como “un empeño multidisciplinario de considerar a la etiología, a la epidemiología, al diseño de la intervención, a la efectividad, y a la implementación para la prevención de una serie de problemas sociales y de salud”. En esta definición más general y además de los problemas derivados por el uso de sustancias se incluyen otros comportamientos de riesgo relacionados con la violencia, la salud sexual, la delincuencia, el sedentarismo, la obesidad o la enfermedad mental. La EUSPR destaca que “la importancia del comportamiento como determinante de la mala salud y las desigualdades en salud”. Así mismo incide en:

“El estudio sistemático de las intervenciones para reducir la incidencia de los comportamientos inadecuados y para promover comportamientos adaptativos en las poblaciones. Esto requiere experiencia en diversos enfoques teóricos y metodológicos con el propósito de llevar a cabo investigaciones sobre el sistema social y socializador de la familia, la salud y la educación, el lugar de trabajo, la comunidad, el bienestar social, la planificación ambiental, el diseño urbano y la política fiscal”.

2.2. Principios fundamentales de la prevención del consumo de drogas

Atendiendo a la importancia del desarrollo de intervenciones preventivas de calidad y basadas en la evidencia el Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas de Estados Unidos (NIDA) publicó ya en 2004 los principales principios que debían regir los programas de prevención de los consumos de drogas (Robertson et al., 2004).

En la siguiente tabla se presentan resumidos los principios o conclusiones fundamentales del NIDA:

Tabla 6. Principios de los programas de prevención NIDA

Factores de Riesgo y Protección	
<p>1.- Los programas de prevención deberán mejorar los factores de protección y revertir o reducir los factores de riesgo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • El riesgo de tener problemas con las drogas dependerá de la relación entre el número y tipos de factores de riesgo y los factores de protección • El impacto potencial de los factores específicos de riesgo y de protección cambian con la edad. • Una intervención temprana en los factores de riesgo a menudo tiene un impacto mayor que una intervención tardía. • Los factores de riesgo y protección pueden tener un efecto diferente en función de la edad, sexo, raza, cultura y ambiente de la persona. <p>2.- Los programas de prevención deben dirigirse a todas las formas de abuso de drogas, por separado y en conjunto, tanto de drogas legales como ilegales.</p> <p>3.- Los programas de prevención deben dirigirse al tipo de problema de abuso de drogas en la comunidad local, seleccionar los factores de riesgo que pueden ser modificados, y fortalecer los factores de protección conocidos.</p> <p>4.- Los programas de prevención deben ser diseñados para tratar riesgos específicos teniendo en cuenta las diferentes características de la población como la edad, el sexo y la cultura, para mejorar la eficacia del programa.</p>	
Planificación de la Prevención	
Programas para la Familia	<p>5.- Los programas de prevención dirigidos al ámbito familiar tienen como objetivo mejorar la cohesión y las relaciones familiares. Deben incluir habilidades que mejoren las competencias parentales, la supervisión, el entrenamiento en el manejo de la comunicación y en la instauración de normas y límites sobre el consumo de sustancias. Además, deben incluir también información y educación sobre las drogas.</p>
Programas en la Escuela	<p>6.- Se pueden diseñar programas preventivos focalizados en la educación preescolar con el objetivo de reducir factores de riesgo para el abuso de drogas futuro como el comportamiento agresivo, conducta social negativa y las dificultades académicas.</p> <p>7.- Los programas de prevención dirigidos a la etapa de primaria deben focalizarse en la mejora del aprendizaje académico y socio-emotivo para minimizar factores de riesgo relacionados con el abuso de drogas como la agresión temprana, el fracaso académico y el abandono de los estudios. Deben potenciarse habilidades como el autocontrol, la conciencia emocional, la comunicación, la solución de los problemas sociales y el apoyo académico.</p> <p>8.- Los programas de prevención orientados a los estudiantes de la escuela media y secundaria tienen como objetivo aumentar las siguientes habilidades: hábitos de estudio y apoyo académico, comunicación, relaciones con los compañeros, autoeficacia y reafirmación personal, habilidades para resistirse a las drogas, refuerzo de las actitudes antidrogas</p>

	y fortalecimiento del compromiso personal contra el abuso de drogas.
Programas Comunitarios	<p>9.- Los programas de prevención dirigidos a las poblaciones en general en puntos de transición claves, como la transición a la educación secundaria, pueden producir efectos beneficiosos aún entre las familias y los jóvenes que tienen alto riesgo. Estas intervenciones no se dirigen a la población en riesgo y por esto reducen la estigmatización y promueven vínculos fuertes entre la escuela y la comunidad.</p> <p>10.- Los programas de prevención comunitarios que combinan dos o más programas eficaces, como los basados en las familias y los basados en las escuelas, pueden ser más eficientes que un programa individual.</p> <p>11.- Los programas de prevención comunitarios dirigidos a las poblaciones en varios ambientes son más eficaces cuando se presentan a través de mensajes consistentes en cada uno de los ambientes a lo largo de toda la comunidad.</p>
Introducción de los Programas de Prevención	
	<p>12.- Las comunidades que adaptan los programas a sus necesidades, normas comunitarias o diferentes requerimientos culturales, deben mantener la estructura, contenido e introducción como elementos básicos de la intervención original.</p> <p>13.- Los programas de prevención deben planificarse a largo plazo con intervenciones repetidas para fortalecer las metas originales de la prevención. Los resultados de las investigaciones realizadas demuestran que si no se efectúan programas de seguimiento en la educación secundaria disminuyen los beneficios conseguidos con los programas de prevención en educación primaria.</p> <p>14.- Los programas de prevención en los centros educativos deben incluir entrenamiento al profesorado en el manejo positivo de la clase, como el refuerzo positivo por la conducta adecuada de los estudiantes.</p> <p>15.- Los programas de prevención resaltan la eficacia de los mismos cuando emplean técnicas interactivas, como debates entre grupos de la misma edad y jugando a desempeñar el papel de los padres y madres, lo que permite una participación activa en el aprendizaje sobre el uso de drogas y en el refuerzo de habilidades.</p> <p>16.- Los programas de prevención con bases científicas pueden ser costo-eficientes. La investigación reciente muestra que, por cada dólar invertido en prevención, se puede obtener un ahorro hasta de 10 dólares en tratamientos para el abuso del alcohol u otras sustancias.</p>

En España el grupo de prevención de la Sociedad científica española de estudios sobre el alcohol, el alcoholismo y las otras toxicomanías (Socidrogaalcohol) coordinado por Elisardo Becoña y Amador Calafat elaboró en 2012 un documento de consenso entre profesionales de la prevención de consumo de drogas que establecía los principios generales de la prevención. En la siguiente tabla y de manera resumida se presentan estos principios.

Tabla 7. Principios Socidrogalcohol, 2012

Principios Socidrogalcohol, 2012
<p>1.- El consumo de drogas es un fenómeno multicausal. La explicación del consumo en un individuo depende de factores sociales, psicológicos y biológicos.</p> <p>2.. Las políticas y las intervenciones sobre las drogas deben ser equilibradas, integradas y basadas en la evidencia.</p> <p>3.. Los objetivos de la prevención de las drogodependencias son: Reducir la prevalencia de consumo de las diferentes drogas. Retrasar la edad de inicio del consumo de drogas. Evitar la transición de la prueba de drogas al abuso y dependencia de las mismas. Disminuir las consecuencias negativas del consumo en aquellos individuos que consumen drogas o que tienen problemas de abuso o dependencia de las mismas. Establecer medidas de control que limiten la oferta y promoción del alcohol, tabaco y otras drogas, especialmente cuando van dirigidas a menores de edad. Educar a los individuos para que sean capaces de mantener una relación madura y responsable con las drogas, siempre considerando las limitaciones que tienen los propios individuos en función de la edad, la vulnerabilidad personal u otras circunstancias. Potenciar los factores de protección y disminuir los de riesgo para el consumo de drogas. Modificar las condiciones del entorno socio-cultural y proporcionar estilos de vida saludable. Reducir los costes sociales y sanitarios evitables relacionados con el uso de drogas (mortalidad prematura, morbilidad, accidentabilidad vial, violencia, costes de atención sanitaria y social, etc.).</p> <p>4.- Existen factores de riesgo comunes para distintos tipos de problemas. Es un hecho que diversos tipos de problemas (violencia, delincuencia juvenil, fracaso escolar, embarazos no deseados, etc.) tienden a aparecer juntos y comparten similares factores de riesgo y protección. La prevención contra las drogas puede también ser eficaz contra otros problemas. La prevención tiene que disminuir los factores de riesgo y aumentar los factores de protección puesto que muchas veces son modificables.</p> <p>5.. Los factores de riesgo mejor documentados son el fácil acceso a las distintas sustancias, las normas sociales tolerantes con su uso o deficiencias en el funcionamiento familiar. Por otro lado, es importante que las personas tengan la percepción adecuada de la aceptabilidad social y los peligros asociados al consumo de las diversas drogas.</p> <p>6.- Los problemas relacionados con las drogas afectan a amplias capas de la sociedad, incluyendo a los más jóvenes. Existe pues la necesidad de asegurarse de que todas las personas tengan acceso a información exacta sobre las drogas. Pero hay que tener claro también que sólo la información no es suficiente.</p> <p>7.- Existen entornos más idóneos para realizar la prevención como es la escuela o la familia, porque de una forma relativamente fácil es posible llegar a amplios grupos de población. Pero tanto si se realiza en estos contextos como en otros, hay que asegurarse de que se utilicen programas preventivos que hayan demostrado su efectividad/eficiencia, lo cual muchas veces no es así.</p> <p>8.- La movilización comunitaria y de la familia son claves para el éxito de las políticas de drogas. Un ejemplo claro y reciente ha sido la aprobación de la ley que prohíbe el uso del tabaco en lugares públicos, donde la concienciación de los ciudadanos, más que la aplicación de sanciones, han sido la clave del éxito.</p>

9.- En la actualidad, en los países desarrollados, gran parte del consumo tiene que ver con la vida recreativa nocturna. Por tanto, incidir en la forma de diversión en la vida recreativa es básico para reducir el consumo de sustancias. En España se da además la circunstancia de ser un país turístico y nos visitan millones de turistas jóvenes para conocer y disfrutar de nuestra vida nocturna.

10.- Aunque con frecuencia la prevención se dirige a poblaciones normalizadas, hay diversos colectivos que se hallan en situaciones de especial vulnerabilidad y que merecen una atención especial (personas en la cárcel, barrios marginales, hijos de alcohólicos y consumidores de drogas...). De la misma forma hay que tener en cuenta los factores de riesgo implicados según variables como el sexo, la edad, ... También es cierto que hay individuos que poseen una mayor vulnerabilidad, debido a factores genéticos, relacionadas con el carácter, por socialización o por experiencias tempranas (Sloboda et al., 2012).

11. La prevención es coste-efectiva. Esto se tiene que tener en cuenta, pues, aunque la prevención siempre forma parte de las recomendaciones, luego en la práctica muchas veces es postergada ante otras estrategias como disminución de la oferta o el tratamiento.

12. Se precisa una formación especializada y técnica para llevar a cabo los programas preventivos. No todo funciona y no vale que cualquiera se pueda asignar que es experto en prevención si no tiene los conocimientos y las habilidades necesarias y una adecuada formación profesional, científica y técnica sobre el tema.

Por último, más recientemente, la sociedad científica estadounidense Society for Prevention Research (SPR) organización dedicada a promover la investigación científica sobre la etiología y prevención de problemas sociales, de salud física y mental y académicos, proporciona principios orientativos en el ámbito de la prevención. Estos principios que a continuación se presentan (Tabla 8) resaltan la importancia de los siguientes factores para lograr actividades de prevención exitosas.

Tabla 8. Principios de la Society for Prevention Research

Principios Society for Prevention Research
<ul style="list-style-type: none">• Enfoque centrado en el desarrollo: esto significa que, como profesionales en prevención, necesitamos comprender que los factores que inciden en los comportamientos varían en las distintas edades en el transcurso de la vida. También implica que existen tareas relacionadas con el desarrollo o con la edad que se tienen que efectuar a medida que se va creciendo. Una interrupción en la realización de estas tareas puede llevar a la aparición de trastornos o comportamientos de riesgo en ciertas etapas del desarrollo. Todo esto ha de considerarse cuando repasamos las potenciales intervenciones de prevención que queremos utilizar en nuestras comunidades.• La epidemiología del desarrollo de la población destinataria juega un papel crucial en la prevención. Reconocemos cómo las transiciones a través de las diferentes edades ponen a la infancia ante diversos riesgos, p.ej. la transición de un niño o niña de pasar la mayor parte de su tiempo en el hogar a pasar la mayor parte del tiempo en la escuela y posteriormente desarrollar su independencia y desenvolverse fuera del hogar familiar. También necesitamos reconocer que existen diferentes factores relacionados con el uso de sustancias dentro y a través de las poblaciones, es decir, los factores o procesos que llevan a la iniciación en el uso de sustancias y al uso continuado varían entre personas, grupos y poblaciones.• Los factores ecológicos y transaccionales hacen referencia a las diversas influencias ambientales sobre nuestras creencias, valores, actitudes y comportamientos. Incluyen la interacción entre las características personales, de la familia, la escuela, la comunidad, y los entornos sociopolíticos y físicos más amplios. Estas interacciones no solo inciden en nuestras creencias, actitudes, y comportamiento, sino que también son interdependientes, afectando las unas a las otras.• Comprender la motivación humana y los procesos de cambio ayuda a poder diseñar intervenciones efectivas que buscan el cambio en las personas y entornos para prevenir o tratar el uso de sustancias. Muchos factores juegan un papel a la hora de influenciar los comportamientos e inciden en la toma de decisiones, incluida la decisión de usar sustancias psicoactivas o implicarse en otros comportamientos de alto riesgo.• La naturaleza interdisciplinaria de la ciencia de la prevención significa que necesitamos involucrar a equipos multidisciplinares con una diversidad de conocimientos expertos para hacer frente a la complejidad de las cuestiones abordadas por la ciencia de la prevención.• Los estándares éticos profesionales se basan en valores. Los valores son las creencias básicas que una persona cree que son ciertas y también se ven como los principios rectores en la vida o la base sobre la que cada persona toma una decisión. La prevención conlleva decisiones en cuanto al tratamiento de las demás personas en los entornos más importantes de su vida: la familia, la escuela y el lugar de trabajo. Pero, también implica a la sociedad, donde las políticas y las leyes regulan el comportamiento deseado y antisocial/ilegal.• La retroalimentación continua entre las investigaciones teóricas y empíricas busca explicar los mecanismos que dan cuenta de un resultado comportamental descubierto a través de las investigaciones epidemiológicas o a través de las evaluaciones de las intervenciones preventivas.• Mejorar la salud pública es una visión que la ciencia de la prevención puede alcanzar mediante el trabajo colaborativo de la ciencia y el personal profesional de la prevención, utilizando sus habilidades colectivas y su experiencia.• La justicia social está relacionada con el movimiento de los derechos humanos y el cuidado de la salud es un derecho humano. La justicia social es el imperativo ético y moral para comprender por qué ciertos subgrupos de poblaciones soportan una carga desproporcionada de enfermedades, discapacidad, y muerte, y es importante diseñar e implementar programas y sistemas de prevención, y cambios de políticas para abordar el origen causal de las desigualdades.

Analizados los principales principios que sustentan las intervenciones preventivas, todas ellas coinciden en señalar la importancia de la identificación y trabajo a través de los factores de riesgo y de protección. Además, se reconoce el fenómeno de los comportamientos de riesgo y en particular el relacionado con los problemas derivados del consumo de drogas, como un fenómeno multicausal con implicaciones a nivel biológico, social y psicológico.

Por tanto, las intervenciones más eficaces serán aquellas que intervengan en la mayor parte de los escenarios o ámbitos de los y las menores: ámbito familiar, personal, social y comunitario.

2.3. Clasificación y ámbitos de la prevención.

2.3.1. Clasificación de las actividades de prevención en función de los destinatarios

La clasificación o tipificación de las actividades de prevención más comúnmente aceptada en la actualidad, es la que plantea una categorización en función de la edad en la que se produce la prevención, los destinatarios de la misma y el ámbito o los entornos en los que se aplica. Además, la mayoría de las estrategias de prevención se centran en el consumo de sustancias en general, aunque algunas también consideran otros problemas asociados, como por ejemplo la violencia, las conductas antisociales y las conductas sexuales de riesgo. Son pocas las intervenciones preventivas que se centran sólo en sustancias concretas como el alcohol, el tabaco o cannabis.

Existen estrategias preventivas durante la infancia y primera infancia, la infancia media o la adolescencia temprana, tardía o edad adulta. Los tipos de prevención en función de sus destinatarios y que más presentes están a día hoy en cualquier clasificación nacen a partir de la propuesta de Gordon (1983) y sustituyeron a los conceptos anteriores de prevención primaria, secundaria y terciaria (Caplan, 1980). La nueva categorización que comprende la prevención indicada, selectiva y universal relaciona la población diana y los diferentes niveles de riesgo con respecto a los consumos de drogas en la adolescencia (Robertson et al., 2004). A esta última clasificación ya tradicional se ha sumado en los últimos años la prevención ambiental.

2.3.1.1. *Prevención universal*

Son tantas y a veces tan confusas las diferentes definiciones encontradas con respecto a los tipos de prevención que para este trabajo se ha optado por incluir las referencias del Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (2020). En este sentido se señala que:

las intervenciones o políticas universales se dirigen a quienes forman parte del grupo destinatario, independientemente de su riesgo subyacente del uso de sustancias o de su historia de uso. Sin embargo, la mayoría es probable que no sean personas consumidoras. Representados en esta categoría de intervenciones encontramos la mayoría de los currículums escolares y las políticas escolares y ambientales.

Por tanto, esta prevención se dirige a poblaciones enteras, generalmente en entornos escolares y comunitarios, con el objetivo de dotar a los jóvenes de competencias sociales para evitar o retrasar el inicio del consumo alcohol, tabaco y otras drogas.

Las estrategias comprenden información y fundamentos sobre habilidades para prevenir la instalación del consumo en el grupo diana. Las acciones no contemplan selección ni filtro alguno en los participantes, es decir, no consideran si algunos presentan mayor número de riesgos individuales que los sensibilicen al inicio y abuso del alcohol y otras drogas (Becoña, 2002).

Mientras que las intervenciones universales, la prevención indicada y selectiva son adecuadas para la implementación en todos los puntos de la transición.

Las principales características de estos programas son:

- Generalmente (aunque no exclusivamente) están dirigidas a grupos destinatarios antes del inicio del uso de sustancias
- No segregan los grupos diana ni en función de la edad, sexo, religión, clase social o población geográfica.
- Centran su estrategia:
 - en la mejora del ambiente social y familiar
 - en la información para mejorar la calidad de vida (pensamiento crítico o aumento percepción del riesgo asociado a los consumos de drogas)

- Se centran en los factores de riesgo relacionados con el contexto y no en los individuales.

2.3.1.2. *Prevención selectiva*

La prevención selectiva interviene con grupos, familias o comunidades específicas que son más propensas a desarrollar consumo o dependencia de drogas porque tienen menos lazos sociales y recursos (Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, 2020). Se asume que estos grupos de riesgo tienen más posibilidades de tener patrones de consumos de drogas problemáticos que el resto de grupos.

Las intervenciones en el ámbito de la prevención selectiva, se dirigen a adolescentes cuya exposición a determinados factores de riesgo personales, del entorno social, familiar, socio-cultural y de del grupo de iguales, aumentan las probabilidades de implicarse problemas relacionados con las drogas. Una revisión de diferentes programas de prevención selectiva identificó los siguientes grupos de interés (Sánchez, 2002):

- Entornos de alto riesgo: extrema pobreza, desarraigo social, altos índices de delincuencia.
- Familias multiproblemáticas.
- Hijos de alcohólicos o drogodependientes.
- Niños con una experimentación temprana con drogas.
- Menores con problemas con la justicia.
- Adolescentes buscadores de sensaciones.

Las intervenciones selectivas se centran en entornos escolares y familiares, así como en políticas orientadas a mantener a la población infantil escolarizada con el objetivo de mejorar las condiciones de vida y sociales difíciles.

Las principales características de los programas preventivos selectivos son las siguientes (Salvador-Llivina et al. 2011):

- Están diseñados para prevenir el inicio del uso de drogas o retrasar la edad en que se produce el primer consumo entre grupos de población expuestos a mayor número de factores de riesgo. En comunidades de alto riesgo, los programas de prevención deben cambiar el comportamiento en los jóvenes que ya han comenzado a usar sustancias, no sólo disuadir aquellos que aún no han comenzado.

- Generalmente no se valora el grado de vulnerabilidad personal de los miembros del grupo en situación de riesgo, pero se supone tal vulnerabilidad por pertenecer a él.
- El conocimiento de los factores de riesgo específicos a los que se halla expuesto ese grupo permite el diseño de acciones específicamente dirigidas a esos factores.
- Generalmente, estos programas se desarrollan en períodos medios o largos de tiempo, y requieren más dedicación y esfuerzo por parte de los participantes que los programas universales, de este modo, para ser efectivos, los programas de prevención selectiva deberían ser más largos y más intensos que los programas universales y deberían incluir actividades directamente focalizadas a reducir los factores de riesgo identificados y a incrementar factores de protección encontrados en el grupo.
- Las actividades están más relacionadas con la vida cotidiana de las personas e intentan modificar aspectos concretos de su realidad asociados al uso de drogas.

2.3.1.3. *Prevención indicada*

La prevención indicada interviene en personas con problemas conductuales o psicológicos que predicen un mayor riesgo de problemas de uso de sustancias más adelante en la vida. (Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, 2020). Ahondando en esta definición la prevención indicada tiene por objetivo identificar e intervenir con individuos que presentan indicadores altamente correlacionados con los problemas ligados con el consumo de drogas a lo largo de sus vidas (por ejemplo, problemas psicológicos, fracaso escolar o conducta antisocial), o que presentan consumos tempranos de drogas (aunque sin reunir criterios clínicos de drogodependencia). En este sentido el objetivo de los programas de prevención indicada no es necesariamente prevenir el inicio del consumo de drogas, sino prevenir el desarrollo de la dependencia, disminuir la frecuencia de uso, o la progresión hacia patrones de consumo más perjudiciales.

Entre las características de este tipo de programas destacan:

- Estar diseñados para detener la progresión del abuso de sustancias y otras conductas adictivas o problemas relacionados.

- Se pueden dirigir a múltiples conductas simultáneamente (absentismo escolar, uso problemático de las TIC, etc.).
- Valoran específicamente los factores de riesgo y de protección particulares y los problemas de conducta, teniendo en cuenta las variables diferenciadoras entre géneros.
- Son extensos en el tiempo e intensivos. Se desarrollan en largos periodos (meses) con altas frecuencias y requieren un gran esfuerzo por parte de los y las participantes.
- La intervención es más educativa y preventiva que terapéutica, con una atención directa para los adolescentes y para sus familias.
- Se trata de una prevención dirigida por profesionales especializados con conocimiento sobre las peculiaridades de los consumos y las características de la adolescencia.
- Requiere una coordinación intensa con los diferentes escenarios de la vida de los y las adolescentes: centros educativos, servicios sociales, sistema judicial, sistema sanitario o recursos comunitarios.

2.3.1.4. *Prevención ambiental*

Frente al concepto de prevención universal, se está abriendo paso en los últimos años una nueva forma de actuar en las estrategias preventivas. Las estrategias de prevención ambiental tienen como objetivo cambiar los entornos culturales, sociales, físicos y económicos en los que las personas toman decisiones sobre el consumo de drogas. Incluyen medidas como el precio del alcohol y la prohibición de la publicidad del tabaco y el tabaquismo, para las cuales existe buena evidencia de efectividad. Otras estrategias tienen como objetivo proporcionar entornos escolares protectores (Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, 2020).

Así pues, la prevención ambiental comprendería un abanico de estrategias que intentan modificar el contexto o ambientes inmediatos donde las personas toman decisiones en cuanto al consumo del alcohol y otras drogas, como pueden ser los de ámbito cultural, social, físico o económico (Burkhart, 2011). El objetivo de las políticas e intervenciones de prevención ambiental plantearía limitar la exposición a oportunidades de conductas no saludables o riesgosas promoviendo la disponibilidad de oportunidades saludables (Burkhart, 2011; Foxcroft, 2014).

Los consumos de drogas en la adolescencia no están influenciados por lo que saben sobre los riesgos y las consecuencias, sino que están relacionados por un gran número de factores ambientales o contextuales, como las conductas normalizadas de uso y abuso de alcohol, la oferta y disponibilidad de las drogas, la publicidad o el consumismo y la inmediatez. Esta perspectiva tiene importantes implicaciones para la prevención porque destaca la importancia de estrategias que activamente influyen los factores ambientales donde se da el consumo de drogas y donde las normas de los jóvenes se forman y mantienen (Burkhart, 2011).

Tomando como marco de referencia el informe sobre los abordajes de prevención ambiental publicado por el European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) las intervenciones ambientales se pueden dividir en tres categorías principales: regulatorias, físicas y económicas (Oncioiu et al, 2018). Una descripción y categorización de las mismas se amplía en la siguiente tabla.

Tabla 9. Tipos de abordaje de prevención ambiental (EMCDDA)

Tipo	Descripción	Medidas o acciones
Regulatorias	Provocan cambios en el entorno regulatorio para controlar lo que está permitido. Esto incluye cambiar la legislación, o leyes, para prohibir ciertos comportamientos, o introducir regulaciones y reglas para restringir comportamientos indeseables (o incluso para promover comportamientos deseables).	Restricciones de edad. Regulaciones medicamentos. Prohibición consumos alcohol menores. Acciones de control sobre conducción de vehículos. Regulación tabaco en espacios laborales y escolares. Restricciones relativas a la publicidad del tabaco o el alcohol. Requisitos para el empaquetado sencillo de los cigarrillos.
Físicas	Alteran las propiedades o la colocación de objetos, estímulos o cualquier elemento construido dentro de microambientes (como oficinas y bares) macroambientes (como paisajes urbanos y paisajísticos) para fomentar ciertos cambios de comportamientos relacionados con la salud.	Diseño de bares para desalentar consumo excesivo. Rediseño de vasos con alcohol destinados a uso en entornos recreativos. Instalación de carriles para bicicletas. Transporte gratuito por la noche. Renovación barrios desfavorecidos.
Económicas	Se centran tanto en las personas consumidoras como en las potenciales consumidoras a través de impuestos, políticas de precios y subsidios para fomentar elecciones saludables.	Grandes impuestos sobre los productos del tabaco y el alcohol. Precio unitario mínimo del alcohol para reducir la asequibilidad. Incentivar las opciones más saludables reduciendo el precio de las bebidas no alcohólicas, incluida el agua en lugares recreativos como pubs y bares. Reducir el precio de las opciones de alimentos más saludables o los precios de las bebidas no alcohólicas.

2.3.2. Clasificación de las actividades de prevención en función del entorno

La estrategia Nacional sobre adicciones 2017-2024 asume que:

“Las intervenciones preventivas se pueden desarrollar en diferentes ámbitos, tales como la comunidad educativa, las familias, el lugar de trabajo, los medios de comunicación, el sistema sanitario (principalmente Atención Primaria), las Fuerzas Armadas (FFAA), hostelería y restauración, los contextos de ocio y la comunidad en general”.

De esta manera las diferentes estrategias, modelos o acciones preventivas se clasifican también en función de los entornos o ámbitos en los que se aplican. Los escenarios familiar, escolar y comunitario que a continuación se desarrollan, resultan los más significativos para el desarrollo de los y las adolescentes.

2.3.2.1. Entorno familiar

La familia representa una de las influencias más significativas e importantes en los adolescentes y en su relación con diferentes comportamientos de riesgo. Entre ellos los consumos de drogas. Un mal funcionamiento familiar aumenta las probabilidades de que los menores tengan problemas. La familia es una pieza clave en los procesos de socialización y en el desarrollo del sentido de pertenencia. En este sentido se entiende que las intervenciones en el ámbito familiar pueden prevenir el desarrollo de comportamientos problemáticos y promover comportamientos saludables.

El conocimiento cada vez mayor de los factores de riesgo y protección asociados al entorno familiar ha puesto de relieve la importancia del mismo en la etiología del consumo de drogas (Hawkins et al., 1992; Moncada, 1997). La falta de implicación o supervisión parental, la parentalidad negligente, un modelaje negativo o el consumo de drogas por parte de los progenitores son algunos de los factores de riesgo relacionados con el inicio y desarrollo de los consumos de drogas. En esta línea Secades et al. (2011) determinaron que los factores familiares implicados en el consumo de drogas en los adolescentes pueden resumirse en cinco grandes apartados:

- Apoyo familiar
- Vínculo padres-hijos
- Actitudes parentales
- Estilos educativos
- Relaciones familiares.

El papel que desempeña la familia en el inicio y desarrollo de comportamientos de riesgo como el uso o abuso de drogas en los adolescentes ha sido confirmado también en diferentes estudios tanto transversales (Secades et al., 2005) como longitudinales (Fallu et al., 2010).

Las intervenciones preventivas dirigidas a las familias con hijos menores y adolescentes pueden reducir los factores de riesgo, así como fortalecer los factores de protección y las conductas saludables (Becoña, 2002; Velleman et al., 2005). Las intervenciones basadas en la familia con adolescentes, en comparación con aquellas que no están centradas en la misma, muestran ventajas en la adherencia y la retención, mejores resultados en la reducción de consumo y problemas de conducta, mejora de la dinámica familiar y menor adscripción a grupos de iguales en los que se consumen drogas (Liddle, 2004; Becoña et al., 2008).

Tras el análisis de diferentes estudios de revisión y meta-análisis sobre intervenciones basadas en la familia con adolescentes con consumos de drogas, Girón et al. (2002) concluyeron que:

- Los abordajes basados en la familia frente a otros tipos de intervención, son más eficaces
- Confirman su superioridad sumados a otras intervenciones en drogodependencias.
- Las intervenciones basadas en la familia han mostrado su eficacia para conseguir aumentar el compromiso de los pacientes y sus familias con los programas de prevención, así como para aumentar la adherencia al programa (incrementar la retención) y disminuir el uso de sustancias después de la intervención, mejorar el funcionamiento familiar y facilitar la normalización de los pacientes en cuanto a su incorporación social.

En cuanto a las diferentes intervenciones en este campo, han sido especialmente estudiadas y evaluadas la “Terapia Familiar Breve Estratégica”, (TFBE) la “Terapia Familiar Multidimensional” (TFMD) y la “Terapia Familiar Funcional” (TFF). Todas han desarrollado programas específicos para la intervención de carácter familiar con adolescentes y jóvenes con abuso de sustancias y conductas asociadas. En particular, la TFMD y la TFF se consideran con una buena evidencia de su eficacia para el abordaje de las adicciones infantojuveniles (Fernández-Artamendi et al., 2021), mientras que la

TFBE muestra algunos resultados positivos en ciertas áreas, pero su eficacia en la reducción del consumo es más limitada.

En particular, la TFMD (Liddle et al., 2009) busca ayudar a los y las adolescentes y jóvenes a mejorar el vínculo familiar. Se considera eficaz para reducir la frecuencia de consumo de sustancias en menores, así como los problemas asociados al mismo, ofreciendo además unos buenos resultados de retención (Fernández-Artamendi et al., 2021). Asimismo, la TFMD muestra mayor eficacia que el trabajo con grupo de iguales en la disminución de riesgos y la promoción de procesos de protección en las áreas individual y familiar, escolar y grupo de iguales, además de reducir el consumo de drogas a lo largo de la intervención. Por otro lado, consolidar una alianza duradera entre adolescente, profesional y familiares correlaciona con el éxito de la acción preventiva (Shelef et al., 2005).

Según Fernández-Artamendi et al. (2021), la TFF (Sexton & Alexander, 2004) trabaja con el objetivo de entender y modificar la función que el consumo tiene dentro del sistema familiar con el objetivo de reducir los conflictos familiares y el consumo, incrementando así las posibilidades de mantener unido el núcleo familiar. Se considera una estrategia bien establecida para el abordaje de los problemas adictivos graves y los comportamientos disruptivos, ofreciendo reducciones significativas en la cantidad y frecuencia del consumo de alcohol y marihuana entre otros.

A pesar de la evidencia de la importancia de las intervenciones preventivas en el ámbito familiar, este tipo de intervenciones no están exentas de dificultades. La principal está relacionada con la escasa participación y la retención de las familias. Los datos reflejados en el Currículo de Prevención Europeo (Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, 2020) indican que las tasas de familias elegibles en intervenciones universales se sitúan entre el 10% y el 30%. Estas tasas aumentan en el caso de las intervenciones indicadas para familias con hijos en situación de riesgo en situación (40-60%).

Las razones que explican las bajas tasas de participación de las familias en las intervenciones preventivas se agrupan en 3 obstáculos:

- El desconocimiento del programa o la intervención
- Las normas parentales, las actitudes y las creencias
- Los problemas logísticos: problemas de tiempo y/accesibilidad

Otro entorno muy importante y que adquiere mayor repercusión en el paso de la infancia a la adolescencia con respecto a la familia y la relación con los iguales y que ocupa un espacio de tiempo destacado es el que se desarrolla en el centro escolar.

2.3.2.2. *Entorno escolar*

Junto al ámbito familiar, la escuela representa el espacio mejor y más accesible para la prevención de los consumos de drogas en la adolescencia. La escuela es en sí misma un escenario fundamental en el desarrollo y fomento de actitudes y comportamientos saludables y prosociales (Sloboda et al., 2008). Se trata de un ambiente protector para el alumnado. Como ambiente protector, en la mayoría de las escuelas se asume que están libres de drogas.

Rojas (2016) apunta que desde los centros escolares se tiene acceso a un número importante de menores y adolescentes y además el horario escolar facilita la puesta en práctica de los programas de prevención. Estas dos características ofrecen grandes ventajas en comparación con otros programas no basados en instituciones, como programas con la familia o basados en la comunidad (Espada et al., 2002; Fernández et al., 2002; Soole et al., 2008; Tobler et al., 2000).

La gran mayoría de las intervenciones preventivas se realizan básicamente en los centros escolares y son muchos los programas en los que se ha evaluado su eficacia (Espada et al., 2002; Fernández et al., 2002).

Tal y como señalan, Alonso et al. (1996), son abundantes las ventajas que ofrece el entorno escolar con respecto a otros entornos:

- Principal agente socializador junto a familia y grupo de iguales
- Actúa en fase maduración en la que papel del adulto es importante
- Importancia de actuar en diferentes momentos de crisis o cambio y los comportamientos de riesgo asociados
- Por la obligatoriedad de la escolarización
- Por ser un espacio propicio para la detección temprana de factores de riesgo
- Importancia de profesores y otras figuras educativas como agentes preventivos idóneos para los y las alumnas en su papel de modelos y educadores

Los programas preventivos centrados en el entorno escolar varían en función del tipo de intervención, del alumnado al que van dirigidas e incluso de la persona

responsable de la impartición. En este sentido en ocasiones con el objetivo de involucrar al alumnado de manera interactiva son los propios alumnos quienes imparten determinadas sesiones. Las intervenciones preventivas pueden ser también diferentes en función de la intensidad y de las conductas a modificar (Paglia et al., 1998). En la siguiente tabla propuesta en el Currículum Europeo de Prevención (Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, 2020) se muestra el nivel de eficacia de la mayor parte de las intervenciones preventivas en función del tipo de intervención y de los niveles de riesgo de los menores:

Tabla 10. Tipos y eficacia de las intervenciones preventivas escolares

Intervención	Nivel de Riesgo	Indicador de eficacia
Educación preventiva basada en habilidades sociales y personales e influencia social	Universal y selectivo Población general y grupos de riesgo	Buena
Cultura y política escolar	Universal Población general	Adecuada
Dirigidas a vulnerabilidades psicológicas individuales	Indicada Personas en riesgo	Adecuada

En España la prevención escolar se aplica de manera transversal y a través de la educación para la salud. Normalmente es impartida por el propio profesorado en distintas materias escolares o sesiones de tutoría. Los objetivos para la prevención del consumo de drogas en el entorno escolar deberían ser:

- Prevenir o retrasar la edad de inicio en el consumo de drogas a partir de los valores, las normas, creencias y actitudes favorables hacia un estilo de vida saludable.
- Desarrollar políticas claras y coherentes con respecto a los consumos y venta de cualquier tipo de drogas tanto en el propio centro como en sus proximidades, incluyendo los actos o fiestas organizadas por los centros escolares.
- En el caso del alumnado que se haya iniciado en el consumo de drogas, reducir las consecuencias adversas subyacentes, ayudándole en la reducción o abandono de los consumos, planteando llegado el caso la derivación hacia otros recursos especializados.

En la actualidad existe suficiente evidencia sobre las intervenciones más efectivas aplicadas desde el ámbito escolar. Aquellas estrategias que funcionan y aquellas más cuestionables a partir de su aplicación y estructura o en función de su contenido queda reflejada en la siguiente tabla adaptada del Currículum Europeo de Prevención (Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, 2020).

Tabla 11. Lo que funciona y lo que no en prevención escolar

Fase	Estrategias	Funcionan	No Funcionan
Aplicación y estructura	Métodos Interactivos	V	
	Didácticas como impartir clase		X
	Sesiones muy estructuradas y trabajo en grupo	V	
	Debates no estructurados		X
	Seguir un Currículum	V	
	Dejarse llevar por el juicio o intuición del profesorado		X
	Implementado por profesional o profesor formado	V	
	Impartido por pares		X
	Sesiones en 10-15 semanas	V	
	Pocas actividades o individuales		X
	Programas multicomponentes	V	
	Sesiones de refresco en años posteriores		X
	Posters y panfletos		X
Contenido	Habilidades de toma decisiones, comunicación y resolución de problemas	V	
	Aumentar conocimiento proporcionando información sobre drogas específicas		X
	Habilidades sociales y personales y relaciones con iguales	V	
	Testimonios de personas ex drogadictas		X
	Autoeficacia y asertividad	V	
	Centrarse sólo en construcción autoestima		X
	Habilidades de resistencia a drogas y de refuerzo del compromiso personal contra su consumo	V	
	Prueba aleatoria de drogas		X
	Refuerzo de actitudes y normas antidroga	V	
	Tácticas desde el miedo o historias aterradoras que exageran y falsean los peligros de los consumos de drogas		X
	Apoyo para el éxito académico y el fomento de hábitos de estudio	V	

En cualquier caso y tal como queda reflejado en el documento de la UNODC, Estándares internacionales sobre prevención de consumo de drogas, cualquier estrategia efectiva para la prevención del consumo de drogas en el ámbito escolar deberá diseñarse

en función de las diferentes etapas de desarrollo de la infancia la adolescencia u otros grupos de estudiantes (Ginsburg & Room, 1998; United Nations Office on Drugs and Crime, 2013)

2.3.2.3. *Entorno comunitario*

La prevención comunitaria tiene como objetivo prevenir el consumo de drogas en una comunidad concreta poniendo en marcha distintos recursos para lograr este fin. El objetivo que pretende es reforzar los mensajes y normas de la comunidad en contra del abuso de drogas y la preservación de la salud (Becoña, 2002). Para ello activa diferentes recursos y medios comunitarios fomentando la participación y movilización de distintas instituciones, organizaciones, colectivos, grupos y personas de la comunidad. En este sentido, las intervenciones preventivas en el ámbito comunitario se basan en la interacción de las personas con su entorno y están dirigidas a reducir el abuso de drogas u otras sustancias adictivas involucrando a instituciones, educadores, padres/madres, profesionales y demás agentes sociales.

Capriati et al., (2015), plantean las siguientes características de un modelo de prevención comunitaria:

- Prioriza la prevención y la promoción de la salud a nivel grupal frente al nivel asistencial individual.
- Promueve la participación de la comunidad en los proyectos e intervenciones que la tienen por objeto
- Apunta a modificar las condiciones que favorecen o facilitan el uso de drogas, es decir, los factores de riesgo, y explora y potencia aspectos que disminuyen la probabilidad de dicho consumo, es decir, los factores de protección.
- Trabaja intersectorialmente entre los servicios de salud, sociales y educativos públicos y de art organizaciones de la sociedad civil, favoreciendo la creación de redes institucionales.
- Actúa de un modo descentralizado en espacios locales cercanos a aquellos en los que se desarrolla la vida cotidiana de las personas.

Las intervenciones o políticas de prevención pueden plantearse en centros escolares, en entornos de ocio, directamente dirigidas a las familias e incluso contar con los medios de comunicación. A pesar de la escasez de investigaciones en prevención

comunitaria (Organización Mundial de la Salud, 2004) y la falta de rigor científico y de evaluaciones consistentes (Hawks et al., 2002), las principales estrategias de prevención comunitaria con cierto grado de eficacia pueden agruparse de la siguiente manera (Arbex, 2013):

- **Intervenciones multicomponentes:** son actividades de movilización a nivel comunitario que utilizan varios componentes y la adopción de medidas en diferentes ámbitos para abordar los consumos de droga: escuelas, familias, medios de comunicación, recursos de ocio y tiempo libre para los jóvenes. Diversas investigaciones avalan mejoras en los resultados combinando diferentes componentes junto con intervenciones en la escuela (Cuijpers, 2002; Tobler et al., 2000).
- **Actividades extraescolares o clubes y asociaciones juveniles:** incluyen un número de actividades, tales como tutorías, enseñanza de habilidades sociales y de vida.
- **Realización de actividades alternativas:** parte del supuesto de que involucrando a menores de alto riesgo en actividades libres de alcohol, tabaco y otras drogas, ocuparán su tiempo libre con actividades prosociales y les permitirá relacionarse con compañeros con conductas no problemáticas. Suelen incluir actividades o deportes de riesgo, como escalada de montaña, rafting, actividades de cooperación en la comunidad o actividades de ayuda a los más desfavorecidos.
- **Intervenciones en los lugares de ocio y tiempo libre:** se realizan en lugares de ocio de los jóvenes como bares, discotecas, restaurantes, así como actividades al aire libre o espacios especiales donde se pueden producir eventos masivos (conciertos, raves, etc.). La mayoría de los programas de prevención que se desarrollan en los espacios de ocio tienen múltiples componentes, incluyendo diferentes combinaciones de formación del personal y responsables del servicio de bebidas y la gestión de las embriagueces, puntos de información para gestión de riesgos, análisis de “pastillas”, etc. La investigación de este tipo de intervenciones aporta una evidencia limitada.

Existen múltiples intervenciones recogidas en diferentes bases de programas basados en la evidencia. Entre ellas y a modo de resumen en la siguiente tabla se recogen aquellas más prometedoras y que presentan diferentes abordajes.

Tabla 12. Principales intervenciones preventivas con evidencias de su eficacia

Programa	Entornos	Descripción	País
Project Northland	Comunidad Familia Colegio	Programa de varios niveles diseñado para reducir el consumo de alcohol entre los adolescentes a través de planes de estudio en el aula, liderazgo de compañeros, actividades extracurriculares impulsadas por jóvenes, programas de participación de los padres y activismo comunitario.	EEUU Croacia
STAD	Entornos Ocio Nocturno	Incluye 3 tipos de acciones: <ul style="list-style-type: none"> • Movilización comunitaria para conciencia respecto daños relacionados con alcohol en la comunidad • Formación e implementación programas de servicio responsable de bebidas alcohólicas • Aplicación de la ley 	Suecia
Communities That Care (CTC)	Comunidad local	Propone reducir los problemas de salud y comportamiento de los adolescentes. Lo hace identificando factores de riesgo fuertes y factores de protección débiles experimentados por este grupo y luego seleccionando programas de prevención e intervención temprana probados y efectivos para abordarlos.	EEUU
PASE.bcn	Comunidad Familia Colegio	Programa para la prevención del tabaquismo a través de diferentes estrategias: <ul style="list-style-type: none"> • La educación dentro del plan de estudios • Estimular un ambiente escolar libre de humo (por ejemplo, políticas de regulación del tabaquismo, capacitación para dejar de fumar para maestros y padres) • Actividades locales extraescolares de prevención del tabaquismo (p. ej., publicidad continua y actividades extraescolares libres de humo para adolescentes) 	Dinamarca Finlandia Países Bajos Portugal España Reino Unido

Estudios sobre los resultados de estas intervenciones han demostrado resultados positivos. La aplicación del programa Project Northland redujo el consumo de alcohol, de tabaco y de marihuana, retrasó el inicio de los consumos y fue eficaz para cambiar la influencia de los compañeros y el acceso percibido al alcohol (Perry et al., 1996, 2002). En esta misma línea otro estudio demostró que los adolescentes del grupo de intervención tuvieron aumentos significativamente menores en la puntuación de tendencia a consumir alcohol en comparación con el grupo de control (West et al., 2008).

El programa STAD implementado en Estocolmo, demostró una reducción en el servicio de bebidas alcohólicas a menores de edad usando la metodología de “compras misteriosas” (Wallin & Andreasson, 2004).

Una revisión sistemática (Amato et al, 2017) halló que el enfoque de Comunidades That Care (Hawkins & Catalano, 1992) aplicado en los EEUU y que implica a coaliciones comunitarias que desarrollan una estrategia común y movilizan a las comunidades en iniciativas de prevención y promoción de la salud, era efectivo en la reducción del consumo de sustancias y comportamientos de delincuencia.

La evaluación del Programa PASE.bcn aplicado en España, registró un menor número de jóvenes que comenzaron a fumar con respecto al mayor número de participantes en el grupo de control que comenzaron a fumar semanalmente (Ariza et al., 2008).

2.4. La evaluación de los programas de prevención

De manera genérica en prevención, la evaluación es un tipo de investigación que aporta una forma sistemática de valorar los resultados de una intervención a corto y largo plazo, así como los factores que están relacionados con estos resultados. Estas medidas o evaluaciones pueden realizarse en diferentes momentos: en las etapas de planificación y desarrollo inicial, durante la intervención e implementación o en el seguimiento posterior a la finalización de la intervención.

La evaluación de una intervención, un proyecto o un programa, supone la recogida, análisis e interpretación sistemáticos de la información relativa a su funcionamiento y a sus posibles efectos (Kröger et al., 1998). En esta misma línea el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (2021) describe la evaluación de programas como el proceso sistemático de recogida de información para emitir un juicio de valor sobre una intervención, para averiguar cómo se está trabajando para lograr los objetivos previstos y cuáles han sido los resultados encontrados.

2.4.1. Objetivos y características de la evaluación

Los objetivos principales que se persiguen al realizar una evaluación de un proyecto o programa preventivo serían cuatro (Muraskin, 1993):

- determinar la efectividad de los programas en los participantes
- comprobar que los objetivos del programa se han cumplido

- proporcionar información sobre la prestación del servicio que será útil tanto para el staff del programa como para otras personas.
- permitir al staff del programa hacer cambios que mejoren la efectividad del programa

Las funciones básicas de la evaluación serían el perfeccionamiento o la mejora de las intervenciones, el rendimiento de cuentas o responsabilidad y la ejemplificación o alumbramiento para acciones futuras (Stufflebeam & Shinkfield, 1987).

1.- La mejora del programa: basándose en el aprendizaje de la propia práctica, la evaluación se vislumbra como herramienta de mejora y perfeccionamiento de la praxis social.

2.- La rendición de cuentas: dar fe sobre los resultados de la gestión del programa o política evaluada, devolviendo a los responsables y a las diferentes partes interesadas información sobre los resultados del programa, señalando la asunción de las diferentes responsabilidades de éste.

3.- Iluminar acciones futuras: atañe a la parte de responsabilidad y posibilidad que la evaluación tiene de construcción al cuerpo teórico y práctico de las ciencias sociales y que sustenta el aprendizaje aplicado de los propios evaluadores.

El OEDT en su publicación Currículum de Prevención Europeo (CV, 2020) plantea como objetivos principales de una evaluación:

- medir el impacto y los resultados: ver qué población y segmentos de la población han respondido
- comparar los costes con los beneficios y comparar la efectividad de una intervención frente a otra.

En definitiva, la evaluación cumple en el campo de la prevención importantes objetivos, entre los que destacan (Alvira, 2002):

- La selección previa de la estrategia preventiva más adecuada para hacer frente al problema sobre el que se desea intervenir.
- La mejora de la calidad y el diseño de los programas de prevención.
- Facilita la aplicación del programa, permitiendo que el mismo llegue a la población destinataria y haciendo que incorpore las actividades necesarias.
- Ayuda a decidir si la estrategia de prevención inicialmente seleccionada funciona o no, o si lo hace de la manera más eficiente posible.

Además de los objetivos, las tres características que delimitan y definen la evaluación son las siguientes (Arbex, 2013):

- Su carácter político. La evaluación viene insertada en un contexto, que enraíza, sustenta y rodea la evaluación, la contextualiza, por lo que no habrá evaluación sin análisis político de cómo influye éste en el programa, pero tampoco habrá evaluación sin decisiones políticas a tomar a partir de aquella.
- El enjuiciamiento sistemático. Como característica exclusiva de la evaluación frente a otras disciplinas de análisis e investigación, el elemento valorativo hace alusión a una de las metas de la evaluación, que no es otra que determinar el valor de algo que se está enjuiciando. Y obviamente, implica que se ha de proporcionar una base lógica que justifique las perspectivas de valoración utilizadas para interpretar y valorar los resultados.
- Su carácter práctico y aplicado y la importancia de establecer recomendaciones. La importancia que del uso de la evaluación y los factores que promueven que sea útil a quienes tienen algo que ver con el programa o política evaluada es otra de las características de la evaluación. Por lo tanto, dada la naturaleza de utilidad que toda evaluación tiene, la evaluación cuenta con un último nivel de análisis y exposición de los resultados: las recomendaciones. Estas deben estar basadas en la lógica y sistematicidad de los niveles anteriores.

2.4.2. Tipos de evaluación y tipos de diseños

2.4.2.1. Tipos de evaluación

Los tipos de evaluación pueden clasificarse en función de diferentes criterios: los destinatarios de la evaluación, el momento en que se realiza o los contenidos de la misma. A continuación, se resumen los tipos de evaluación más comúnmente utilizados en prevención:

2.4.2.1.1. Evaluación de Proceso

La evaluación de proceso pretende analizar si las actuaciones diseñadas han funcionado en la práctica tal como habían sido previstas o si, por el contrario, se han producido divergencias entre el diseño y lo realizado (Sánchez, 2011).

La UNOCD planteaba en 2006 que la evaluación de procesos consiste en determinar qué hizo el proyecto y cómo lo hizo. Se la puede utilizar para determinar si un proyecto se ha ajustado estrictamente a su plan de acción. No procura medir los resultados, sino comprobar que el programa se ajusta fielmente al plan. En otras palabras, la evaluación de procesos verifica si el proyecto hizo lo que dijo que haría en términos de procesos.

Para Kröger et al., 1998, en la evaluación del proceso se valora la aplicación de una intervención y las reacciones de los participantes. Se describe si la intervención preventiva tuvo lugar y cómo se llevó a cabo, si su diseño funcionó y si el grupo objetivo designado se benefició de la actividad realizada. Asimismo, se hace referencia a la “calidad” de la intervención. La evaluación del proceso, al exigir la recogida de todos los datos relevantes sobre el mayor o menor éxito de la intervención, ofrece información útil para su mejora en el futuro.

En cualquier caso, aunque la evaluación del proceso es importante y fundamental en las intervenciones preventivas no resulta suficiente para la valoración de los programas implementados. Puede dar una idea de por qué un programa funciona o no funciona, pero no puede demostrar si un programa es eficaz o no.

En la evaluación de proceso se utilizan diferentes indicadores, entendidos como cualquier medida simple que puede ser utilizada de forma directa para representar y medir si el programa se ha realizado de acuerdo al plan inicial previsto, o si se ha modificado. Ejemplos de indicadores de proceso en la evaluación de programas de prevención pueden ser:

- Número de participantes en la intervención
- Número de aulas de un centro escolar en las que se ha aplicado el programa
- Número de padres y madres que participan
- Número de profesores formados
- Número de sesiones impartidas
- Número de incidencias registradas
- Valoración por parte de los participantes de la intervención

2.4.2.1.2. Evaluación de resultados

La evaluación de resultados se orienta a verificar la existencia de una relación inequívoca entre las actuaciones que integran los programas y los resultados obtenidos.

Se analizan los efectos de la intervención. Se examina si la intervención cumplió realmente los objetivos previstos y, por ello, constituye una herramienta esencial para determinar si es conveniente mantenerla, adaptarla o abandonarla (Kröger et al., 1998).

Tal y como plantea Arbex (2013) la evaluación de resultados investiga si se han producido cambios entre los participantes de un programa, cuantificando la magnitud y dirección de esos cambios y las circunstancias asociadas con ellos. Busca vincular estos cambios a los elementos o componentes específicos del programa.

Para este tipo de evaluación se hace indispensable la utilización de indicadores que midan de manera directa el cambio experimentado en un fenómeno inicialmente descrito tras la aplicación de un programa. A modo de ejemplo algunos indicadores de resultados frecuentemente utilizados en la evaluación de programas de prevención del consumo de drogas pueden ser:

- Nivel de habilidades para la toma de decisiones
- Intenciones futuras de consumo de drogas
- Hábitos de consumo de drogas
- Nivel de información con respecto consecuencias consumo de drogas
- Creencias normativas
- Percepción del riesgo percibido ante consumo de drogas
- Accesibilidad a las drogas
- Actitudes hacia los consumos

2.4.2.1.3. Evaluación de impacto

La evaluación del impacto establece los efectos producidos por la intervención a largo plazo. Habitualmente suele confundirse con la evaluación de resultados. Mientras que en esta última se analizan las modificaciones inmediatas de una intervención en la población diana, la evaluación del impacto mide los efectos acumulados del programa aplicado también para otras poblaciones. La evaluación de impacto se centra en el largo plazo, en los cambios más globales, previstos o imprevistos.

2.4.2.1.4. Evaluación económica (relación coste-beneficios)

La evaluación de costos o análisis de coste-beneficio procura identificar los costos y los beneficios de un programa y compararlos con las alternativas (UNOCD, 2006). La viabilidad de una intervención preventiva pasa por comparar con precisión los costes ocasionados en la ejecución del programa y los beneficios obtenidos. Para realizar este tipo de evaluación es necesaria no sólo manejar información sobre los efectos y costes del proyecto en cuestión, también resulta necesario conocer estos mismos parámetros de otros proyectos que sean suficientemente similares o comparables.

En la siguiente tabla se muestra un resumen de los diferentes tipos de evaluación planteados junto a sus respectivos objetivos o acciones (Tabla 13).

Tabla 13. Tabla resumen de los tipos de evaluación

Tipo de evaluación	Objetivos y acciones
Evaluación de Proceso	<ul style="list-style-type: none">• Comprobar que todas las intervenciones preventivas programadas se realizaron o no.• Describir qué y cómo se llevaron a cabo las intervenciones y si su diseño funcionó o no.• Comprobar a quién alcanzó la intervención y si la misma ha llegado al grupo objetivo previsto.• Valorar la calidad de la intervención en función de la satisfacción de los participantes.• Analizar los resultados de la evaluación del proceso, comparándolos con la planificación teórica para introducir mejoras en futuras intervenciones.
Evaluación de Resultados	<ul style="list-style-type: none">• Describir el procedimiento previsto para medir el grado de cumplimiento de los resultados del programa.• Describir cómo se ha realizado en la práctica la evaluación.• Identificar las fuentes y los procedimientos a través de las cuales se ha obtenido la información sobre los resultados.• Describir los efectos de la intervención sobre el grupo objetivo• Analizar los efectos que la intervención pueda tener en los participantes, en función de diferentes variables (sexo, edad...etc)• Redactar informe de resultados con las principales conclusiones y compararlas con otras.
Evaluación del Impacto	<ul style="list-style-type: none">• Analizar a largo plazo los cambios previstos en la intervención• Valorar cumplimiento metas a largo plazo• Recoger datos sobre efectos a largo plazo de la intervención
Evaluación Coste-beneficio	<ul style="list-style-type: none">• Recabar información sobre los costes del programa.• Analizar información sobre los efectos del programa a través evaluación de proceso y de resultados anterior.• Analizar otros programas similares• Comparar evaluaciones con otros programas.

2.4.2.2. Tipos de diseños de evaluación

El diseño es la concepción de la forma en que se va a realizar la evaluación, tanto en lo que se refiere a disposición y enlace de los elementos como en lo que concierne al plan a seguir para la obtención y tratamiento de los datos. Determina la validez de los resultados, es decir, determina hasta qué punto se puede establecer causalidad entre el programa (variables independientes) y los resultados (variable dependiente).

Los tres tipos de diseños más comunes en la evaluación de la prevención de los consumos de drogas son:

- Preexperimentales
- Cuasiexperimentales
- Experimentales

Los diseños preexperimentales se caracterizan por la falta de control de las variables. No existe un grupo de control ni la asignación de los participantes de manera aleatoria. Sólo se realiza una evaluación de los participantes en la intervención.

Los experimentales son los que ofrecen mayor rigor y calidad en los resultados. Se organizan grupos control totalmente equivalentes y los participantes en el programa se asignan de manera aleatoria a los grupos garantizando así su equivalencia.

Por último, los diseños cuasiexperimentales se encuentran a medio camino entre los experimentales y los preexperimentales. Se diferencian básicamente en que la distribución de la muestra a los grupos control y experimental no se realiza de manera aleatoria. Los grupos se seleccionan a partir de una variable en común. El grupo control está conformado por personas que participan en el estudio, pero no reciben la intervención principal.

En la siguiente tabla se describen los diferentes tipos de diseño junto a sus fortalezas y sus debilidades.

Tabla 14. Fortalezas y debilidades de los diferentes tipos de diseños

Tipo de diseño	Modelos	Fortalezas	Debilidades
Experimental	Grupo Control con pretest-postest Grupo Intervención pretest-postest	Mayor control de las variables Permite identificar relaciones causa efecto de las variables estudiadas Resultados pueden replicarse	Coste más elevado Problemas éticos en asignación a grupo control Baja validez externa o generalización de resultados Condiciones artificiales
Cuasiexperimental	Diseños de grupo control no equivalente. Diseños de series temporales	Opción útil para estudio contextos sociales Pueden usarse para casos individuales Más baratos y fáciles de desarrollar	Menor evidencia que grupos aleatorizados Falta similitud entre grupo control y grupo de intervención
Preexperimental	Grupo con medida después intervención Grupo pretest - postest Grupo pretest - postest - seguimiento	Fácil de implementar No presenta problemas éticos por ausencia grupo control	Falta de control de variables de la intervención No proporciona base de referencia para comparar resultados

2.4.3. Estándares y criterios de calidad

2.4.3.1 Estándares de calidad

Las normas o estándares de calidad para la reducción de la demanda de drogas ofrecen la posibilidad de elegir el enfoque que mejor se adapte a las diferentes circunstancias y obtener los mejores resultados en las iniciativas relacionadas con el control de calidad.

Los estándares de calidad se fundamentan en la revisión de las guías disponibles sobre prevención de drogodependencias de tal manera que pueden ser utilizados en diferentes ámbitos, intervenciones o poblaciones diana. En definitiva, orientan en la planificación, implementación y evaluación de las intervenciones preventivas.

El Observatorio Europeo de las drogas y toxicomanías define los estándares de calidad como “principios y conjuntos de reglas, por lo general establecidos por organismos nacionales o internacionales reconocidos, que pueden utilizarse para ejecutar intervenciones. Una norma de calidad puede describirse como una declaración de requisitos previstos. Puede referirse a procesos o a aspectos de contenido o estructurales. Por lo general las normas propuestas en el ámbito sanitario están empíricamente contrastadas y presentan declaraciones de intenciones claras y cuantificables, relacionadas con el contenido, los procesos o los aspectos estructurales

del control de calidad, como el medio ambiente o el modelo de dotación de personal” (Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, 2021).

En 2011 el OEDT publico la guía de estándares mínimos de calidad que incluía 56 estándares divididos en función de diferentes etapas, sus correspondientes componentes o acciones y sus atributos, consensuada por un grupo de expertos en prevención de drogodependencias de la Comisión Europea. En la Tabla 15 se recogen de manera resumida las 8 etapas que comprenden el ciclo lógico de un proyecto y sus diferentes componentes (Brotherhood & Sumnall, 2011).

Tabla 15. Etapas y componentes de los estándares europeos de calidad

Etapas	Componentes	Atributos
1.-Evaluación de necesidades	1.1. Conocimientos sobre las políticas y la legislación sobre drogodependencias 1.2. Evaluación del consumo de drogas y de las necesidades de la comunidad 1.3. Descripción de la necesidad o Justificación de la intervención 1.4. Conocimiento sobre la población diana	Básicos Básicos Adicionales Avanzados adicionales
2.- Evaluación de Recursos	2.1. Evaluación de los recursos de la población diana y de la comunidad 2.2 Evaluación de las capacidades internas	Básicos Básicos Adicionales Avanzados adicionales
3.- Formulación del programa	3.1. Definición de la población diana 3.2 Utilización de un modelo teórico que sustente la intervención 3.3 Definición de fines, metas y objetivos 3.4 Definición del contexto de la intervención 3.5 Empleo de la evidencia de efectividad 3.6 Elaboración del cronograma	Básicos Básicos Adicionales Avanzados adicionales
4.- Diseño de la intervención	4.1. Diseñado con calidad y efectividad 4.2 Si se selecciona una intervención ya existente 4.3 Adaptación de la intervención a la población diana 4.4 Si se planifican evaluaciones finales	Básicos Básicos Adicionales Avanzados adicionales
5.- Gestión y movilización de recursos	5.1. Planificación del programa - Ilustración de la planificación del proyecto 5.2 Planificación de los requisitos de financiación 5.3 Configuración del equipo 5.4 Captación y retención de los participantes 5.5 Preparación de los materiales del programa 5.6 Provisión de una descripción del programa	Básicos Básicos Adicionales Avanzados adicionales
6.- Implementación y monitorización	6.1. Si se desarrolla una intervención piloto 6.2 Implementación de la intervención 6.3 Monitorización de la implementación 6.4 Adaptación de la implementación	Básicos Básicos Adicionales Avanzados adicionales
7.- Evaluación final	7.1. Si se realiza una evaluación de resultados 7.2 Si se realiza una evaluación de proceso	Básicos Básicos Adicionales Avanzados adicionales

Etapas	Componentes	Atributos
8.- Difusión y mejora	8.1. Se determina si el programa debe ser mantenido 8.2 Difusión de la información sobre el programa 8.3 Si se elabora un informe final	Básicos Básicos Adicionales Avanzados adicionales

Además, tal y como se refleja en la siguiente figura que comprende a las distintas etapas del ciclo de un proyecto, se tienen en cuenta 4 aspectos transversales y que deben ser considerados en cada etapa del proyecto:

- Sostenibilidad y financiación
- Comunicación y participación de grupos de interés
- Formación del personal
- Aspectos éticos de la prevención



Figura 1. Etapas del ciclo de un proyecto

Otro de los aspectos clave para la utilización de las normas de calidad tiene que ver con la importancia de establecer procesos o ciclos de mejora continua de las intervenciones preventivas. En este sentido el Observatorio Europeo de las Drogas y las

Toxicomanías propone una serie de pasos a considerar a la hora de aplicar normas y procesos de control de calidad y que se detallan en la Tabla 16.

Tabla 16. Aplicación de las normas de calidad para los servicios drogodependencias OEDT, 2021

Pasos	Preguntas
Diagnóstico	¿Cuál es el problema ¿A qué necesidades responde el proyecto? ¿Es necesaria una mejora del servicio?
Alcance	¿Cuáles son los objetivos? ¿Qué liderazgo se requiere? ¿Cuáles serán las partes implicadas clave? ¿De qué recursos dispongo?
Correlación y selección	¿Qué normas se aplican? ¿Cómo se pueden verificar?
Evaluación sistemas y servicios	¿Cómo se evalúan? ¿Qué información se requiere? ¿Cuáles van a ser los métodos de recogida de datos?
Elaboración Plan de mejora y divulgación resultados	¿Cuándo se comunican los resultados? ¿A quién se le comunican? ¿Dónde se comunican?
Preparación para el ciclo siguiente	¿Cómo se garantiza la evaluación continua?

2.4.3.2. Criterios de evidencia y calidad de los programas de prevención

A partir de las normas o estándares de calidad existen diversas maneras de evaluar la excelencia de la evidencia disponible. Las revisiones sistemáticas que analizan los resultados de una gran cantidad de estudios son las que aportan más información contrastada y evidencia de las intervenciones preventivas implementadas.

En cualquier caso, el hecho de que una intervención preventiva no tenga una evaluación sólida o suficiente evidencia que la respalde no implica necesariamente que la intervención no sea efectiva. En este sentido, la falta de evidencia, o la evidencia de baja calidad, no significa necesariamente que una intervención no funcione. Significa que la intervención aún no se ha evaluado adecuadamente y que su impacto no es predecible.

Existen un buen número de registros que recogen intervenciones basadas en la evidencia de la prevención del consumo de drogas. En ellos se recoge información de aquellos programas preventivos con un importante componente empírico y de eficacia. A continuación, se detallan los más significativos.

2.4.3.2.1. Xchange

Xchange es el registro online del Observatorio europeo de las drogas y toxicomanías y recoge aquellos programas de prevención basados en la evidencia. Este registro recoge programas de prevención implementados en Europa y también en cuenta la clasificación Blueprint para los programas estadounidenses.

La base de datos del OEDT (Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías) ofrece una clasificación de las intervenciones basada en dos dimensiones. Por un lado, la referida a la dirección del efecto de la intervención y por otro lado la que hace referencia a la calidad de la evidencia. En la Tabla 17 se exponen los criterios de esta clasificación.

Tabla 17. Clasificación de la evidencia XCHANGE

DIMENSIÓN	CLASIFICACIÓN	DESCRIPCIÓN
Efecto de la evidencia	Beneficioso	Efectos convincentes, consistentes y sostenidos según se encontró en dos o más estudios de excelente calidad en Europa
	Probablemente beneficiosa	Efectos convincentes y consistentes a favor de la intervención en al menos un estudio de evaluación de excelente calidad en Europa
	Posiblemente beneficiosa	Algunos efectos a favor de la intervención en al menos un estudio de evaluación de calidad aceptable en Europa.
	Estudios adicionales recomendados	Las preocupaciones sobre la calidad de la evaluación o la consistencia de los resultados en Europa dificultan evaluar si son efectivas o no.
	Poco probable que sea beneficiosa	Intervenciones para las cuales al menos una evaluación de excelente calidad en Europa muestra evidencia convincente de efectos nocivos o nulos en los resultados relevantes.
Calidad de la evidencia	Alta	Alto nivel de confianza en la evidencia
	Moderada	Confianza razonable
	Baja	Confianza limitada
	Muy baja	Evidencia disponible insuficiente

2.4.3.2.2. Blueprints

El registro estadounidense Blueprints for Healthy Youth Development agrupa intervenciones científicamente probadas y eficaces que previenen o reducen la probabilidad de comportamiento antisocial y promueven un desarrollo juvenil hacia la madurez adulta saludable.

Las intervenciones evaluadas por Blueprints abarcan programas dirigidos a la escuela, las familias y el ámbito comunitario. Además, recogen también intervenciones en los diferentes niveles de prevención: ambiental, indicada, selectiva y universal.

En Blueprints, aparecen reflejados aquellos programas con una evidencia sólida de efectividad. Estos programas se clasifican como “prometedores”, “Model o “Model Plus”. Esta clasificación y sus características se exponen en la Tabla 18.

Tabla 18. Intervenciones Preventivas Prometedoras: Blueprints

INTERVENCIONES PROMETEDORAS	
Especificidad de la Intervención	<p>1.- Los participantes previstos para recibir la intervención están claramente identificados. Se indican las características sociodemográficas relevantes (edad, sexo, grupo étnico, nivel socioeconómico, residencia urbana / suburbana / rural) de los beneficiarios de la intervención. Se deben anotar todos los criterios de inclusión o exclusión para la participación en el programa.</p> <p>2.- Los resultados de la intervención están claramente especificados</p> <p>3.- Se discute el fundamento teórico o el modelo lógico de la intervención explicando cómo se espera que la intervención tenga un efecto positivo en los resultados esperados y si / cómo los cambios en los factores de riesgo o protección afectarán los resultados especificados. Debe quedar claro cómo se espera que la intervención logre el cambio deseado en los resultados.</p> <p>4.- Hay documentación de la estructura, el contenido y el proceso de entrega previstos de la intervención. Se informa una descripción clara de la intervención planificada, como qué servicio, actividad o tratamiento se proporciona, a quién, por quién, durante qué período, con qué intensidad y frecuencia, y en qué contexto</p>
Calidad de la evaluación La intervención debe ser evaluada por al menos un ensayo controlado aleatorio (ECA) O dos evaluaciones cuasiexperimentales (QED) en las que se cumplan todos los criterios enumerados a continuación	<p>1.- El proceso de asignación a los grupos de intervención y control debe estar claramente definido.</p> <p>2.- La intervención debe evaluar al menos un resultado conductual</p> <p>3.- Al menos un resultado de Blueprints que muestra un impacto positivo estadísticamente significativo se califica o evalúa independientemente de las personas que realizan la intervención</p> <p>4.- El estudio debe describir claramente el tamaño de la muestra</p> <p>5.- El estudio debe utilizar medidas válidas y confiables que sean apropiadas para la población de intervención de enfoque y los resultados conductuales deseados</p> <p>6.- Requiere evidencia de que los investigadores intentaron incluir a todos los participantes asignados a cada condición de estudio en su análisis, independientemente de la cantidad de participación en la intervención</p> <p>7.- Hay análisis estadísticos apropiados</p> <p>8.- Se establece la equivalencia inicial de la muestra aleatorizada / emparejada (es decir, antes de que los sujetos abandonen)</p> <p>9.- No hay evidencia de deserción diferencial significativa</p> <p>10.- La evaluación muestra efectos beneficiosos consistentes en relación con el número de resultados evaluados en muestras que no son pequeñas</p>
Impacto de la Intervención	1.- Existe evidencia de un impacto positivo consistente y estadísticamente

	<p>significativo</p> <p>2.- No debe haber evidencia de que la intervención tenga un efecto principal dañino estadísticamente significativo</p>
Disponibilidad Difusión	<p>1.- Existen procesos explícitos para garantizar que la intervención llegue a las personas adecuadas</p> <p>2.- Hay una descripción clara de las actividades de la intervención, e idealmente, hay materiales de capacitación, protocolos y procedimientos de implementación explícitos.</p> <p>3.- Cuando sea posible, se especifican los recursos financieros necesarios para realizar la intervención</p> <p>4.- Existe información reportada sobre los recursos humanos necesarios para llevar a cabo la intervención</p> <p>5.- El programa que se evaluó todavía está disponible</p>

Los Programas “Model” además de todos los criterios requeridos para la certificación como Programa Prometedor incorporan los dos estándares que se presentan la Tabla 19.

Tabla 19. Estándares de las Intervenciones Preventivas: Model Blueprints

INTERVENCIONES MODEL	
Calidad de evaluación	Hay dos ECA bien realizados o un ECA de alta calidad y una evaluación QED de alta calidad. Estas evaluaciones deben cumplir con todos los requisitos metodológicos detallados en los Criterios de calidad de evaluación promisorios.
Impacto de la intervención	Hay un mínimo de un seguimiento a largo plazo (al menos 12 meses después de la finalización de la intervención) en al menos una medida de resultado que indica que los resultados se mantienen después de dejar la intervención. Los datos sobre sostenibilidad deben estar disponibles tanto para los grupos de tratamiento como para los de control.

Por último, la máxima categoría la conforman los programas “Model Plus” que requieren un estándar adicional al resto de las intervenciones. En concreto al menos un estudio de alta calidad que demuestre los resultados deseados, la autoría, la recopilación de datos y el análisis han sido realizados por parte de un equipo de investigación independiente.

En España se ha realizado en los últimos años un importante esfuerzo en evaluar y fomentar el uso de intervenciones preventivas de los consumos de drogas basadas en la evidencia. Fruto de este esfuerzo surgió la Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol, el Alcoholismo y las otras Toxicomanías (SOCIDROGAALCOHOL) entidad formada por profesionales de la prevención y que ha venido elaborando distintas guías de mejores prácticas en diversos campos.

2.4.3.2.3.- Socidrogaalcohol

Para la elaboración de los criterios se han tenido en cuenta los criterios utilizados en proyectos similares, así como la opinión y experiencia de los miembros del comité científico.

La clasificación de los programas evaluados establece que las intervenciones hayan sido evaluadas correctamente y, en caso de que así sea, si han conseguido resultados positivos. Los criterios de calidad están reflejados en la Tabla 20.

Tabla 20. Criterios de calidad según Socidrogaalcohol

CALIDAD	DEFINICIÓN	TIPO DE INVESTIGACIÓN DISPONIBLE SOBRE EL PROGRAMA	CRITERIOS QUE SE VALORAN DEL PROGRAMA PARA ESTABLECER SU NIVEL DE CALIDAD
Alta ****	Programas bien evaluados cuyo efecto ha sido demostrado a través de distintos estudios.	<ul style="list-style-type: none"> - Investigación con diseños aleatorizados, con grupo experimental y control y adecuado seguimiento - Investigación cuasiexperimental, con muestras adecuadas, con grupo experimental y control, con adecuado seguimiento, realizadas por al menos dos grupos distintos de investigación - Estudios repetidos de N=1 (para la prevención indicada) que han mostrado claramente buenos resultados a corto y a largo plazo. 	<p>El criterio básico de evaluación es la investigación de resultados con diseños aleatorizados, con un grupo experimental y un grupo de control, y un seguimiento de al menos un año.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Al menos dos grupos de investigación distintos han llegado a los mismos resultados positivos. - El programa tiene una adecuada fundamentación teórica. - El programa tiene objetivos claros, así como una estructura y tiempos de aplicación razonables para lograr buenos resultados. - El programa tiene un ajuste óptimo en cuanto a los recursos necesarios para su implementación. - También (opcionalmente) puede haber un análisis del proceso. - También (opcionalmente) puede haber un análisis de coste-eficiencia. - Los estudios están publicados en revistas con revisión por pares.
Moderada ***	Programas que habiendo demostrado ser eficaces precisan de mayor investigación para demostrar que su efecto se mantiene.	<ul style="list-style-type: none"> - Investigación cuasiexperimental, con grupo experimental y grupo de control, y adecuado seguimiento. - Estudios repetidos de N=1 (para la prevención indicada) que han mostrado reducir el consumo, al final del tratamiento y en los seguimientos. 	<p>El criterio básico de evaluación es la investigación de resultados, con diseños experimentales o cuasi experimentales, con un grupo experimental y un grupo de control., y un seguimiento de al menos un año.</p> <ul style="list-style-type: none"> - El programa tiene algún nivel de fundamentación teórica. - El programa tiene objetivos claros, así como una estructura y tiempos de aplicación razonables para lograr buenos resultados. - El programa tiene en cuenta los recursos necesarios para su implementación. - También (opcionalmente) puede haber análisis del proceso. - También (opcionalmente) puede haber análisis de coste-eficiencia - Los estudios están publicados en revistas con revisión por pares.
Baja **	Programas cuya eficacia no queda suficientemente demostrada y se precisa investigar más sobre el mismo para conocer la utilidad del programa.	<ul style="list-style-type: none"> - Investigación cuasiexperimental, con grupo experimental y grupo de control, pero sin evaluación de resultados, solo del proceso o con evaluación de resultados deficiente (ej., sin seguimiento, solo con pre y post) 	<p>El criterio básico de evaluación puede ser la investigación de resultados con diseños cuasiexperimentales, con un grupo experimental y un grupo de control, con o sin seguimiento, y en donde no se encuentran diferencias significativas entre ellos.</p> <ul style="list-style-type: none"> - El criterio básico de evaluación es la investigación de proceso. - Estudios en los que solo hay pre-post sin resultados de seguimiento, o éste es muy corto.

CALIDAD	DEFINICIÓN	TIPO DE INVESTIGACIÓN DISPONIBLE SOBRE EL PROGRAMA	CRITERIOS QUE SE VALORAN DEL PROGRAMA PARA ESTABLECER SU NIVEL DE CALIDAD
		<ul style="list-style-type: none"> - Estudios repetidos de N=1 (para la prevención indicada) que han mostrado cambios en la evaluación del proceso o resultados al final de la intervención. 	<ul style="list-style-type: none"> - Sólo un grupo de investigación ha hecho los estudios con el programa. - El programa no tiene fundamentación teórica o no se basa en los modelos teóricos de referencia. - El programa tiene déficits en la delimitación de objetivos, estructura del programa y tiempos de aplicación del mismo. - El programa tiene otras deficiencias u otras lagunas en relación a recursos necesarios, modo de implementación, etc. - El estudio está publicado en una revista con revisión por pares, o en un informe elaborado por una institución, asociación etc.
Muy baja/ Sin evidencia *	No hay evidencias, o bien son indirectas, insuficientes o contradictorias según los estudios realizados con el programa.	<ul style="list-style-type: none"> - Estudios descriptivos de los que no se puede concluir la utilidad del programa a nivel de proceso ni de resultado. - Estudios que tienen importantes deficiencias metodológicas. 	<ul style="list-style-type: none"> - El criterio básico de evaluación es la investigación de proceso o, si es de resultado, no se han obtenido diferencias entre el grupo experimental y control, se carece de grupo control, la muestra es insuficiente, el diseño es inadecuado o el estudio tiene otras deficiencias metodológicas. - No hay seguimiento o éste es muy corto. - No cumple los requisitos que se exigen a los programas de calidad moderada o baja. - El estudio está publicado en una revista con revisión por pares, en una revista divulgativa o en un informe elaborado por una institución, asociación etc.

A partir de estos criterios la relación de intervenciones individuales evaluadas, registradas y aplicadas en España puede consultarse en el portal creado por SOCIDROGAALCOHOL (<http://www.prevencionbasadaenlaevidencia.net>).

2.4.3.2.4. Portal de buenas prácticas

Más recientemente la Dirección General de Salud Pública y Adicciones de la Consejería de salud de Murcia junto con la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas y otras Adicciones han puesto en marcha un proyecto para promover la calidad de las intervenciones que se llevan a cabo para la reducción de la demanda de drogas y otras adicciones.

Los programas registrados en este portal atienden a criterios ya establecidos por el OEDT. Por un lado, se describen aquellos programas calificados como prometedores y que siguen puntuaciones a partir de la Guía de estándares europeos de calidad en prevención de drogas de la OEDT. Y por otro se registran programas que han sido aceptados y evaluados con los criterios del Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías y recogidos en el portal de programas basados en la evidencia de XCHANGE. Los programas evaluados en este portal pueden consultarse en la web <http://www.buenaspracticasadicciones.es/>.

2.4.4. Evidencia de la eficacia de los programas de prevención del consumo de drogas

Para la valoración de los programas de prevención del consumo de drogas con una sólida base y evidencia con respecto a su eficacia se ha revisado la base del European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), Xchange por ser la más completa y actualizada del momento. Atendiendo al efecto de la evidencia sólo se recogen en este apartado aquellas intervenciones que han demostrado ser beneficiosas. Entre ellas, sólo uno de los programas es de prevención indicada (Tabla 21).

Tabla 21. Intervenciones preventivas que se han mostrado beneficiosas: factores de protección y de riesgo

Título	Grupo edad	País	Lugar Implementación	Tipo Prevención	Factores Protección abordados	Factores Riesgo Abordados
ASSIST	11-14 años	Reino Unido	Centros escolares	Universal	Interacción con iguales prosociales, habilidades de rechazo y toma decisiones	Actitud favorable hacia consumo alcohol y drogas
BE smokeFREE	12-15 años	Noruega	Centros escolares	Universal	Participación padres y madres habilidades de rechazo y toma decisiones	Inicio temprano del consumo de drogas
Good Behavior Game (GBG): refuerzo positivo grupal contingente del comportamiento prosocial de los niños	6-10 años	EEUU	Centros escolares	Ambiental y Universal	moral clara y normas de conducta interacción con pares prosociales oportunidades y recompensas por la participación prosocial de compañeros conducta prosocial autoeficacia académica oportunidades para la participación prosocial en la educación recompensas y desincentivos en la escuela	conducta antisocial inicio temprano del consumo de drogas/alcohol
Eigenständig Werden	6-10 años	Alemania	Centros escolares	Universal	Habilidades para resolver problemas habilidades de rechazo y toma de decisiones	Sin factores de riesgo definidos
Coping Power/Utrecht Coping Power (CPP)	8-14 años	EEUU	Comunidad	Indicada y Selectiva	Oportunidades/recompensas por la participación prosocial con los padres moral clara y normas de conducta interacción con pares prosociales Habilidades para resolver problemas habilidades de rechazo y toma de decisiones habilidades para la interacción social	Problemas de gestión familiar conducta antisocial actitud favorable hacia el consumo de alcohol/drogas actitudes favorables hacia el comportamiento interacción con compañeros antisociales compañeros consumo de alcohol/drogas Individuo y compañeros: rebeldía y alienación Escuela y trabajo: bajo compromiso/apoyo a la escuela
Umplugged	11.14 años	Italia	Centros escolares	Universal	Habilidades para resolver problemas habilidades para la interacción social	Sin factores de riesgo definidos

A continuación, se describen con mayor profundidad cada uno de estos programas junto a sus evidencias:

2.4.4.1. A Stop Smoking in Schools Trial (ASSIST): un programa educativo dirigido por pares para promover el no fumar

El programa ASSIST es una intervención para la prevención del tabaquismo basada en un enfoque educativo dirigido por pares. Los estudiantes influyentes son elegidos por sus compañeros y reciben capacitación durante dos días para alentar a otros a no fumar. Se les pide que intervengan de manera informal en situaciones cotidianas durante un período de 10 semanas para promover el no fumar y llevar un registro de estas conversaciones en un diario.

La capacitación tiene como objetivo aumentar el conocimiento sobre los riesgos para la salud, económicos, sociales y ambientales del tabaquismo; enfatizar los beneficios de permanecer libre de humo; y fomentar el desarrollo de habilidades que permitan a los estudiantes seleccionados como "colaboradores" promover el no fumar entre sus compañeros.

Resumen de la evidencia

El programa se evaluó en un ensayo controlado aleatorio (ECA) por grupos en Gales, Reino Unido, en el que participaron estudiantes de 12 a 14 años. El estudio no encontró evidencia de que la intervención tuviera un efecto más beneficioso en los estudiantes que fueron identificados como fumadores ocasionales, experimentales o exfumadores al inicio del estudio. Sin embargo, ASSIST logró una reducción estadísticamente significativa a favor de la intervención en las probabilidades de ser un fumador habitual según los datos de seguimiento combinados posteriores a la prueba al año y a los dos años (Starkey et al., 2005; Starkey et al., 2009; Campbell et al. 2008).

2.4.4.2. BE smokeFREE

La intervención BE smokeFREE fue desarrollada por la Sociedad Noruega del Cáncer y diseñada como un programa de prevención del tabaquismo para estudiantes de entre 12 y 15 años. Se trata de una intervención impartida por el profesorado en el aula y basada en el modelo de influencia social y enfocada en oportunidades para que las personas tomen sus propias decisiones. De acuerdo con la teoría cognitiva social de Bandura, la intervención tiene como objetivo mejorar la autoeficacia de los estudiantes

para ayudarlos a sobrellevar la presión. La intervención también tiene como objetivo aumentar las expectativas positivas de un estilo de vida libre de humo. Esto se logra proporcionando detalles sobre el tabaquismo y los efectos positivos a corto y largo plazo de no fumar sobre la salud.

Consta de ocho horas en el primer año, cinco en el segundo y seis en el tercero. Cada hora escolar asignada al programa incluye elementos de actividades de aula no tradicionales que utilizan videos, juegos y trabajo en grupo.

Resumen de la evidencia

El programa ha sido evaluado en un ensayo controlado aleatorizado (ECA) por grupos en Noruega en el que participaron niños de aproximadamente 13 años (Jøsendal et al., 2005). Hubo un efecto positivo estadísticamente significativo en el número de consumidores de tabaco y los participantes de la intervención tenían una menor probabilidad de convertirse en fumadores, tanto diariamente como semanalmente. Los participantes del programa también tenían una probabilidad significativamente menor de consumir cannabis en comparación con la condición de control.

2.4.4.3. Good Behavior Game (GBG)

El Good Behavior Game (GBG) es una estrategia de manejo del comportamiento basada en el aula para la escuela primaria que los maestros usan junto con el plan de estudios de instrucción estándar de la escuela. GBG utiliza un formato de juego para toda la clase, con equipos y recompensas, para socializar a los niños en el papel de estudiante y reducir el comportamiento agresivo y perturbador en el aula, que es un factor de riesgo para el abuso de drogas ilícitas, abuso de alcohol, tabaquismo, comportamiento antisocial en adolescentes y adultos, trastorno de la personalidad y comportamiento violento y delictivo.

En las aulas de GBG, el maestro asigna a todos los niños a equipos, generalmente tres, que están equilibrados con respecto al género, comportamiento agresivo o disruptivo y comportamiento tímido y socialmente aislado. El maestro asigna un líder de equipo, generalmente un niño tímido, para organizar actividades y repartir premios. A continuación, el profesor explica las reglas del juego, describiendo qué comportamientos no se permitirán durante el período en el que se juega el GBG (que suelen ser la interrupción verbal, la interrupción física, estar fuera de su asiento sin permiso y el incumplimiento), y las reglas están pegadas en la pared del salón de clases.

Durante el juego, el profesor toma nota de la aparición de conductas problemáticas colocando marcas junto al nombre de un equipo cada vez que uno de sus miembros muestra una conducta prohibida específica. El maestro declara neutralmente el comportamiento que se mostró, identifica al niño que lo mostró y elogia a los otros equipos por comportarse bien. Un equipo gana el juego si el número de tics no excede de cuatro al final del período del juego, y más de un equipo puede ganar. Inicialmente, los miembros del equipo ganador reciben recompensas tangibles (pegatinas, gomas) y actividades (tiempo de descanso adicional, privilegios de clase). Además, cualquier equipo que gane un partido durante la semana recibe una recompensa especial el viernes (como una fiesta o una actividad al aire libre). Los no ganadores se dedican a trabajar sentados en silencio durante este tiempo y no reciben atención especial por parte del maestro.

Durante las primeras semanas de la intervención, GBG se juega tres veces por semana durante 10 minutos cada vez durante los períodos del día cuando el entorno del aula está menos estructurado y los estudiantes trabajan independientemente del maestro. Los períodos de juego aumentan en duración y frecuencia a intervalos regulares; a mediados de año, el juego se puede jugar todos los días. Inicialmente, el maestro anuncia el comienzo de un período de juego y otorga recompensas al final del juego.

Más tarde, el maestro difiere las recompensas hasta el final del día o la semana escolar. Con el tiempo, GBG se juega en diferentes momentos del día, durante diferentes actividades y en diferentes lugares; el juego evoluciona de ser altamente predecible en cuanto a tiempo y ocurrencia con refuerzo inmediato a ser impredecible con refuerzo tardío, para que los niños aprendan que se espera un buen comportamiento en todo momento y en todo lugar.

Resumen de la evidencia

El programa se evaluó en un ensayo controlado aleatorio (ECA) por grupos en Bélgica, Países Bajos, Reino Unido, Estonia e Irlanda con grupos mixtos (Bradshaw et al.,2009, Furr- Holden et al., 2004; Kellam & Rebok,1992; Mihalic et al.,2011; Storr et al.,2002; Spilt et al.,2013; Van Lier et al.,2009; Wang et al.,2009). Una investigación

En estas evaluaciones se encontraron efectos positivos estadísticamente significativos en:

- manejo del comportamiento del maestro observado y algunos comportamientos de los niños observados y calificados por pares en el aula.
- los problemas emocionales y conductuales

- sobre el comportamiento de externalización y las relaciones con los compañeros.
- a favor de la intervención sobre el TDAH, el acoso escolar, la victimización y la ansiedad/depresión
- De los 10 a los 13 años, los jóvenes que habían participado en el programa tenían menor probabilidad de iniciarse en el consumo de tabaco y menor crecimiento en el consumo semanal de alcohol.

Un estudio posterior realizado en EE. UU. (Baltimore) intentó determinar el impacto de GBG en los cursos y las interrelaciones entre el comportamiento agresivo y disruptivo durante la escuela secundaria, los comportamientos sexuales de riesgo y los trastornos por abuso y dependencia de drogas entre los 19 y 21 años. Los resultados indicaron que este tipo de intervención universal de prevención en las aulas de primer y segundo grado puede reducir los trastornos por abuso y dependencia de drogas y las conductas sexuales de riesgo (Kellam et al., 2014).

2.4.4.4. Eigenständig Werden (Hacerse independiente)

Eigenständig Werden es un programa de habilidades para la vida destinado a promover la salud y el desarrollo de la personalidad. En particular, aborda la adicción y el acoso relacionados con sustancias en la adolescencia media y tardía.

Se imparten 42 lecciones que se imparten desde el grado 1 hasta el grado 4 (6-9 años). Unas 10 lecciones, la mayoría de las cuales tienen una duración de 90 minutos, se distribuyen a lo largo de cada año escolar. Las lecciones son impartidas en clases regulares por profesores especialmente capacitados, a quienes se les proporciona un manual que incluye descripciones detalladas de las unidades particulares, con respecto a los antecedentes, objetivos, actividades, etc., y de los materiales relevantes. Las sesiones utilizan una variedad de técnicas, como ejercicios de relajación, juegos de roles, figuras de identificación, espectáculos de títeres, canciones y experimentos.

Resumen de la evidencia

El programa ha sido evaluado en un ensayo controlado aleatorio (ECA) en Alemania con niños de seis años (Maruska et al., 2010). En la prueba posterior, hubo un efecto estadísticamente significativo en el comportamiento de externalización e internalización del niño informado por el maestro, pero ningún efecto en las habilidades

para la vida del niño informadas por el maestro (por ejemplo, asertividad, comportamiento autónomo y pensamiento crítico y juicio).

2.4.4.5. Programa de poder de afrontamiento de Utrecht (UCPP)

El Programa de poder de afrontamiento de Utrecht (UCPP) fue una adaptación del Programa de poder de afrontamiento (CPP), que se desarrolló originalmente como un programa de prevención para niños en riesgo. Luego, el programa se adaptó a la práctica clínica diaria para niños con conductas disruptivas. El UCPP combina una intervención conductual cognitiva para el niño con una intervención parental conductual.

Son 23 sesiones semanales de 1,25 horas con grupos de cuatro niños. Hay 15 sesiones para padres y madres cada dos semanas, con una duración de 1,5 horas cada una.

Durante las sesiones de los niños, hay reconocimiento de sentimientos y emociones, se lleva a cabo la resolución de problemas sociales y se discuten y practican las habilidades de comunicación. Los niños son instruidos en los cinco pasos de la resolución de problemas sociales: cuál es el problema, cuáles son las soluciones, cuáles son las consecuencias, elegir la mejor solución y actuar en consecuencia. Las sesiones para padres se centran en habilidades de crianza, manejo del estrés y resolución de problemas. Los dos componentes (progenitor e hijo) se integran durante las sesiones de padres y madres mostrándoles videos de los niños. Hay manuales detallados para ambos componentes y se revisan sesiones grabadas en video seleccionadas al azar para verificar que se cumplan. Las sesiones tienen lugar en un entorno clínico.

Resumen de la evidencia

El programa ha sido evaluado en: un ensayo controlado aleatorizado (RCT) en los Países Bajos que involucró a niños de 8 a 13 años con trastorno de conducta disruptiva (Van de Wiel et al., 2007; Zonneville-Bender et al., 2007); un estudio cuasiexperimental en Italia que involucró a niños de 8 a 9 años con trastornos conductuales disruptivos y comparó Coping Power con, respectivamente, ningún tratamiento y un programa de componentes múltiples basado en terapia cognitivo-conductual (Muratori et al., 2017); y tres ECA grupales en Italia, que evaluaron el programa en un formato basado en el aula: uno con niños de aproximadamente 7 a 8

años (Muratori et al., 2017), uno con niños de aproximadamente nueve años (Muratori et al., 2015) y otro con niños de cuatro años.

Del resultado de estas evaluaciones se encontraron efectos positivos estadísticamente significativos en:

- a favor de la intervención posterior a la prueba sobre la agresión infantil
- a favor de la intervención sobre el uso de cigarrillos y sobre el consumo de marihuana a lo largo de la vida.
- A favor del poder de afrontamiento en el comportamiento agresivo del niño y en los rasgos de insensibilidad.
- En los progenitores sobre la crianza positiva y la disciplina inconsistente
- Mejora en comportamiento prosocial, síntomas emocionales, problemas de conducta, hiperactividad, dificultades totales y calificaciones académicas.

2.4.4.6. Unplugged

Unplugged es un programa basado en la escuela que incorpora componentes orientados en el pensamiento crítico, la toma de decisiones, la resolución de problemas, el pensamiento creativo, la comunicación efectiva, las habilidades de relación interpersonal, la autoconciencia, la empatía, el manejo de las emociones y el estrés, las creencias normativas y el conocimiento sobre los efectos nocivos de las drogas para la salud.

Unplugged enfatiza particularmente la corrección de las creencias de los alumnos sobre la omnipresencia del uso de sustancias ("creencias normativas") al contrastarlas con datos de encuestas de alumnos de la misma edad que generalmente revelan que los niveles promedio de uso son más bajos.

El programa consta de 12 unidades de una hora impartidas una vez por semana por profesores de clase que han asistido previamente a un curso de formación.

Este plan de estudios básico se complementa idealmente con reuniones dirigidas por alumnos seleccionados por sus compañeros de clase o con talleres para los padres de los alumnos. Mientras que, en las implementaciones para el primer ensayo, el plan de estudios se implementó moderadamente bien, rara vez se realizaron actividades dirigidas por pares, pocos padres asistieron a los talleres y los maestros generalmente omitieron un elemento importante, el juego de roles.

Resumen de la evidencia

El programa ha sido evaluado en un ensayo controlado aleatorizado (ECA) por grupos en el que participaron niños de 12 a 14 años en siete países europeos: Austria, Bélgica, Alemania, Grecia, Italia, España, Suecia y República Checa (Caria et al, 2010; Faggiano et al., 2007, 2008,2010; Giannotta et al., 2014; Miovsky et al., 2012; Vigna-Taglianti et al., 2009, 2014).

Los principales resultados obtenidos en estos estudios con respecto al programa Umplugged fueron:

- una prevalencia más baja estadísticamente significativa del uso diario de cigarrillos, episodios de embriaguez y consumo de cannabis en los últimos 30 días en la condición de intervención en comparación con el control.
- jóvenes que recibieron el programa tenían menos probabilidades que los que estaban en la condición de control de pasar de no fumar o fumar esporádicamente a fumar a diario
- un análisis por género encontró que la progresión retrasada y la regresión mejorada fueron más altas en la condición de intervención entre los niños, mientras que entre las niñas se observaron diferencias nulas, mínimas o inversas.
- los estudiantes en la condición de intervención mostraron mayores tendencias a permanecer como no consumidores de tabaco o retroceder de uso ocasional a no uso
- menos problemas de comportamiento relacionados con el alcohol en comparación con los controles
- con respecto al consumo de cannabis, la proporción de no consumidores persistentes fue mayor en la condición de intervención que en la condición de control

Además de estos estudios la base datos de buenas prácticas del EMCDDA reconoce 4 programas con diferentes niveles de calificación en evidencia en España y que se recogen en la siguiente tabla (Tabla 22):

Tabla 22. Programas preventivos realizados en España con algún grado de evidencia

Título	Grupo edad	Calificación	Ámbito Implementación	Tipo Prevención	Factores Protección abordados	Factores Riesgo Abordados
Empecemos	6-10 años	Estudios adicionales recomendados	Centros escolares	Indicada	Apego y apoyo de los progenitores Oportunidades/recompensas por la participación prosocial con los padres y madres Gestión familiar positiva Habilidades para la interacción social menores Conducta prosocial menores Habilidades de afrontamiento menores Oportunidades para la participación prosocial en la educación Recompensas y desincentivos en la escuela	Conflicto familiar Problemas de gestión familiar Conducta antisocial Actitudes favorables hacia el comportamiento antisocial Búsqueda de sensaciones Bajo compromiso/apego a la escuela
Protejo	9-14 años	Estudios adicionales recomendados	Familia	Selectiva	Apego y apoyo de los padres y madres Participación de los progenitores en el aprendizaje/educación Habilidades para resolver problemas	Problemas de gestión familiar Actitudes de los padres favorables al consumo de alcohol/drogas
Tú decides – It's Up To You	12-17 años	Estudios adicionales recomendados	Centros escolares	Universal	Moral clara y normas de conducta	Consumo de alcohol/drogas
Sobre Canyes i Petes	14-16 años	Probablemente beneficioso	Centros escolares	Universal	Sin factores de protección definidos	Inicio temprano del consumo de drogas/alcohol

2.4.4.7. *Empecemos*

Este programa de múltiples componentes está dirigido al propio niño, sus padres y sus maestros con el objetivo de reducir el desarrollo de problemas de comportamiento. Está basado en los principios del aprendizaje social y está inspirado en programas validados empíricamente, como Coping Power y Incredible Years. Los objetivos de Empecemos son cambiar las prácticas educativas de los padres, fomentando un monitoreo efectivo del comportamiento, prácticas educativas positivas y una adecuada estructuración del contexto. También tiene como objetivo mejorar la cantidad y la calidad de las interacciones positivas entre padres e hijos invirtiendo el ciclo de coerción, a través de la promoción de actividades compartidas y tiempo juntos.

Más allá de esto, el programa se esfuerza por fortalecer los lazos entre la familia y la escuela, promoviendo la participación en las actividades escolares y fomentando entrevistas constructivas con los maestros.

El programa consta de 19 sesiones aplicadas en el contexto escolar, que capacitan a los niños en habilidades de reconocimiento y regulación emocional. Empecemos incorpora, como uno de sus tres componentes, un módulo de intervención directa sobre los niños (habilidades emocionales, cognitivas y sociales necesarias para mostrar un estilo de comportamiento socialmente competente).

Resumen de la evidencia

En el estudio de Romero et al (2017), un proceso de selección identificó a niños con problemas de conducta significativos tanto en el hogar con su familia como en la escuela, y el programa se implementó en ocho escuelas. Incluyó un seguimiento a largo plazo de 56 niños durante siete años. El análisis multivariante mostró diferencias significativas en las actitudes (mayor en el grupo control) y en la intención de consumir tabaco o alcohol (también mayor en el grupo control). Cuando se analizó la proporción de adolescentes que "probablemente sí" consumirán tabaco, el 11% del grupo de intervención estaba dispuesto a consumirlo, en comparación con el 42% del grupo control. En cuanto a los adolescentes que "probablemente sí" usarán alcohol, el 11% del grupo de intervención eligió esta respuesta, en comparación con el 35% del grupo de control.

Otro estudio de Romero et al. (2019) evaluó la eficacia de Empecemos en 128 niños con problemas de conducta en 18 escuelas públicas de zonas urbanas y semiurbanas. Los datos sugieren que Empecemos mejora las habilidades emocionales,

cognitivas y sociales, y reduce los problemas de conducta, especialmente los problemas de conducta informados por los maestros.

2.4.4.8. Protejo

PROTEGO es un programa de intervención selectiva para la prevención del consumo de tabaco, alcohol y otras drogas en la familia. El objetivo general del programa es modificar la exposición a factores de riesgo familiar y de protección para el abuso de sustancias entre los niños y adolescentes de alto riesgo. Lo hace mejorando las habilidades de crianza (comunicación, límites, normas, monitoreo), fortaleciendo los lazos familiares y aclarando la posición familiar en relación con el consumo de drogas.

Consta de ocho sesiones semanales de dos horas para grupos de 12 a 15 padres de niños y adolescentes de 9 a 13 años.

Los módulos del programa consisten en: 1. Definición de objetivos de cambio de comportamiento, 2. Habilidades de comunicación, 3. Reducción de conflictos y mejora de las relaciones familiares, 3. Establecimiento de normas y límites, 5. Supervisión, sanciones y vínculos familiares, 6. Posición familiar con respecto al consumo de tabaco, alcohol y otras drogas, 7. Solución de problemas, 8. Seguimiento.

Resumen de la evidencia

El programa ha sido evaluado en un estudio cuasiexperimental en España y un estudio pre-post con 12 meses de seguimiento sin grupo control (Promocio I Desenvolupament Social PDS, 2015, 2016). El estudio mostró efectos pequeños pero significativos sobre las habilidades de comunicación, el manejo de conflictos y la cohesión, y el vínculo familiar entre los padres moderado por la implementación y la participación.

El estudio longitudinal se realizó entre 12 y 16 meses después de la prueba previa, y de 10 a 14 meses después de la prueba posterior. El estudio mostró diferencias estadísticamente significativas; mostró que todas las medidas fueron positivas, excepto la monitorización conductual, lo que indica que la mayoría de los resultados se mantuvieron. El posicionamiento familiar en las drogas aumentó con el tiempo.

2.4.4.9. Tú decides – It's Up To You

El programa Tú Decides es un programa de prevención de la dependencia basado en la escuela que se dirige a jóvenes de entre 12 y 17 años. Se basa en

influencias sociales, teniendo en cuenta la presión de grupo y los factores afectivos y cognitivos que intervienen a la hora de tomar decisiones. Tiene como principal objetivo permitir a los adolescentes tomar decisiones informadas y responsables con respecto al uso de drogas en relación con los otros problemas que generalmente afectan a este grupo de edad. Busca apoyar a los estudiantes en la anticipación de situaciones de elección realistas.

Consta de tres manuales (profesores, alumnos y padres) que contienen toda la información necesaria para su aplicación. Los manuales abordan los temas a través de cómics y diversas actividades.

El programa es proporcionado por profesores capacitados a los estudiantes en sesiones de dos horas, una por cada unidad (8 horas en total), en el transcurso de cuatro meses.

Incluye estrategias dirigidas a la sensibilización, la psicoeducación, la formación de las habilidades de los padres, las actividades de ocio y la formación del profesorado. Su objetivo es abarcar a toda la comunidad escolar: estudiantes, profesores, psicólogos y padres. También hay cuatro sesiones después del trabajo para padres y tutores, que son dirigidas por psicólogos escolares

El programa se basa en el Modelo de Creencias en Salud (Rosenstock, 1974) que se centra en la toma de decisiones de salud, reflexionando sobre los factores externos (oferta, experimentación, etc.) y los factores internos (autoestima, creencias, etc.). La decisión de usar una sustancia en particular depende de la capacidad de una persona para tomar decisiones responsables, y el programa ofrece educación preventiva práctica.

Resumen de la evidencia

El programa ha sido evaluado en tres estudios en España. Los resultados más relevantes de estos estudios fueron (Calafat et al., 1984,1989; De la Rosa, 1995):

- el consumo del grupo de intervención estaba por debajo de la media del grupo de control.
- reducción significativa en emborracharse
- aumentos significativos en el conocimiento sobre los tipos de drogas y sobre las consecuencias del abuso de sustancias
- el grupo de intervención mostró una gran preocupación por los riesgos para la salud antes del uso y esto pareció influir en el uso real.

- disminución en el consumo de alcohol, disminución en el tabaquismo y los fumadores de fin de semana

2.4.4.10. Sobre Canyes i Petes

El programa Sobre Canyes i Petes fue diseñado siguiendo los principios de otras intervenciones reconocidas que adoptan el modelo de "capacitación en habilidades para la vida" basado en la evidencia.

Se trata de una intervención universal basada en la escuela que tiene como objetivo evitar que los jóvenes pasen del consumo habitual o del consumo constante de cannabis al consumo regular de cannabis. El programa es impartido por maestros de clase durante 6-10 horas de clase del tiempo del plan de estudios escolar. Las actividades incluyen el suministro de información sobre el consumo de cannabis, la discusión de los riesgos y consecuencias del consumo de cannabis, y la capacitación en habilidades sobre cómo rechazar las ofertas de cannabis. También hay un componente familiar, a través del cual los progenitores reciben orientación sobre cómo discutir el tema del consumo de cannabis en casa con sus hijos. Los menores también son dirigidos a un sitio web donde pueden acceder a otros recursos relevantes.

Resumen de la evidencia

El programa ha sido evaluado en un estudio cuasiexperimental en España en el que han participado jóvenes de 14 a 15 años (Ariza et al., 2013). Encontró un efecto positivo estadísticamente significativo 12 meses después de que terminó la intervención, con menos participantes de la intervención en comparación con los participantes de control que habían progresado al consumo regular de cannabis.

2.4.5. Evidencias sobre lo que funciona en prevención

La base de datos de evidencia XCHANGE del European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), recoge en su portal de mejores prácticas de manera resumida aquellas intervenciones que se han demostrado eficaces en la prevención de los consumos de drogas en jóvenes. En la siguiente tabla se recogen únicamente aquellas intervenciones distinguidas con la máxima evidencia y clasificadas como beneficiosas (Tabla 23):

Tabla 23. Intervenciones clasificadas como beneficiosas por el European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction

Tipo Intervención	Ámbito	Tipo de droga	Clasificación	Evidencia	
Intervenciones en habilidades para la vida e influencia social	Escolar	Cannabis Medicamentos genéricos Alcohol	Beneficioso	Reducción del uso de medicamentos genéricos en <12 meses Reducción del consumo de cannabis en <12 meses Reducción de la embriaguez general Reducción de la embriaguez en 3 o más episodios	Faggiano et al. (2014) Faggiano et al., (2010)
Tutoría: relación de apoyo en la que una persona ofrece apoyo, orientación y asistencia concreta y que se basa en el intercambio de experiencias y conocimientos sin expectativas de ganancia personal por parte del tutor.	Escolar	Alcohol Tabaco	Beneficioso	Reducción consumo de alcohol y tabaco	Thomas et al. (2011,2013)
Programas de múltiples componentes: Programas basados en la familia y la escuela.	Familiar Escolar	Tabaco	Beneficioso	Las Intervenciones conjuntas familiares y escolares para prevenir el tabaquismo en niños y adolescentes, son más efectivas que las realizadas solo en la escuela: Reducción tabaquismo en adolescentes que nunca fumaron inicio estudio Reducción tabaquismo en adolescentes que eran fumadores al inicio estudio	Baker et al. (2015) Thomas et al. (2015)
Intervenciones en múltiples comportamientos de riesgo.	Escolar	Tabaco Alcohol	Beneficioso	Intervenciones escolares universales sobre conductas de riesgo múltiples fueron beneficiosas para prevenir el consumo de tabaco y alcohol.	MacArthur et al. (2016,2018)
Programas integrales basados en la comunidad dirigidos a jóvenes de alto riesgo.	Comunidad Escolar	Tabaco Alcohol Cannabis Drogas ilegales	Beneficioso	Los enfoques integrales que involucran a la comunidad y la escuela son efectivos para prevenir/retrasar/reducir todas las drogas legales e ilegales en comparación con programas solo comunitarios y programas escolares-comunitarios dirigidos a jóvenes de alto riesgo y en individuos de alto riesgo en comparación con individuos de bajo riesgo.	Jones et al. (2006)
Programas intensivos basados en la familia para prevenir.	Familiar	Tabaco	Beneficioso	Reducción del consumo de cigarrillos en adolescentes	Thomas et.al. (2015)

Por otra parte, la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el delito (UNODC) estableció en 2013 y actualizó después en 2018, los estándares internacionales globales sobre la prevención de los consumos de drogas. En ellos se daba cuenta de los resultados de aquellas intervenciones preventivas positivas apoyadas en la evidencia científica. Las intervenciones estaban categorizadas a partir de las edades de los y las menores tal y como se recoge en la siguiente tabla:

Tabla 24. Correspondencia entre etapa, ciclo escolar y edad (UNODC)

Etapa	Ciclo escolar	Edad
Infancia y 1ª Infancia	Preescolar	0-5 años
Infancia Media	Escuela Primaria	6-10 años
Adolescencia temprana	Escuela Secundaria	11-14 años
Adolescencia	Escuela Secundaria Superior	15-19 años
Edad Adulta	Estudios Universitarios	20-25 años

A tenor de las edades de inicio de los y las adolescentes que acuden al Programa Suspertu sólo se hará referencia a las intervenciones preventivas y avaladas para las etapas que comprenden la adolescencia temprana y la adolescencia. En la siguiente tabla se hace una breve descripción de aquellas intervenciones eficaces y sus características asociadas.

Tabla 25. Descripción de las principales intervenciones preventivas eficaces y sus principales resultados

Etapa	Evidencia	Estrategia	Objetivos - descripción	Resultados +	Resultados -
Adolescencia Temprana	22 revisiones: 3, 16, 23, 33, 34, 38, 49, 52, 54, 58, 71, 100, 96, 98, 73, 83, 84, 75, 103	Habilidades Personales y sociales	Fomentar habilidades rechazo sustancias. Contrarrestar presiones sociales consumos drogas. Cambiar creencias normativas. Discutir normas sociales, actitudes y expectativas positivas y negativas del consumo de drogas	Métodos interactivos. Sesiones estructuradas. Impartido por profesional capacitado o iguales capacitados. Habilidades de afrontamiento, toma decisiones y resistencia. Enfatizar consecuencias inmediatas.	Métodos no interactivos. Sólo dar información. Despertar el miedo. No estructurados. Centrados sólo en autoestima y educación emocional. Centrados sólo en toma de decisiones o valores. Participación de exconsumidores o policías
	4 revisiones: 21, 42, 50, 80	Políticas y cultura escolar	Centros escolares libres de drogas para estudiantes y trabajadores. Herramientas claras y no punitivas para abordaje consumos (oportunidades educativas). Programas de apoyo para dejar de fumar o derivación.	Apoyar compromiso con escuela, ética positiva y participación de todas las partes del centro escolar. Normas claras y específicas de sustancias y de espacios físicos. Reducir o eliminar acceso y disponibilidad. Sanciones positivas con asesoramiento. Cumplimiento rápido y constante de normativa	Incluir pruebas de drogas aleatorias.
	2 revisiones: 36, 52	Programas para la mejora del apego escolar	Apoyar la participación de los estudiantes, vinculación y compromiso con la escuela.	Apoyan un espíritu escolar positivo y un compromiso con la escuela. Apoyan la participación de los estudiantes. Una de ellas informó que estas estrategias contribuyen a prevenir uso de todas las sustancias. Otra informó resultados solo para el uso de drogas excluyendo tabaco y alcohol.	
	4 ensayos controlados aleatorios y una revisión: 17, 18, 19, 20, 77	Abordaje de factores de riesgo psicológicos individuales	Ayudar a adolescentes en riesgo para afrontar de manera constructiva las emociones en lugar de utilizar estrategias afrontamiento negativas	Impartido por profesionales. Proporcionar habilidades para afrontar de manera positiva emociones. Serie corta de sesiones (2-5).	
	Una revisión sistemática: 96	Tutoría	Relaciones e interacciones de adolescentes con adultos de referencia (maestros, entrenadores, etc.) que	Brindan capacitación y apoyo adecuados a los mentores. Se basan en un programa de actividades muy	

Etapa	Evidencia	Estrategia	Objetivos - descripción	Resultados +	Resultados -
			organizan actividades o pasan tiempo libre con ellos.	estructurado. La OMS recomienda la tutoría como una de las intervenciones identificadas como intervenciones basadas en la evidencia para prevenir la violencia juvenil.	
Adolescencia y Edad Adulta	3, 4, 5, 9, 10, 11, 12, 22, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 31, 32, 39, 40, 47, 51, 56, 57, 59, 60, 62, 63, 65, 66, 68, 70, 72, 74, 76, 80, 81, 82, 85, 86, 88, 89, 93, 94, 95, 101, 102, 104, 105	Intervención Breve	Sesiones de asesoramiento individualizadas. Información adicional para llevar a casa. Sesiones estructuradas de 5 – 15 minutos. Normalmente en Atención primaria Salud o salas emergencias. Pueden utilizar entrevista motivacional.	Cada sesión identifica si hay problema de abuso y proporciona información inmediata. Profesional capacitado	
	6 revisiones: 1, 15, 35, 45, 46, 53	Campañas en medios comunicación	Las campañas en medios de comunicación son a menudo la primera y/o única intervención realizada por los formuladores de políticas preocupados por prevenir el uso de drogas entre la población. Son muy visibles y tienen el potencial de llegar a un gran número de personas con relativa facilidad.	Buena identificación grupo objetivo campaña. Sólida base teórica. Conexión con otros programas de prevención. Dirigidos a padres y madres.	Evitar campañas mal diseñadas o con pocos recursos. Estos estudios informaron hallazgos contradictorios con respecto a la efectividad en la prevención del consumo de tabaco, alcohol y drogas, con excepción de las campañas centradas en tabaco en combinación con otros componentes de prevención.
	2, 30, 41, 48, 64, 67, 78, 79, 92, 99	Políticas tabaco y alcohol	Aumento precios tabaco y alcohol. Aumento edad mínima consumos. Control de la venta por parte de minoristas. Limitaciones en la publicidad.	Subida precios alcohol y tabaco reduce consumos población general Precios más altos alcohol asociados a disminución violencia. Aumento edad mínima legal reduce consumo de alcohol.	Mayor exposición publicidad aumenta probabilidad inicio consumos de alcohol y tabaco
	8, 13, 14, 37, 44, 54, 58, 69, 83, 75, 87, 90, 91	Intervenciones de múltiples componentes basadas en la comunidad.	Las iniciativas basadas en la comunidad son normalmente multicomponentes y actúan en diferentes entornos (escuelas, familias, medios de comunicación...)	Apoyan la aplicación de las políticas de tabaco y alcohol a nivel local. Trabajan en una variedad de entornos comunitarios (familias y escuelas, lugares de trabajo, lugares de entretenimiento, etc.).	

Etapa	Evidencia	Estrategia	Objetivos - descripción	Resultados +	Resultados -
				Involucran a las universidades en el apoyo a la implementación de programas basados en evidencia y su seguimiento y evaluación. Se proporciona capacitación y recursos adecuados a las comunidades. Las iniciativas se sostienen en el mediano plazo (por ejemplo, más de un año).	
	3 revisiones: 6, 7, 61	Intervenciones en entornos de ocio	Se interviene en espacios de entretenimiento (bares, discotecas y restaurantes, así como escenarios al aire libre o especiales). Incluyen diferentes acciones: capacitación del personal para manejo de clientes intoxicados; cambios en las leyes y políticas, (por ejemplo, la prestación de servicios alcohol a menores o a personas ebrias, o con respecto a la conducción bajo la influencia de alcohol y/o drogas)	El personal y la gerencia reciben capacitación sobre el servicio y manejo responsable de clientes intoxicados. Brindan asesoramiento y tratamiento para el personal y la gerencia que lo necesitan. Incluyen un fuerte componente de comunicación para crear conciencia sobre el programa y fomentar su aceptación. Incluyen la participación activa de las fuerzas del orden, la salud y los servicios sociales. Hacen cumplir las leyes y políticas existentes sobre el uso de sustancias en los lugares y en la comunidad.	
<p>1. Allara et al., 2015. 2. Anderson et al., 2009. 3. Ashton et al., 2015. 4. Baker et al., 2012. 5. Bertholet et al., 2005. 6. Bolier et al., 2011. 7. Brennan et al., 2011. 8. Bühler & Kroger 2008. 9. Carey et al. 2016. 10. Carey et al., 2012. 11. Carney 2014. 12. Carney & Myers 2012. 13. Carson et al., 2012. 14. Carson et al., 2011. 15. Carson et al., 2017. 16. Champion, 2013. 17. Conrod et al., 2008. 18. Conrod et al., 2010. 19. Conrod et al., 2011. 20. Conrod et al., 2013. 21. Coppo et al., 2014. 22. Davis & Briley 2017. 23. De Kleijn et al., 2015. 24. Dedert et al., 2014. 25. Dedert et al., 2015. 26. Diestelkamp et al., 2016. 27. Donoghue et al., 2014. 28. Dotson et al., 2015. 29. Dunn & Rivara 2001. 30. Elder et al., 2010. 31. Elzerbi et al., 2017. 32. Elzerbi et al., 2015. 33. Espada et al., 2015. 34. Faggiano et al., 2014. 35. Ferri et al., 2013. 36. Fletcher et al., 2008. 37. Foxcroft & Tsertsvadze 2011. 38. Foxcroft & Tsertsvadze. 2012. 39. Foxcroft et al., 2016. 40. Foxcroft et al., 2015. 41. Frazer et al., 2016. 42. Galanti et al., 2014. 43. Garrison et al., 2003. 44. Gates et al., 2006. 45. Gould et al., 2013. 46. Guillaumier et al., 2012. 47. Gulliver et al., 2015. 48. Hahn et al., 2012. 49. Hale et al., 2014. 50. Hefler et al., 2017. 51. Hennessy & Tanner-Smith, 2015. 52. Hodder et al., 2017. 53. Hopkins et al., 2001. 54. Jackson 2012. 55. Jackson et al., 2015. 56. Jensen et al., 2011. 57. Jiang & Gao 2017. 58. Jones et al., 2006. 59. Kaner et al., 2018. 60. Kazemi et al., 2013. 61. Kingsland et al., 2016. 62. Landy et al., 2016. 63. Leeman et al., 2015. 64. Lovato & Stead 2011. 65. McGinnes et al., 2016. 66. Merz et al., 2015. 67. Middelton et al., 2010. 68. Moreira et al., 2009. 69. Müller-Riemenschneider et al., 2008. 70. Newton et al., 2013. 71. Norberg et al., 2013. 72. Oosterveen et al., 2017. 73. Pan & Bai, 2009. 74. Park & Drake, 2015. 75. Passon & Schröer-Günther, 2011. 76. Peirson et al., 2016. 77. Piquero et al., 2010. 78. Popova et al., 2009. 79. Rammohan et al., 2011. 80. Reavley et al., 2010. 81. Riper et al., 2014. 82. Riper et al., 2009. 83. Roe & Becker 2005. 84. Salvo et al., 2012. 85. Scott-Sheldon et al., 2016. 86. Scott-Sheldon et al., 2014. 87. Skara & Sussman, 2003. 88. Smedslund et al., 2017. 89. Smedslund et al., 2011. 90. Spoth et al 2008b. 91. Spoth et al., 2008a. 92. Stead & Lancaster 2005. 93. Tait 2003. 94. Tait et al., 2013. 95. Tanner-Smith et al., 2015. 96. Thomas et al., 2013. 97. Thomas et al., 2008. 98. Thomas et al., 2013. 99. Thomas et al., 2015. 100. Van Ryzin et al., 2016. 101. Vasilaki et al., 2006. 102. Watson 2013. 103. West & O'Neal 2004. 104. Wood et al., 2014. 105. Young et al., 2014.</p>					

CAPÍTULO 3. El programa Suspertu (Fundación Proyecto Hombre Navarra)

La Fundación Proyecto Hombre Navarra es una entidad de interés social, privada, sin ánimo de lucro, constituida en 1990. Su objetivo es atender los problemas derivados del consumo de drogas, mediante programas y servicios de atención, tratamiento, prevención e investigación de la problemática de las adicciones y de sus consecuencias asociadas (Fundación Proyecto Hombre Navarra, 2020).

3.1. Historia de la Fundación Proyecto Hombre Navarra

La Fundación Proyecto Hombre Navarra (FPHN) fue constituida con el fin de atender las necesidades de las personas afectadas por las drogodependencias en Navarra, en un contexto marcadamente influenciado por la crisis de la heroína y por sus consecuencias asociadas. Promovida por Cáritas Diocesana de Pamplona y Tudela, junto con el impulso de numerosas personas voluntarias, en 1991 consiguieron abrir en Navarra un centro de Proyecto Hombre, un modelo de tratamiento ya presente en diversas provincias limítrofes, y en otras de ámbito estatal (Fundación Proyecto Hombre Navarra, 2015).

Junto con la apertura de la Comunidad Terapéutica de Estella en 1991, se inició también la atención en el centro penitenciario de Pamplona y la creación del primer grupo de voluntarios de la Fundación. En 1992 impulsados por la firma del convenio económico con el departamento de Bienestar Social del Gobierno de Navarra, se produjo la apertura de la Comunidad Terapéutica de Reinserción y la llegada de las primeras altas terapéuticas.

Tras la apertura de sendos pisos para personas sin familia, tanto para mujeres como para hombres entre 1993 y 1994, en 1996 se firma el primer convenio económico con el Departamento de Salud del Gobierno de Navarra. Así mismo se inicia un proceso de reflexión para diversificar los servicios de la Fundación que concluye con la apertura del Programa de prevención para adolescentes SUSPERTU en 1997 y la apertura del Programa ambulatorio ALDATU en 1998. Este mismo año, la Fundación participa en el Programa de Calidad para entidades no lucrativas de Euskalit (Fundación Vasca para la calidad) que desembocará dos años más tarde, en la creación del Servicio de

Investigación y Desarrollo de la entidad. Como resultados destacados de este servicio cabe reseñar:

- La realización de un convenio de colaboración con el Grupo de Investigación “Psicología Clínica y Psicopatología” de la Universidad Pública de Navarra, en el año 2000.
- La obtención del diploma de Compromiso con la calidad otorgado por la Fundación Euskalit, en 2001 y la “Q de Bronce” en la gestión del modelo EFQM otorgada por la Fundación Navarra para la Calidad, en 2003.
- La certificación “Compromiso de Calidad” otorgada por la Fundación Navarra para la Excelencia, en 2013 y la de la “Excelencia 300 +” por la Fundación Navarra para la Excelencia, en 2014.
- La concesión del reconocimiento “Gestión Avanzada de Plata” de acuerdo con el nuevo modelo de gestión avanzada en 2017.
- El Premio a la excelencia 2020 además del reconocimiento de oro en el modelo de gestión avanzada otorgado por la Fundación Navarra para la Excelencia.

Por otro lado, en el año 2007 se produjo un hito importante con la creación de la Fundación de Atención a las Adicciones de Tudela y la Ribera, en alianza con la Fundación Proyecto Hombre Navarra.

Para llevar adelante toda esta actividad, la Fundación Proyecto Hombre Navarra compuesta por 43 profesionales de diferentes ámbitos de la psicología, el trabajo social, la educación social o la medicina, cuenta en la actualidad con 3 Programas de atención directa: la comunidad terapéutica, el centro de atención ambulatoria (ALDATU) y el programa de apoyo a adolescentes y sus familias (SUSPERTU).

3.2. Programas de la Fundación Proyecto Hombre Navarra

3.2.1. Programa de Comunidad Terapéutica, “Proyecto Hombre”

El tratamiento de las drogodependencias precisa cambios importantes en el estilo de vida de los usuarios, más allá del abandono del consumo de drogas. Este hecho es aún más significativo en el caso de las personas que por las características de su adicción, de sus características personales y de su red social precisan de un tratamiento

en régimen residencial (López-Goñi. et al., 2017). Por este motivo, el tratamiento ha de orientarse necesariamente a aspectos que no sólo tienen que ver con el abandono de las sustancias. Además, debe incluir elementos como:

- 1) La mejora de la salud física y psicológica.
- 2) La adquisición de hábitos saludables y de autocuidado (en el caso de las personas con enfermedades crónicas y/o tratamientos prolongados).
- 3) La comprensión de los factores que favorecieron y/o mantienen el abuso de las drogas.
- 4) La clarificación de valores y de un proyecto personal de futuro, favoreciendo la adquisición de habilidades para la vida (habilidades sociales, de autocontrol emocional, etc.).
- 5) El desarrollo de recursos de afrontamiento de situaciones inductoras del consumo, la implicación en nuevas actividades de ocio alternativas al consumo de drogas.
- 6) Y, por último, la construcción de una nueva red social, desvinculada de personas y ambientes asociados a las drogas, la inserción laboral y la mejora de las relaciones familiares.

La Comunidad Terapéutica es un tratamiento de carácter residencial e intensivo, dirigido a personas que tienen una dependencia de las drogas que, por diversas causas (características personales, gravedad de la adicción, falta de apoyo social o escasez de recursos) no pueden seguir el tratamiento en su medio natural. Cuenta con 48 plazas, de las cuales 35 están concertadas con el Departamento de Salud del Gobierno de Navarra.

La Comunidad Terapéutica ofrece actividades terapéuticas y educativas, además de un entorno normativo y altamente estructurado que favorece el autocontrol, la asunción de responsabilidades y el desarrollo de hábitos saludables (De León, 2004).

El tratamiento en el Programa de Comunidad Terapéutica incluye por tanto intervenciones de carácter sanitario (desintoxicaciones en los casos en que sea preciso, diagnóstico, consejo y seguimiento médico, administración farmacológica, coordinación con la red de salud, educación para una vida saludable), social (programa de intervención familiar, acciones y programas para la inserción social y laboral de los adictos, gestión de ayudas sociales, apoyo en procesos judiciales y cumplimientos alternativos a la prisión) y personal (clarificación de valores y asunción de responsabilidades, atención psicológica, aprendizaje de recursos y habilidades personales).

Además de las intervenciones anteriormente citadas y propias del programa del centro residencial, resulta necesaria la coordinación con las diferentes redes generales de atención que se ocupan de problemas específicos: sistema sanitario, la red de servicios sociales y el sistema educativo. Al ser frecuente que los residentes de la Comunidad Terapéutica presenten problemáticas muy agudas, se requiere un estrecho vínculo con los servicios generales. Un vínculo que adopta la fórmula de una adecuada coordinación técnica con las redes generales, lo que a su vez implica que en la Comunidad Terapéutica existan profesionales capaces de realizar las tareas que tal coordinación exige.

Hay que destacar, no obstante, que los objetivos del tratamiento se establecen de acuerdo con las características particulares de cada usuario, asumiendo en ocasiones objetivos parciales (reducción de riesgos y/o reducción de daños), especialmente en los casos de usuarios con múltiples tratamientos anteriores, con trastornos psicológicos asociados graves o sin apoyo social (López-Goñi et al., 2014).

La Comunidad Terapéutica ofrece en la actualidad diversas modalidades de tratamiento, con periodos de estancia variables que incluyen, desde el itinerario más habitual, de aproximadamente un año de estancia, hasta modelos de tratamiento más breves (de 3 y de 6 meses), en función de las necesidades de cada usuario.

La eficacia de la comunidad terapéutica se ha evaluado en diferentes ocasiones, mostrando una eficacia razonable en la mejoría de las personas atendidas (Fernández-Montalvo et al., 2008; López-Goñi et al., 2010).

3.2.2. Centro de Atención Ambulatoria de Adicciones “ALDATU”

Es un programa de tratamiento ambulatorio cuyo objetivo es tratar los problemas derivados del consumo de alcohol y/u otras drogas. Se ofrece un tratamiento individualizado con el respaldo de un equipo multidisciplinar del ámbito de la medicina, la psicología, el trabajo social y la educación.

Se realizan entrevistas personales con una periodicidad semanal. Para la consecución de estos objetivos utiliza una metodología centrada en la atención individual con los usuarios, intervención grupal para familiares y usuarios, atención médica y atención clínica para aquellas personas que lo requieran.

El programa se dirige a personas con problemas de uso, abuso o dependencia de alcohol u otras drogas, que deseen resolverlos manteniendo sus lazos familiares y su situación sociolaboral, sin necesidad de interrumpir su vida cotidiana.

Las principales señas de identidad de Aldatu son el trabajo en equipo, la evaluación multidimensional de cada usuario y el diseño de planes de intervención flexibles e individualizados, tanto en sus objetivos como en su duración. En la actualidad cuenta con 140 plazas, 24 de ellas concertadas con el Departamento de Salud del Gobierno de Navarra.

En lo que respecta a la eficacia del programa ambulatorio, también se ha mostrado eficaz en el caso de pacientes con un perfil de consumo menos grave (Esarte, 2017; Fernández-Montalvo & López-Goñi, 2010; López-Goñi et al., 2012).

3.2.3. Programa de Apoyo a Adolescentes y sus Familias “SUSPERTU”

Es un recurso de atención a adolescentes con comportamientos de riesgo y a sus familias. Se trata de un programa de prevención indicada que comprende entrevistas individuales con los/as adolescentes, entrevistas con los padres, madres o tutores, escuela de padres y madres y actividades complementarias de ocio y de apoyo escolar, apoyadas por personal voluntario. El programa ofrece además actividades de asesoramiento y formación para profesionales y mediadores juveniles. Cuenta con 50 plazas para adolescentes, 18 de ellas convenidas con el Departamento de Salud del Gobierno de Navarra, y 50 plazas para familias. El desarrollo del programa se explicará más adelante en un capítulo específico dedicado al mismo.

3.3. Servicios de la Fundación Proyecto Hombre Navarra

Los programas de la Fundación Proyecto Hombre Navarra (2021) citados en el anterior epígrafe, requieren en muchas ocasiones del soporte de otros servicios para resolver las diferentes problemáticas de sus usuarios. Para ello dispone de 7 Servicios de intervención o de apoyo: el servicio de Acogida y Diagnóstico inicial, el de Intervención en el Centro Penitenciario de Pamplona, el servicio de Voluntariado, el de Investigación y Desarrollo, el servicio de Colaboración con Empresas, el de Apoyo Familiar y el de Inserción Sociolaboral.

3.3.1. Servicio de Acogida y Diagnóstico inicial

Este servicio representa la puerta de entrada a los programas de tratamiento y es el encargado de realizar una primera valoración del caso que permita diseñar la

modalidad de tratamiento más oportuna. Dirigido a personas que contactan por primera vez con la Fundación, la elección del itinerario más adecuado se realiza en coordinación con sus familias, si las hubiere, y con recursos sociales y sanitarios de la red. Durante el año 2021 se atendieron 226 personas en la sede de Pamplona y 207 en Tudela.

3.3.2. Servicio de intervención en el Centro Penitenciario de Pamplona

Servicio de atención individual mediante entrevistas semanales a personas reclusas con el fin de promover y facilitar el acceso a los tratamientos de la FPHN como medida alternativa al cumplimiento de medidas terapéuticas alternativas a su condena de prisión. En el último año se realizaron 23 visitas al centro penitenciario, atendiendo a 74 personas y realizando 165 entrevistas. Fruto de este trabajo 4 personas acabaron ingresando en la Comunidad Terapéutica y otra en el Programa de Atención Ambulatoria.

3.3.3. Servicio de Voluntariado

Conformado en la actualidad por 65 voluntarios, realizan dentro de la Fundación Proyecto Hombre Navarra diversas tareas que apoyan el trabajo del personal contratado, así como los procesos de cambio de los usuarios y usuarias. Entre otras destacan:

- El acompañamiento de personas residentes para la realización de gestiones fuera del centro.
- La Organización de actividades de ocio y tiempo libre.
- El apoyo escolar a los jóvenes con problemas de rendimiento.
- La compañía en situación de ingresos hospitalarios.
- La atención telefónica y otras labores de recepción.
- Ludoteca

3.3.4. Servicio de Investigación y Desarrollo

El servicio de I+D, apoya la gestión y la evaluación de los programas y facilita la investigación por parte de los trabajadores y la publicación de artículos científicos. Consecuencias directas de este compromiso de la Fundación con la investigación, la calidad y el desarrollo, en estos últimos 15 años son la publicación de:

- 42 artículos de investigación en revistas científicas de impacto.
- Cerca de 100 participaciones en congresos nacionales e internacionales.

- La realización de 5 tesis doctorales y otra en proceso.
- La presentación de 18 trabajos de fin de máster, DEA o de suficiencia investigadora.
- La organización de 7 jornadas científicas dirigidas a profesionales en colaboración junto a entidades como el Colegio de Médicos de Navarra o la Universidad Pública de Navarra.

3.3.5. El Servicio de Colaboración con Empresas

La Fundación Proyecto Hombre Navarra promueve convenios de colaboración con empresas y organizaciones para la prevención y el abordaje de trabajadores afectados por un problema de drogas. En este marco se ofrecen diversas acciones como el asesoramiento a empresas, el desarrollo de acciones de prevención y sensibilización y la formación. En 2021 se mantuvieron encuentros de información, orientación o asesoría con 16 empresas, y con diferentes entidades públicas y privadas, organizaciones empresariales y/o sindicales.

3.3.6. El Servicio de Apoyo Familiar

La intervención con familiares y personas allegadas incluye actividades de carácter individual y grupal a lo largo de todo el proceso, atendiéndoles incluso aunque no hayan logrado acercarse al tratamiento a la persona afectada. Para ello se presta apoyo y formación tanto para involucrar a los afectados en los diferentes programas o para afrontar de manera adecuada esta situación en el ámbito familiar.

Durante el año 2021 se atendieron un total de 259 familiares realizando 585 entrevistas.

3.3.7. El Servicio de Inserción Sociolaboral

Con el objetivo de facilitar la inserción sociolaboral de las personas atendidas, este programa consta de diferentes ejes de intervención, centrados fundamentalmente en el fomento de habilidades y competencias que mejoran la empleabilidad de las personas atendidas sin empleo, así como su puesta en contacto con las empresas y con los recursos sociales que fomentan el acceso al empleo de las personas en riesgo de exclusión social. Para cumplir con este objetivo ofrece cuatro tipos de acciones:

- 1) Acciones de Diagnóstico y Evaluación Competencial

- 2) Acciones de orientación laboral y acompañamiento en la búsqueda de empleo.
- 3) Acciones para la capacitación pre laboral.
- 4) Acciones de prospección e intermediación con empresas.

El programa atendió durante 2021 a 101 personas con las que realizó las siguientes actividades:

- Valoración inicial de la situación sociolaboral.
- Apoyo en la tramitación de prestaciones.
- Evaluación de la empleabilidad.
- Formación para el desarrollo de habilidades y competencias.
- Diseño de itinerario sociolaboral personalizado.

3.4. Programa Suspertu

SUSPERTU nació en 1997, como respuesta a la demanda de ayuda de numerosos padres y madres de adolescentes que acudían a Proyecto Hombre preocupados por el consumo de drogas de sus hijos/as. Se trataba sin embargo de un perfil muy diferente al atendido por Proyecto Hombre en aquel momento: eran chicos y chicas muy jóvenes, por lo general estudiantes, que convivían con su padres y madres, y que consumían alcohol, tabaco, cannabis, y en menor medida, otras drogas como el éxtasis (pastillas), el speed, y en algunos casos, la cocaína.

Por lo general, su consumo no reunía las características propias de una adicción, y precisaba una intervención de corte más preventivo (a modo de intervención temprana) que terapéutico. Además, este consumo estaba asociado a otro tipo de conductas o situaciones-problema de diferente intensidad, como la agresividad, los problemas psicológicos, el absentismo, los conflictos familiares o incluso los problemas con la justicia.

En concreto, se constató la necesidad de poner en marcha acciones dirigidas a un grupo de población caracterizada por:

- encontrarse en edad adolescente.
- aglutinar un conjunto de factores de riesgo personal y sociales asociados al consumo de drogas.

- ser consumidores experimentales, ocasionales o habituales de cannabis y/o estimulantes (especialmente en fines de semana, y asociado a la diversión y al ocio).

Con el tiempo, SUSPERTU se ha orientado a la atención de los y las adolescentes con comportamientos de riesgo y no únicamente a aquellos y aquellas que presentan los consumos de drogas.

3.4.1. *Fundamentación del Programa*

La configuración del fenómeno de las drogas presente en el marco de la Comunidad Foral de Navarra con relación a su incidencia sobre la Salud Pública, las consecuencias de la popularización de las nuevas drogas, los cambios en las pautas de consumo, y la disminución de la edad de inicio dio origen al nacimiento del Programa SUSPERTU.

Se planteó así la necesidad de dar respuesta a una demanda cada vez mayor de intervenciones con adolescentes y jóvenes, procedentes fundamentalmente de padres e instituciones (colegios, asociaciones, centros de tutela...), dirigidas a la prevención del consumo problemático de drogas y/o de comportamientos y situaciones de riesgo de consumo. Se demandaba, asimismo, una intervención dirigida a favorecer en sus educadores las competencias necesarias para un afrontamiento efectivo de las situaciones problemáticas asociadas al consumo.

Mientras el nuevo programa de la Fundación daba sus primeros pasos en nuestra Comunidad, a nivel estatal se sucedían importantes avances y aumentaba el interés por las políticas de prevención. De esta manera el informe de la Comisión Mixta Congreso-Senado para el estudio del Problema de la Droga de diciembre de 1995 señalaba que *“la prevención del consumo indebido de drogas debe ser el objetivo prioritario de la intervención pública y ha de ser una tarea del conjunto de la sociedad, de los poderes públicos, de las ONGs, de la comunidad escolar, de la familia y de los medios de comunicación”*. Por esta razón, el Plan Nacional sobre Drogas (PND) adoptó el impulso y la ordenación de las medidas preventivas como la máxima prioridad de actuación. Y para ello se elaboró, como paso previo, desde la Comisión Técnica Interautonómica el 2 de Julio de 1996 la *“Ponencia Técnica sobre Criterios Básicos de Intervención en los Programas de Prevención de las Drogodependencias”*.

El 17 de diciembre de 1999 se aprobó la primera “Estrategia Nacional sobre Drogas” que establecía como eje fundamental la prevención. “Una prevención que debe

estar basada en la educación y en la formación de actitudes y valores, dirigida especialmente a los niños y jóvenes y tener muy en cuenta los consumos recreativos de fin de semana. La prevención, igualmente, debe enmarcarse en una perspectiva amplia dentro de lo que se denomina “Educación para la Salud”. El documento aprobado establecía como ámbitos prioritarios el familiar y el escolar (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2000).

La segunda “Estrategia Nacional sobre drogas” para los años 2009-2016 asumía los importantes cambios habidos en las diferentes variables que confluyen en el fenómeno de las drogas y su entorno en los últimos años y planteaba una serie de retos como ejes de su intervención que partían de la constatación de los cambios en los perfiles de los consumidores sustancias psicoactivas, el patrón de policonsumo cada vez más generalizado, la precocidad en el inicio del uso de algunas sustancias y la relación, cada vez más estrecha, entre éste y los espacios y tiempos de ocio. Así mismo preocupaba el incremento de trastornos mentales asociados a los consumos de sustancias psicoactivas y el fenómeno de la inmigración y su impacto en la sociedad (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2009).

Frente a los planes o estrategias anteriores la nueva “Estrategia Nacional de Adicciones” 2017-2024 ha abandonado el término de “drogas” incorporando nuevas conductas adictivas sin sustancia o comportamentales. Entre ellas destacan, los juegos de apuestas tanto presenciales como online, así como los videojuegos y otras adicciones a través de las nuevas tecnologías (Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, 2017). Si bien existe una preocupación importante sobre los usos y abusos de estas nuevas tecnologías, existe hoy en día una importante controversia en la comunidad científica en relación con la consideración o no de tales usos como conductas adictivas. (Berner & Santander, 2012; Griffiths & Beranuy, 2009).

Desde un punto de vista conceptual, en los últimos años se ha impuesto una nueva terminología en materia de prevención. En ella a partir de la diferenciación entre prevención universal, selectiva e indicada (Gordon, 1983) ampliada posteriormente con la incorporación de la prevención ambiental (Haggerty & Mrazek., 1994), el Observatorio Europeo sobre Drogas, OEDT (Brotherhood y Sumnall, 2011) sugiere que en la primera, las acciones preventivas van dirigidas a los adolescentes en general (alumnos, comunidad o barrio), beneficiando a todos por igual. El objetivo de la prevención universal sería disuadir o retrasar el inicio del consumo de drogas proporcionando toda la información y habilidades necesarias. Este tipo de

intervenciones suponen que todos los miembros de la población tienen el mismo riesgo de iniciar el uso de drogas. El programa “Construyendo Salud” (Fraguela et al.,2003; Luengo et al, 2002) y sus posteriores adaptaciones realizadas por la Asociación Proyecto Hombre, “Entre todos” y “Juego de llaves” son algunas de las aportaciones de este tipo de prevención.

Siguiendo con las definiciones planteadas desde el Observatorio Europeo sobre Drogas “la prevención selectiva sirve a subpoblaciones específicas cuyo riesgo de un trastorno es significativamente mayor que el promedio, ya sea inminentemente o durante toda la vida. A menudo, esta mayor vulnerabilidad al uso de drogas proviene de la exclusión social (por ejemplo, delincuentes juveniles, abandono escolar, o alumnos con bajo rendimiento académico). Esto es, las acciones están orientadas a determinados grupos de riesgo. El proyecto piloto de prevención de drogas en centros de garantía social, Odisea (Moreno & Gamonal, 2006) es un buen ejemplo de este tipo de intervenciones.

Por último, para el OEDT la Prevención Indicada tiene por objetivo identificar e intervenir con individuos que presentan indicadores altamente correlacionados con el riesgo de desarrollar problemas relacionados con el consumo de drogas a lo largo de sus vidas (por ejemplo, problemas psicológicos, fracaso escolar o conducta antisocial), o que presentan consumos tempranos de drogas (aunque sin reunir criterios clínicos de drogodependencia). El objetivo de los programas de prevención indicada no es necesariamente prevenir el inicio del consumo de drogas, sino prevenir el desarrollo de la dependencia, disminuir la frecuencia de uso, o la progresión hacia patrones de consumo más perjudiciales.

Además, y en función del ámbito en el que se realicen las acciones de prevención, estas pueden desarrollarse en el entorno escolar, familiar, comunitario o laboral.

En virtud de estas clasificaciones el programa Suspertu realiza acciones de prevención universal y selectiva en el ámbito escolar y comunitario y de prevención indicada tanto con adolescentes como con familias.

A pesar de que en muchas ocasiones la adicción a las drogas se ha tratado como un compartimento estanco, en que la conducta de consumo era un problema específico que poco tenía que ver con otro tipo de conductas problemáticas, desde hace unos años, en el campo de la prevención, se ha pasado de hablar de prevención de drogodependencias a abordar la prevención de conductas de riesgo. Estas hacen referencia a aquellos comportamientos en los que el riesgo de tener efectos perjudiciales

como consecuencia de estos es elevado. Aquellos que ponen en peligro su salud, su integridad y su vida (Fonseca, 2010; Rosabal et al., 2015). Se tiene constancia de la relación que muchas veces existe, sobre todo en adolescentes, entre la conducta de consumir drogas y otras conductas de riesgo. En el ámbito escolar el absentismo, el bajo rendimiento, los problemas de comportamiento en el aula y la repetición de curso se relacionan con los consumos (Hernandis et al., 2002). Las conductas sexuales de riesgo también se han relacionado con los consumos de drogas en diferentes publicaciones (Folch et al., 2015; Folgar et al., 2015; Ospino & Rodríguez, 2016; Royuela et al., 2015). Además, que los consumos de drogas son un importante factor de riesgo en la prevalencia de las conductas antisociales está suficientemente documentado (Blasco et al., 2019).

A lo largo de la adolescencia, se tiende a llevar a cabo un mayor número de conductas de riesgo (Cerezo & Méndez, 2015; Fernández-Montalvo et al., 2015; Golpe et al., 2017;). Las más frecuentes en esta etapa son:

- El consumo de sustancias
- Los usos problemáticos de las redes sociales, videojuegos y el móvil.
- Los usos problemáticos o abusos del juego y las apuestas.
- Las relaciones sexuales de riesgo
- La conducción temeraria o bajo el efecto de sustancias
- Las conductas antisociales y la delincuencia

Por ello en la actualidad el programa *Suspertu*, recogiendo todas las constataciones y principios descritos inicialmente, tiene su razón de ser también en este contexto, ante la necesidad de programas de prevención selectiva e indicada que incidan en la prevención de las diferentes conductas de riesgo que presentan los adolescentes.

3.4.2. Modelos teóricos que sustentan el Programa Suspertu

La elección de un marco teórico resulta de vital importancia para el desarrollo de intervenciones efectivas basadas en la evidencia y cumple con tres objetivos fundamentales (Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías, 2020):

- Proporcionar una comprensión de las variables ambientales y/o comportamentales relacionadas con un determinado problema de salud.

- Clarificar los mecanismos potenciales para producir el resultado deseado.
- Ayudar a elegir la estrategia dirigida a la consecución de esos resultados.

La práctica de la prevención se ha sustentado tanto en modelos teóricos generales surgidos de otros campos como las ciencias del comportamiento y que explican cualquier conducta, así como en modelos específicos con base empírica que justifican diferentes intervenciones. Además, las diferentes teorías o modelos pueden explicar los comportamientos desde una perspectiva biológica, psicológica o centrada en el entorno social o contextual. Partiendo de estas consideraciones Becoña (2002) establece una clasificación que divide los modelos teóricos más relevantes en tres categorías: 1) teorías parciales o basadas en pocos componentes, 2) teorías de estadios o evolutivas y 3) teorías integrativas y comprensivas. En la siguiente tabla se muestra un resumen de esta clasificación en función del tipo de prevención y sus autores:

Tabla 26. Clasificación de los principales modelos teóricos en prevención y sus características principales

Tipo de teorías	Nombre y autores	Características Principales	
1) Teorías parciales o basadas en pocos componentes	Teorías y modelos biológicos	La adicción como un sustrato biológico consecuencia de una lesión, origen genético o alteración cerebral. La hipótesis de la automedicación.	
	Modelo de salud pública, de creencias de salud y de competencia	Modelo Salud Pública: Problemas con las drogas consecuencia recíproca del individuo, el medio biológico, social y físico y las drogas. Modelo de creencias de salud (Becker y Maiman,1975): Sus elementos fundamentales son la susceptibilidad, la severidad, los beneficios y las barreras percibidas Modelo Competencia (Costa y López, 1989): Centrado en la competencia más que en el déficit. Como objetivo la promoción de la competencia individual y comunitaria.	
	Teorías de Aprendizaje	Condicionamiento clásico (Pavlov,1968)	Estudios sobre síndrome abstinencia condicionada y tolerancia conductual
		Condicionamiento operante (Skinner, 2019)	Partiendo de que la probabilidad de una conducta depende de sus consecuencias, las drogas actúan como refuerzo.
	Teorías Actitud - Conducta	Teoría de la acción razonada (Ajzen & Fishbein,1980)	Las conductas se predicen a partir de las actitudes de la persona, las normas subjetivas y la intención.
		Teoría de la conducta planificada (Ajzen, 1991)	Asociación entre actitudes, comportamiento y 3 tipos de creencias (sobre los resultados del comportamiento, sobre la aceptabilidad social y sobre las barreras y facilitadores del comportamiento).
	Teorías psicológicas basadas en causas intrapersonales	Modelo de mejora de la estima de Kaplan et al. (1986) Teoría integrativa de la conducta desviada de Kaplan (1996)	El eje de la conducta en los adolescentes está en su aprobación y aceptación. Importancia de grupo de iguales para mantenimiento conductas desviadas.
		Modelo basado en la afectividad de Pandina et al. (1992)	Pone el foco en la relación entre el afecto negativo, un arousal elevado y la vulnerabilidad al abuso de drogas.
Teorías basadas en la familia y en el enfoque sistémico		Entendiendo la familia como un “sistema”, la conducta del consumo de drogas cumple una función dentro del sistema familiar.	
El modelo social de Peele (1985)		Los consumos de drogas como instrumento para afrontar situaciones de malestar como el estrés, ansiedad o la depresión.	
2) Teorías de estadios y evolutivas	Modelo evolutivo de Kandel (1975)	El consumo de drogas sigue un modelo secuencial que comienza con las drogas legales, después sigue con la marihuana y termina con el consumo de otras drogas ilegales.	
	Modelo de etapas motivacionales multicomponentes Werch & DiClemente (1994)	Describe un continuo de estadios desde la abstinencia hasta el consumo de drogas: precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento.	
	Modelo del proceso de reafirmación de los jóvenes de Kim et al. (1998)	Propone la promoción del desarrollo positivo de los jóvenes fomentando su participación e implicación en el ámbito público y social comunitario.	

Tipo de teorías	Nombre y autores	Características Principales
	Teoría de la madurez sobre el consumo de drogas de Labouvie (1996)	Modelo basado en la autorregulación de los consumos de drogas a partir del control personal y la eficacia del individuo.
	Teoría de la pseudomadurez o del desarrollo precoz de Newcomb (1996)	Los inicios en los consumos de drogas estarían relacionados con la asunción temprana de roles adultos y el abandono de los roles de estudiante adolescente.
	Modelo psicopatológico del desarrollo de Glantz (1992)	Modelo etiológico del consumo de drogas basado en una orientación psicopatológica del desarrollo y los antecedentes de la primera infancia.
	Modelo de enfermedad del desarrollo psicosocial de la dependencia de drogas de Chatlos (1996)	Modelo centrado en el estudio de 3 tipos de factores de riesgo y diferentes líneas temporales relacionados con los consumos de drogas: antecedentes-predisposición, concomitantes-uso de drogas y mantenimiento-sistema permitido.
	Teoría de la socialización primaria de Oetting et al. (1998)	Las conductas sociales desviadas son aprendidas. La interacción entre la persona y las fuentes de socialización primaria (familia, escuela e iguales) determinan las conductas problema.
3) Teorías integrativas y comprensivas	Teoría del aprendizaje social y teoría cognitiva social de Bandura (1969,1986)	El comportamiento se aprende a partir de la observación, imitación y modelado. Incorporación de proceso cognitivo de Autoeficacia entendida con la percepción que tiene la persona sobre su capacidad de actuar.
	Modelo del desarrollo social de Catalano, Hawkins et al. (1996)	Plantea que los procesos de desarrollo que conducen a conductas prosociales o a antisociales son similares. El peso fundamental de su modelo recae en el estudio de los factores de riesgo y de protección en las diferentes esferas que conforman la vida de las personas: individual, familiar, escolar, grupo de iguales y comunitario.
	Teoría interaccional de Thornberry (1987,1996)	Los comportamientos de riesgo consecuencia de una débil vinculación con la sociedad y de un pobre ambiente social.
	Teoría de la conducta problema de Jessor y Jessor (1977)	Los diferentes comportamientos de riesgo tienen la misma base común. Las conductas problema influenciadas por interacción personal con el entorno. Teoría basada en 3 sistemas explicativos: la personalidad, el ambiente y la conducta.
	Modelo de estilos de vida y factores de riesgo que lo condicionan de Calafat et al. (1992)	Basado en programa prevención "Tú decides" y centrado en modelo subyacente de factores de riesgo y protección.
	Teoría de la influencia triádica de Flay & Petraitis (2003)	Tres tipos de factores implicados en comportamientos de riesgo: <ul style="list-style-type: none"> • Factores culturales • Factores sociales o interpersonales • Factores intrapersonales
	El Modelo de Potenciación o Competencia, ABC de Costa y López (2006)	Los comportamientos vienen determinados por tres componentes estructurales que dan nombre al modelo: Antecedentes, Biografía y Consecuencias. El comportamiento es de naturaleza transaccional, es decir, es el resultado de la interacción (calidad, intensidad, estilo) entre la biografía y el contexto

A partir de esta extensa clasificación a continuación se desarrollan aquellos modelos o teorías más vinculados al programa Suspertu y que configuran su organización, diseño, metodología e intervenciones.

De manera introductoria resulta necesario hacer referencia a los factores de riesgo y protección, que de manera transversal impregnan estos modelos.

3.4.2.1. Los factores de riesgo y protección

El concepto de factor de riesgo tiene su origen en la epidemiología médica, aunque después se ha incorporado al campo de las ciencias sociales y de manera determinante al estudio de diferentes conductas de riesgo como los consumos de drogas y otras conductas antisociales.

Las investigaciones en el campo de las drogodependencias, las conductas adictivas y las enfermedades mentales, vienen a confirmar que existen una serie de situaciones de índole personal y social que predisponen a una persona a consumir drogas y a tener problemas con las mismas (Becoña, 2002). Por el contrario, se ha observado igualmente que hay determinadas condiciones que protegen a las personas de este tipo de situaciones, reduciendo la probabilidad de que algún día padezcan problemas por el consumo de sustancias. Estas condiciones explicarían, por ejemplo, por qué un adolescente que comienza con 12 años a fumar tabaco y tomar alcohol, llega en su vida adulta a desarrollar una toxicomanía, a diferencia de otro que, con los mismos antecedentes de consumo, deja de fumar con 25 años y mantiene una vida saludable; o por qué hay adolescentes que se sienten atraídos por el consumo, mientras que otros mantienen una absoluta indiferencia o los rechazan de pleno.

A las circunstancias personales y sociales que favorecen la aparición de las conductas de riesgo se les denomina factores de riesgo; a las que reducen la probabilidad de su aparición o desarrollo, factores de protección (Becoña, 2002). De esta manera los factores de riesgo serían aquellas situaciones personales o sociales que incrementan la probabilidad de que exista un comportamiento de riesgo o no deseable. Y los factores de protección serían aquellas situaciones que, por el contrario, apoyan o favorecen el pleno desarrollo del individuo, orientados hacia estilos de vida saludables, y que a su vez sirven como amortiguadores o moderadores de los factores de riesgo.

Tanto en el ámbito personal como en el social, se pueden encontrar una serie de situaciones que influyen en un sentido u otro en las conductas de riesgo. Estas situaciones se clasifican en diferentes ámbitos:

1. Personal: una autoestima adecuada, una buena capacidad de resolución de conflictos, las actitudes prosociales, el autocontrol o las habilidades sociales protegen.
2. Familiar: las actitudes firmes y el comportamiento de los padres respecto a las drogas, los estilos educativos que fomentan un adecuado control y manejo de las normas y la supervisión junto con la calidad de las relaciones familiares (afectividad y comunicación entre otras) disminuyen la probabilidad de los comportamientos de riesgo de sus hijos.
3. Escolar: la calidad de las relaciones con compañeros y amigos, los modelos de referencia en la escuela, la adaptación a la escuela y un buen rendimiento académico favorecen el desarrollo de los adolescentes.
4. Comunitario (barrio/municipio): la ubicación geográfica, la organización, la amplitud de los recursos existentes, el tipo de población, la accesibilidad a las drogas o las relaciones entre los vecinos pueden condicionar el inicio en los comportamientos de riesgo.
5. Social: el sistema de valores, las actitudes sociales, el impacto de los medios de comunicación unidos a la legislación y políticas concretas, tienen un peso importante en el desarrollo de los adolescentes.

Tal y como plantean Botvin y Griffin (2005) y Becoña (2002) un programa preventivo eficaz debe partir del conocimiento específico de los factores de riesgo y protección y de la adopción de un modelo teórico adecuado. En este sentido sería deseable comenzar por el estudio previo de los factores de riesgo y protección específicos para la comunidad en la que se aplica el programa (Hawkins et al., 1992) . A continuación, se citan aquellos modelos teóricos que mejor han integrado los diferentes factores de riesgo y de protección en el campo de los programas de prevención del consumo de drogas y otras conductas de riesgo y en los que se sustenta el programa de prevención de Suspertu.

3.4.2.2. Modelo de desarrollo social (Hawkins y Catalano)

Uno de los modelos teóricos que se articula en torno a los factores de riesgo y de protección es el modelo de desarrollo social creado a mediados de los 80 y que fue desarrollándose a lo largo de los siguientes años (Catalano et al., 1996; Catalano y Hawkins, 1996; Hawkins et al., 2002; Hawkins y Weis, 1985). Aúna principios de las teorías del control social, el aprendizaje social y de la asociación diferencial. Pretende explicar las conductas de riesgo o problemáticas a través de los procesos de socialización.

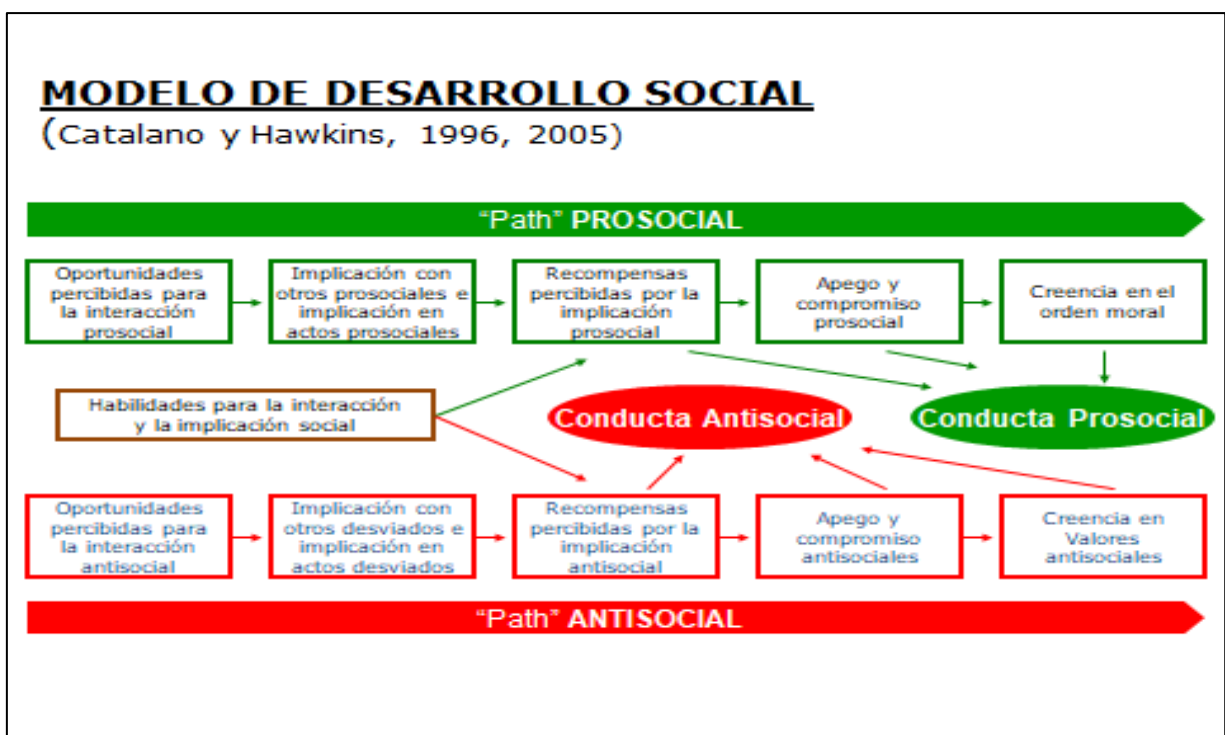


Figura 2. Modelo Desarrollo Social de Hawkins y Catalano

Para Hawkins y Catalano, tanto la conducta prosocial como la conducta problema comparten los mismos procesos de socialización. De esta manera de la vinculación con entornos antisociales surgirán las conductas problema y de la vinculación con entornos prosociales los comportamientos prosociales.

La formación de vínculos en entornos prosociales dependerá de una serie de requisitos:

- El sujeto debe percibir oportunidades para interactuar e implicarse en ese medio social.
- Debe participar en las actividades y dinámicas de ese entorno.

- El sujeto debe tener habilidades y recursos personales para desarrollar esas actividades. Entre ellas habilidades cognitivas, emocionales y conductuales.
- Debe percibir que su participación en el grupo prosocial le reporta algún tipo de recompensa.

Todos estos requisitos son comunes al nacimiento y mantenimiento tanto de las conductas problema como de las prosociales. En función de lo recompensantes que resulten las interacciones en los diferentes entornos los adolescentes se implicarán más en conductas antisociales o en prosociales.

Además de este planteamiento general, Hawkins y Catalano proponen el desarrollo de las acciones de prevención en función de las diferentes etapas de desarrollo por un lado y por otro, en función de los contextos de socialización. De esta manera las acciones deberían adaptarse a las etapas evolutivas y en sus contextos. Por ejemplo, en la etapa preescolar las intervenciones se centrarían en el contexto familiar y más adelante las acciones preventivas irían adaptándose a los entornos escolares, del grupo de iguales, personales o de competencias y comunitarios.

De acuerdo con la teoría de desarrollo social propuesta por Hawkins y Catalano, las intervenciones preventivas desarrolladas en el Programa Suspertu, se centran en los diferentes niveles o áreas que rodean a los adolescentes: el área familiar, escolar o laboral, la relacionada con el grupo de iguales y esfera comunitaria y el área personal.

3.4.2.3. Teoría de la “Conducta Problema” de Jessor y Jessor

La teoría de la “Conducta Problema” de Jessor y Jessor (1977, 1980) destaca como una de las más completas. En ella se proponen un número importante de factores pertenecientes a diferentes esferas de los contextos de socialización, entornos culturales o de personalidad (Donovan, 1996).

Una de las principales aportaciones del modelo que se ha ido desarrollando en diferentes estudios a lo largo de los últimos años (Jessor et al., 1990,1991; Jessor et al., 1995) es la definición del término “Conducta Problema”. Para Jessor (1992), las conductas problema son actividades socialmente definidas como problemáticas, que son fuente de preocupación o que se consideran indeseables por las normas convencionales. Según este modelo los diferentes comportamientos de riesgo que ocurren durante la adolescencia como el consumo de drogas, las conductas delictivas o las conductas

sexuales de riesgo responderían a iguales factores o determinantes, por lo que planteaba un abordaje unificado de estos comportamientos y no de manera individualizada.

La “Conducta Problema” tendría un componente funcional o instrumental orientado a la consecución de diferentes metas importantes para el desarrollo de los adolescentes como la aceptación del grupo de iguales.

La teoría asume que la mayor o menor probabilidad para que se manifieste una conducta problema, responderá a la interacción de tres tipos de variables (Jessor y Jessor, 1977):

- Las variables antecedentes: son variables muy relevantes que sirven para explicar los tres sistemas explicativos de la teoría: la personalidad, la conducta y el ambiente. Destacan los:
 - Factores sociodemográficos: educación y ocupación de los padres y estructura familiar.
 - Factores de socialización: clima familiar, influencia de los medios de comunicación o del grupo de iguales e ideología de los padres.
- Las variables psicosociales: el núcleo de la teoría se basa en la interacción entre los factores personales y medioambientales.
 - Sistema de personalidad:
 - Estructura motivacional: valores y creencias sobre rendimiento académico, la independencia y el afecto.
 - Estructura de creencias personales: autoestima, locus de control interno-externo, alienación e inconformismo.
 - Estructura de control personal: tolerancia a la desviación y religiosidad.
 - Sistema de ambiente percibido:
 - Estructura Distal: apoyo y control parental y del grupo de iguales, compatibilidad e influencia de los padres y amigos.
 - Estructura Próxima: modelado del grupo de iguales, conductas problema aprobadas por padres y amigos.
- Las variables de conductuales: La relación entre los factores personales y el ambiente tendrá como consecuencia un patrón de

comportamientos desviado o uno ajustado a las normas o convencional.

- Estructura de la “Conducta Problema”: consumos de drogas, conductas sexuales de riesgo, conductas antisociales o desviadas.
- Estructura de conducta convencional: Asistencia a la iglesia y rendimiento académico.

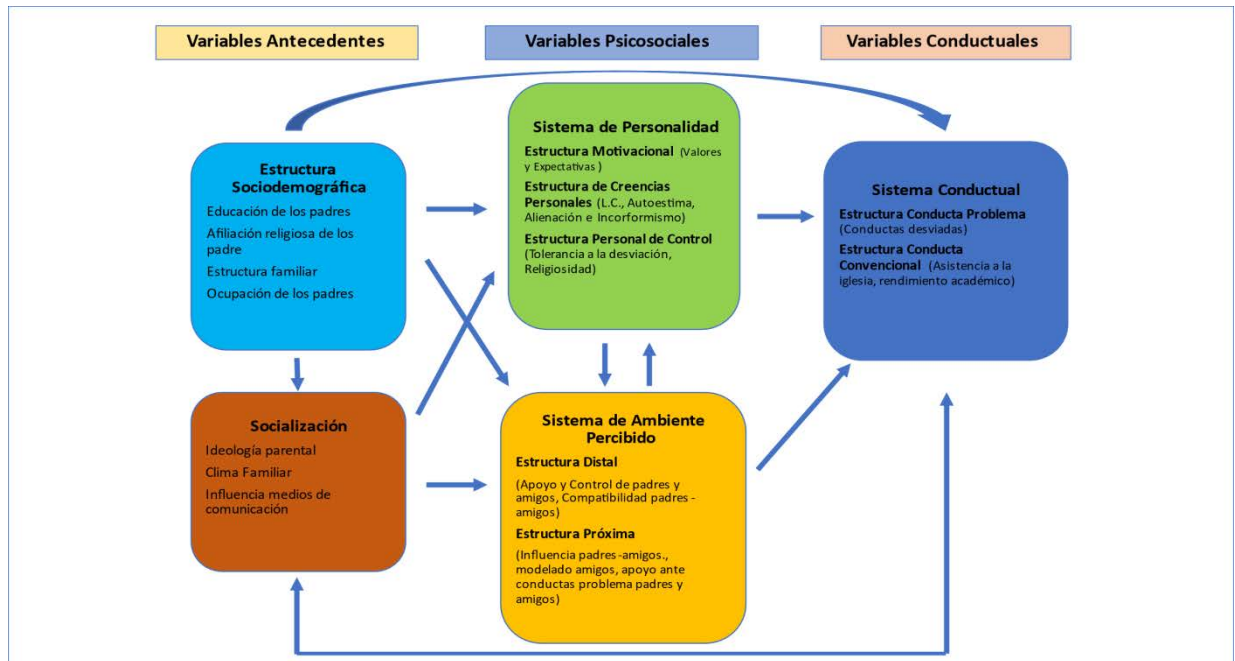


Figura 3. Teoría de la “Conducta Problema” (Jessor y Jessor, 1977, 1980)

A pesar de ser uno de los modelos que mayor rango de factores de riesgo y de protección engloba se ha planteado seguir ampliando la influencia de otros factores (Donovan, 1996). Entre ellos y tal y como se ha abordado desde el Programa de Susperu, factores relacionados con el control o la organización familiar y otros de carácter personal y asociados a los adolescentes como la impulsividad, la tolerancia a la frustración o la búsqueda de sensaciones (Malmberg et al., 2012; Woicik et al., 2009)

3.4.2.4. Aprendizaje social de Bandura

La Teoría del aprendizaje social de Bandura (1977) está basada en los principios del aprendizaje, la persona y su cognición junto a los aspectos del ambiente en que lleva

a cabo la conducta. Más conocida actualmente como Teoría cognitiva social, es una teoría comprensiva de la conducta humana que tiene en consideración, al mismo tiempo, los factores de aprendizaje (condicionamiento clásico, operante y vicario), los procesos cognitivos y la parte social en la que vive y se desarrolla la persona (Becoña, 2002).

Esta teoría (Bandura, 1977), aplicada al campo de las adicciones, parte de una serie de supuestos:

- La conducta adictiva está mediada por las cogniciones, compuestas de expectativas que son creencias sobre los efectos de la conducta de consumo.
- Estas cogniciones están acumuladas a través de la interacción social en el curso del desarrollo, por una parte, y a través de las experiencias con los efectos farmacológicos directos e interpersonales indirectos de la conducta de consumo, por el otro.
- Los determinantes principales del consumo son los significados funcionales unidos a la conducta de consumo en combinación con la eficacia esperada de conductas alternativas.
- Los hábitos de consumo se desarrollan. Cada episodio de consumo puede exacerbar posteriormente la formación del hábito por el incremento del estrés y por limitar las opciones de conductas alternativas.
- La recuperación depende del desarrollo de habilidades de afrontamiento alternativas.

Un concepto importante de esta teoría es el de autoeficacia (Bandura, 1977). Con el concepto de autoeficacia se intenta integrar el concepto de cognición dentro de la modificación de conducta de modo que sirva para guiar y predecir la conducta.

La teoría de la autoeficacia desarrollada años más tarde por Bandura (1986) tiene como núcleo central las percepciones que tienen los individuos de su capacidad de actuar. La autoeficacia percibida afecta a los propios niveles de motivación y logro del individuo a través de su capacidad para afrontar los cambios de la vida.

La autoeficacia, y más concretamente las fuentes de información de la autoeficacia, se producen a través de la experiencia directa, la experiencia vicaria, la persuasión verbal o el estado fisiológico. La evaluación inicial de esta variable y su posterior desarrollo constituyen elementos esenciales de la intervención con los adolescentes que acuden al Programa Suspertu. El refuerzo continuo de los logros

alcanzados contribuye a la mejora de la autoeficacia y la experiencia nos indica que ésta es a su vez, un buen indicador de éxito con el programa.

3.4.2.5. Análisis funcional de la conducta problema de Kantor

Como ocurre también con los adultos, la probabilidad de que los niños y jóvenes realicen o no un comportamiento, y la frecuencia con la que lo realicen, depende, sobre todo, de los resultados que obtienen (o esperan obtener) con ellos (Kantor, 1978).

La “trampa” de las drogas no está tanto en la falta de información de los adolescentes sobre los riesgos de su uso; está, sobre todo, en que las drogas les gustan, en que con ellas consiguen experiencias que valoran. La relación entre el consumo y los resultados que consiguen con él permite comprender por qué los jóvenes toman ciertas decisiones, pero también por qué tan a menudo no están motivados para hacer lo que les parecería conveniente y saludable, y algunas de las razones por las cuales son a veces tan difíciles los comportamientos preventivos (Bayés, 1979; Costa y López, 1996). El problema radica en que los comportamientos de riesgo, como puede ser el consumo de drogas, tienen resultados satisfactorios seguros (que se dan prácticamente con toda probabilidad) e inmediatos, mientras que las conductas preventivas tienen resultados positivos remotos y además probables (Bayés, 1979). Así, por ejemplo, cuando un fumador “echa mano” de su cajetilla de tabaco dispuesto a fumarse un cigarrillo, poco efecto motivador de la abstinencia tendrá el hecho de saber que el tabaco está relacionado con graves enfermedades, si con ese pitillo tiene la experiencia previa de que se relaja y disfruta.

De la misma manera, la necesidad de conseguir de manera inmediata la integración en el grupo de amigos y de no parecer un “cortado”, puede influir más hacia el consumo a un adolescente en el momento de ser presionado por sus amigos a consumir en la discoteca, que los mensajes preventivos que escuchó en la radio. Evidentemente, habrá que advertirle de las futuras desgracias posibles, pero también habrá que dotarle de recursos para conseguir refuerzos sociales (como puede ser el hecho de estar integrado en el grupo) de otra manera.

Los resultados agradables obtenidos por la realización de un determinado comportamiento pueden ser diferentes a lo largo del tiempo. Es decir, el comportamiento de consumo, por ejemplo, puede ser incentivado por reforzadores diferentes a medida que este consumo se prolonga en el tiempo. A pocos adolescentes

que se inician en el consumo de tabaco les motivará tanto a repetir la experiencia sus efectos farmacológicos, cuanto su integración en un grupo de semejantes donde los demás también lo hacen, o el estímulo de transgredir una norma o de sentirse mayor. Posteriormente, con el desarrollo del hábito de fumar, adquirirán probablemente más peso los reforzadores farmacológicos. De la misma manera, en el consumo de drogas suele ocurrir que, si bien en el inicio el consumo se mantiene por reforzadores positivos (consumir para conseguir resultados positivos), en la dependencia este consumo pasa a estar controlado por reforzadores negativos (ya no se consume tanto para estar bien, sino para dejar de estar mal).

En la Tabla 27 se ofrece un modelo de análisis funcional de la conducta de consumo de drogas, donde aparecen tanto las circunstancias predisponentes al consumo de drogas como aquellas relacionadas con las mismas de una manera más próxima. Las variables disposicionales favorecen el consumo, y las consecuencias positivas obtenidas con el mismo favorecen a su vez que éste se repita en el futuro. El consumo, a su vez, produce una serie de efectos en el entorno y en la propia persona que consume, que vuelven a funcionar como factores predisponentes (de riesgo) o, por el contrario, como resistencias (por ejemplo, una adecuada respuesta familiar ante un consumo incipiente de drogas será un factor de protección; si esta reacción es inadecuada, puede predisponer aún más al consumo). Un ejemplo claro de la aplicación de los principios de esta teoría en el Programa Suspertu, es la implementación de los planes de analíticas como herramienta de control del consumo de drogas. Planes individualizados asociados a diferentes consecuencias y refuerzos positivos, negativos o sanciones. En la medida en que las ganancias obtenidas por el cese del consumo de drogas sean mayores para el adolescente que las ganancias obtenidas por el consumo, las probabilidades de abandonar el consumo aumentarán.

Tabla 27. Análisis Funcional de la conducta de consumo de drogas

Variables del entorno		Variables del sujeto	
Físicas	<ul style="list-style-type: none"> • Vivienda • Barrio • Disponibilidad de dinero • Disponibilidad de droga 	Biológicas	<ul style="list-style-type: none"> • Aspectos médicos anteriores y actuales • Hábitos de higiene • Aspecto físico e imagen • Hábitos de salud y/o riesgo
Sociales	<ul style="list-style-type: none"> • Nivel socioeconómico • Familia de origen o adoptiva • Familia propia • Centro de convivencia • Amigos • Ocio y tiempo libre • Recursos sociales y escolares • Costumbres culturalmente aceptadas sobre el consumo de sustancias 	Sociales	<ul style="list-style-type: none"> • Situación escolar • Formación • Situación laboral • Incidencias legales
		Psicológicas (de aprendizaje)	<ul style="list-style-type: none"> • Historia de drogodependencias • Motivación • Expectativas • Autocontrol • Resolución de problemas • Área de refuerzo • Habilidades sociales • Manejo de estados emocionales • Valores



Función de estímulo	Función de respuesta	Consecuencias
<ol style="list-style-type: none"> Situaciones asociadas al consumo de drogas: lugares, amigos. Respuestas físicas asociadas al consumo: euforia, ansiedad. Respuestas cognitivas asociadas al consumo: anticipación de efectos positivos físicos y sociales (aceptación), anticipación de autoeficacia y competencia personal. 	<p>AUTOADMINISTRACIÓN DE DROGAS: cantidad, vía, frecuencia, lugar.</p> <p>Rituales de búsqueda de la droga.</p>	<ol style="list-style-type: none"> Refuerzo positivo y autorrefuerzo: sensaciones placenteras, mensajes propios de competencia, refuerzo del grupo de consumo. Refuerzo negativo: reducción de ansiedad y problemas físicos o sociales. Castigos: problemas físicos, familiares, sociales, legales, escolares.

3.4.2.6. El Modelo ABC de Costa y López (2006)

El Modelo ABC es un modelo contextual que sitúa los comportamientos de riesgo en el contexto o ámbitos donde se desarrolla la persona. Además, se trata de un modelo integral y multidimensional que participa de los modelos del análisis funcional explicando la conducta como el resultado de las circunstancias antecedentes y consecuentes. De esta manera los comportamientos vendrían determinados por tres componentes estructurales que dan nombre al modelo: los antecedentes, la biografía y las consecuencias.

1) ANTECEDENTES (A): son los responsables de generar cambios en la biografía.

2) BIOGRAFÍA (B): la biografía está compuesta por cinco elementos: percepción, pensamiento, sentimiento, acción y biología.

3) CONSECUENCIAS (C): se refieren por ejemplo a las recompensas, el reconocimiento, los castigos, los buenos resultados, o el apoyo emocional. Las consecuencias determinan la probabilidad y la frecuencia de realización de un comportamiento. Y tienen la función de otorgarle fortaleza, de reforzarlo y hacerlo significativo. Para Costa y López (2006) el comportamiento es el resultado de la interacción continua, transaccional y recíproca entre el contexto y la biografía de una persona.

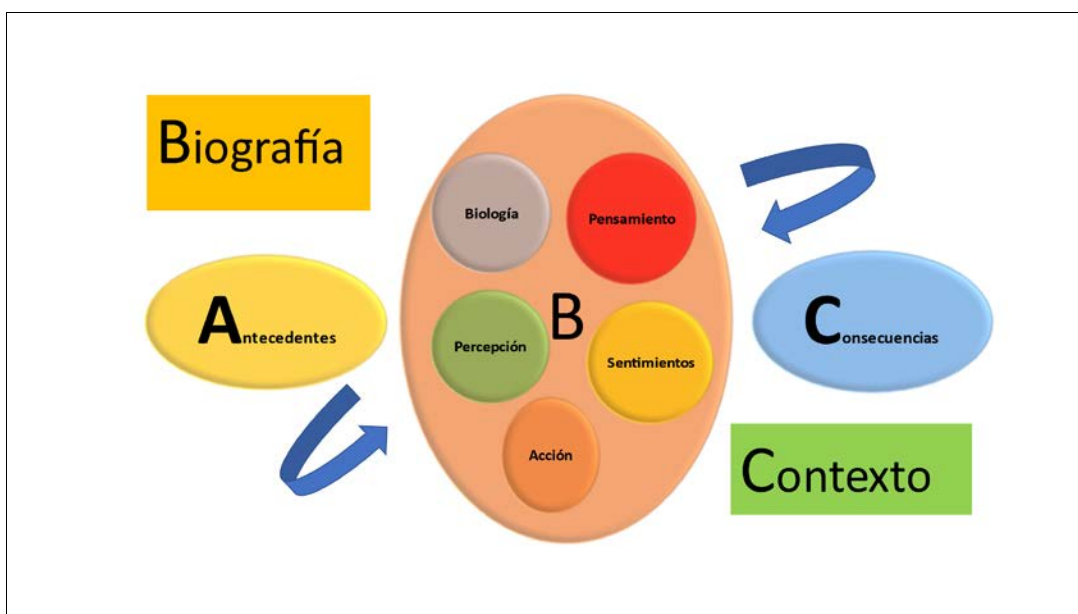


Figura 4. Modelo ABC de Costa y López

Tal y como plantean sus actores, las conductas o comportamientos son analizados desde cuatro puntos de vista o “miradas”:

- **Mirada biográfica:** desde esta perspectiva el comportamiento es definido en función de los acontecimientos biográficos que aporta cada sujeto y de la relación que establece con el entorno. En este sentido la biografía sería un elemento vivo y en continua evolución.

- **Mirada contextual:** El contexto define el comportamiento y se produce en él.

• **Mirada transaccional:** la naturaleza del comportamiento es transaccional y fruto de la interacción entre la biografía y el contexto. Esta transacción se produce en dos niveles :

1.- La biografía y sus antecedentes y consecuencias (contexto) se condicionan mutuamente.

2.- El segundo nivel de relación se produce entre los elementos que integran la biografía (percepción, acción, pensamiento, sentimientos y biología).

En ese proceso transaccional tanto la biografía como el contexto son entre ellos elementos permeables.

• **Mirada histórica:** junto al resto de elementos del modelo, cada historia biográfica con los sucesos que componen nuestra vida a lo largo del tiempo tiene un peso determinante en el comportamiento.

El modelo de Costa y López parte como estrategia de prevención de los modelos de competencia o potenciación, basados en el fortalecimiento de las capacidades y competencias de la persona.

3.4.2.7. Teoría evolutiva de Kandel

Este modelo evolutivo (Kandel, 1980; Kandel et al.,1978) propone que el consumo de drogas se produce de manera secuencial a lo largo de diferentes etapas. De esta manera a lo largo del proceso evolutivo, el consumo de ciertas drogas precedería al de otras. Las etapas propuestas por Kandel serían:

- 1.- Inicio en el consumo de bebidas de baja graduación.
- 2.- Consumo de bebidas de alta graduación y consumo de tabaco.
- 3.- Inicio del consumo de cannabis.
- 4.- Por último, consumos de otro tipo de drogas ilegales.

En la

Figura 5 se puede ver la relación entre las fuentes de influencia y diferentes etapas por las que transcurren los consumos.

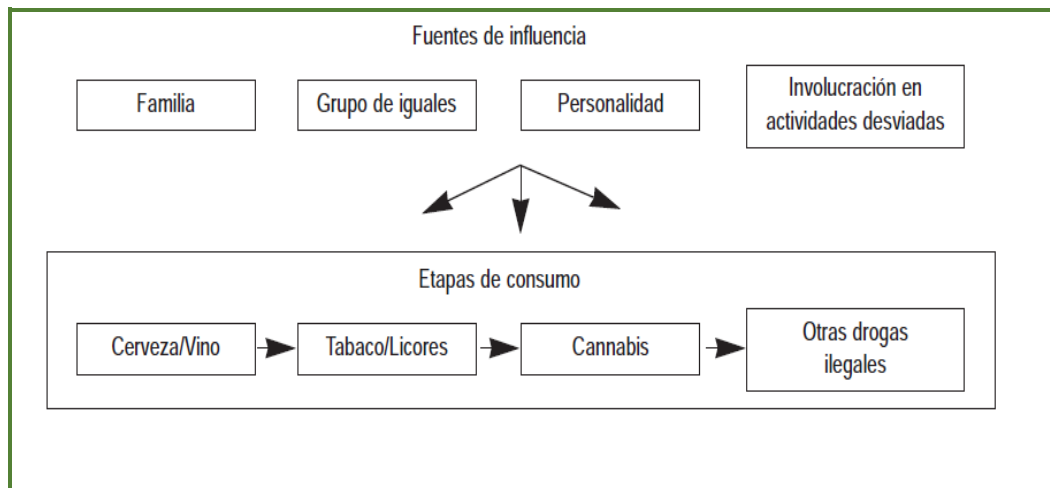


Figura 5. Etapas Modelo evolutivo de Kandel

Se trata de un modelo probabilístico que implica que cada una de estas etapas hace más probable el paso a los siguientes, aunque no implica de manera inevitable el avance. En este sentido un adolescente que hubiera consumido drogas legales tendría más posibilidades de consumir cannabis que alguien que no las hubiera probado.

Junto a la descripción de las etapas, Kandel analiza también los factores de riesgo asociados a ellas en el ámbito familiar (estilos permisivos hacia el consumo, ausencia de normas o falta de supervisión), del grupo de iguales (aceptación del grupo, o presión hacia el consumo), de personalidad (baja autoestima o impulsividad o búsqueda de sensaciones) y la implicación en actividades desviadas. Cada uno de estos factores tendrá según Kandel, diferente peso en función de las etapas de consumo. Así, en las primeras etapas de consumo serían más importantes los factores sociales (modelado padres, amigos consumidores), mientras que el consumo de drogas ilegales estaría más relacionado con determinadas características personales o psicológicas. Las actividades de prevención universal y selectiva desarrolladas por el Programa Suspertu tienen en cuenta la relación de las etapas de consumo de drogas con los diferentes ámbitos y sus factores de riesgo correspondientes. De esta manera, las intervenciones para menores de primaria van dirigidas a las familias, mientras que con los alumnos de secundaria se trabajan aspectos relacionados con sus habilidades sociales, de estrategias para el control de la presión del grupo o de toma de decisiones.

Este modelo ha sido ampliamente utilizado como base de programas de prevención y explicaría la progresión de los consumos en un rango de edad comprendida entre los 10-12 años hasta los 18-20. De él se extraen una serie de

supuestos que han sido asumidos y aplicados por el Programa Suspertu y otras muchas intervenciones preventivas, fundamentalmente dentro de la prevención universal en el ámbito escolar (Luengo et al., 1992):

- Cuanto más temprana sea la edad de inicio en el consumo más probable será el avance hacia etapas posteriores.
- Los programas preventivos deberían plantear como objetivo, el retraso de la edad de inicio en consumo como estrategia para evitar patrones de consumo problemáticos.
- La prevención del consumo de drogas legales supondría cortar la progresión hacia el consumo de otro tipo de consumos.

3.4.2.8. Conclusiones sobre modelo teórico del Programa Suspertu

A partir de los modelos teóricos descritos hasta en los apartados anteriores podríamos concluir que el consumo de drogas en la adolescencia constituye un comportamiento de riesgo que, por lo general, forma parte de un abanico más amplio de conductas o situaciones-problema entre las cuales son frecuentes el absentismo escolar, el bajo rendimiento o la conflictividad en el instituto, el desafío a las normas convencionales, los conflictos familiares, o la implicación en comportamientos delictivos o pre-delictivos. Esta constatación tiene su reflejo teórico en la teoría de la conducta problema (Jessor y Jessor, 1977) que subraya además la idea de que todas estas conductas responden a factores de riesgo comunes, en la mayoría de los casos con un fuerte componente social. Desde el Programa Suspertu entendemos por tanto que la prevención indicada con adolescentes consumidores/as de drogas debe asumir el reto de ofertar respuestas globales y no compartimentadas a este tipo de situaciones, frente a planteamientos centrados preferentemente en el consumo de sustancias.

La investigación en relación con los factores de riesgo y de protección asociados al consumo de drogas y otros comportamientos de riesgo, plantea por consiguiente la importante asociación entre las dificultades en la adolescencia y la calidad de los escenarios en los que viven los/as niños/as y los/as adolescentes. Principalmente los próximos como la familia, la escuela, el grupo de iguales o el barrio. También diferentes variables de carácter global como las costumbres sociales, la disponibilidad de drogas o su accesibilidad. Los llamados “factores individuales” como la autoestima y las

competencias personales, entre otros, mantienen una relación con estos factores del entorno, con los que interaccionan y establecen una influencia recíproca.

Las dificultades en la adolescencia y los problemas de conducta no son por consiguiente fruto de trastornos psicopatológicos que los explican por sí mismos. Tampoco son efectos de una determinada estructura o funcionamiento cerebral particular. Son más bien fruto de una biografía que llega a la adolescencia como una historia de aprendizaje inacabada a partir de múltiples experiencias, de la influencia recibida, de sus características particulares, y de los efectos obtenidos con su comportamiento en sus contextos vitales (López y Costa, 2013; 2015). Este enfoque adoptado por el Programa Suspertu, basado a su vez en referentes como la teoría del Aprendizaje Social (Bandura, 1977), nos obliga a ser especialmente cautos en el “diagnóstico”, más aún en el caso de los/as adolescentes, por su efecto generador de estigma y sobre todo por su escasa capacidad de explicar su comportamiento (más allá de explicaciones circulares), y de ofrecer alternativas para la solución de sus problemas.

El Análisis Funcional de la Conducta, desarrollado entre otros por Kantor (1978) y Bayés (1979), que establece la relación del comportamiento de cada adolescente particular con toda su historia de aprendizaje, con los escenarios en los que dicho comportamiento se manifiesta, con su sistema de recursos personales y sociales, y con los resultados obtenidos, puede resultar de gran utilidad para sentar las bases de la intervención.

Los comportamientos de riesgo suelen tener un marcado carácter funcional, suelen cumplir una función, al menos a corto plazo. Consumir drogas puede servir, por ejemplo, para ganar estatus en el grupo, vencer la timidez, olvidar los problemas o divertirse. Y estos efectos, por su inmediatez y por el valor que se les concede pueden tener un efecto mucho más influyente en algunos/as adolescentes que los mensajes de prevención que les advierten de sus riesgos. Del mismo modo, lograr que los adolescentes se impliquen en comportamientos saludables haciéndolos más accesibles y facilitándoles recursos para hacerlo, y conseguir además que obtengan resultados positivos y reconocimiento por ello, constituyen dos elementos clave de la intervención en prevención indicada.

En línea con lo expuesto en los párrafos anteriores, el Modelo de Desarrollo Social (Catalano, & Hawkins, 1996; 2002) subraya la importancia de los contextos de socialización en el desarrollo de estilos de vida saludables/prosociales, o de riesgo/antisociales. El modelo parte de que ambos tipos de conductas responden a

procesos de desarrollo prácticamente idénticos y dependen de los vínculos que se establezcan con los entornos de socialización. Cuando la persona adquiere una fuerte vinculación con ámbitos prosociales, el resultado será un comportamiento prosocial. Cuando se genera una fuerte vinculación con entornos antisociales, aparecerá un comportamiento antisocial. Algo similar ocurriría en relación con los comportamientos de salud y de riesgo.

Básicamente, el modelo pone el acento en las oportunidades de las personas para implicarse en actividades prosociales o antisociales, saludables o de riesgo, y en la calidad y cantidad de refuerzos obtenidos como consecuencia de esa implicación. Estos refuerzos se asocian así a la conducta, y este hecho redundará nuevamente en las oportunidades percibidas por las personas para implicarse en conductas similares en el futuro, y en sus expectativas correspondientes para obtener nuevos refuerzos. La percepción de que los entornos prosociales son recompensantes creará vínculos afectivos con ellos y, finalmente, se interiorizarán valores convencionales. Estos valores inhibirán, de un modo directo, la aparición de conductas de riesgo como la delincuencia o el consumo de drogas.

Uno de los elementos clave en prevención pasaría de esta manera por conseguir que los/as niños/as y adolescentes mantengan vínculos afectivos estrechos y de calidad con al menos alguna de sus “instituciones convencionales” de referencia, siendo las principales la familia, la escuela y el barrio o comunidad. Y todo ello mediante la promoción de su participación y reconocimiento por ello, la existencia de modelos positivos de referencia, la gestión adecuada de normas y límites a su conducta y la existencia de fuertes lazos afectivos. La familia representa sin duda el factor social de mayor influencia, y por este motivo, su participación en los programas de atención a adolescentes debería considerarse como una prioridad, siempre que fuera posible.

Estudios sobre resiliencia con niños y adolescentes en desventaja social (Werner, 1992,1993) vienen a demostrar que la existencia de, al menos, alguna persona adulta positiva de referencia en la vida de los/as niños/as y adolescentes, capaces de establecer fuertes lazos afectivos con ellos/as al tiempo que capaces de generarles confianza en sí mismos/as y de establecer límites claros a su conducta, constituyen condiciones vitales capaces de neutralizar la influencia de los factores de riesgo, incluso en ambientes especialmente difíciles.

En prevención indicada con adolescentes es clave la disponibilidad de personas adultas significativas capaces de acercarse a ellos/as y prestarles apoyo, lo cual exige

tiempo, recursos y oportunidades para conversar sobre sus cosas, empatizar con sus problemas y preocupaciones, clarificar sus valores u objetivos, ayudarles a pensar y a decidir en la línea de las estrategias motivacionales propuestas por William Miller y Stephen Rollnick (2012) en su modelo de entrevista motivacional y, en su caso, ofrecerles ayuda. La evidencia científica señala que las intervenciones de corte motivacional son eficaces para promover cambios, siendo un elemento de gran utilidad para mejorar la adherencia y participación, involucrando a los y las adolescentes en la puesta en marcha de acciones relacionadas con el control de consumos. La Entrevista Motivacional está más indicada cuanto menor sea la motivación para el cambio en la línea base (Becoña et al., 2008). Su utilidad parece focalizarse en la potenciación de variables de proceso (adherencia, retención, participación, satisfacción).

En este sentido, en el Programa Suspertu cobra especial importancia la familia. Existe numerosa evidencia científica que apoya la idea de la inclusión en la intervención de la familia de los y las adolescentes. Los tratamientos basados en la familia con adolescentes, comparados con aquellos que no se focalizan en la familia, muestran beneficios en la adherencia y retención, mejores resultados en la reducción de consumo y problemas de conducta, mejora de la dinámica familiar y menor adscripción a grupos de iguales consumidores (Liddle, 2004).

Girón et al. (2002) analizaron los estudios sobre abordajes basados en la intervención familiar en adolescentes consumidores de drogas en tres estudios recopilatorios de trabajos y dos metaanálisis. Como conclusiones más destacadas plantean que los abordajes basados en la familia frente a otros tipos de intervención han demostrado su eficacia, para conseguir aumentar el compromiso de los pacientes y sus familias con los programas de tratamiento, así como para aumentar la adherencia al tratamiento (incrementar la retención) y disminuir el uso de sustancias postratamiento. Así mismo esos autores concluyen que el trabajo con las familias mejora el funcionamiento familiar y facilita la normalización de los pacientes en cuanto a su incorporación social.

Como conclusión acerca de las intervenciones familiares se podría resumir que los tratamientos basados en la familia con adolescentes, comparados con aquellos que no se focalizan en la familia, muestran beneficios en la adherencia y retención, mejores resultados en la reducción de consumo y problemas de conducta, mejora de la dinámica familiar y menor adscripción a grupos de iguales consumidores (Becoña et al., 2008).

Además de los entornos sociales más próximos como la familia, la escuela o el barrio, los planteamientos más recientes en relación con la Prevención Ambiental señalan la importancia del contexto cultural, físico y económico en los que las personas toman sus decisiones en relación con sus comportamientos de riesgo. Estas decisiones están también fuertemente influenciadas por factores ambientales, como lo que se considera normal, aceptado o esperado por la comunidad, las leyes que regulan la disponibilidad y el consumo, la publicidad, la accesibilidad de drogas o la facilidad para implicarse en comportamientos saludables alternativos a los de riesgo. La prevención debería incluir también la modificación de estos condicionantes ambientales, que además de resultar eficaces reducen el gradiente social, al afectar positivamente al conjunto de los y las adolescentes, con independencia de su nivel de riesgo.

No toda la responsabilidad de la prevención debe, por tanto, ponerse en manos ni de los/as propios/as adolescentes, ni en sus familias, ni en los/as personas que trabajan con ellos/as en entornos diversos, sino que debe ser considerada una tarea a abordar por parte de la sociedad en su conjunto.

En los programas preventivos hay que favorecer la implicación de mediadores (fundamentalmente padres y educadores), de manera que se favorezca que la prevención impregne todas las áreas de la vida del adolescente (familia, escuela, ocio y entorno social), pues en todas ellas podemos encontrar situaciones favorables y/o obstaculizadoras en el logro de los objetivos de la prevención. Una de las claves del Programa Suspertu es la intervención y coordinación con los diferentes entornos que configuran la vida de los adolescentes. Además de trabajar con la familia como principal mediador y motor de cambio en sus hijos, existe una coordinación eficaz tanto con los recursos comunitarios y de ocio, así como con los tutores, orientadores y profesores de su centro escolar.

3.4.3. Descripción del programa Suspertu

3.4.3.1. Destinatarios

Los criterios para la admisión al programa Suspertu son:

- Ser adolescente con edades comprendidas entre los 14 y los 20 años (hasta 22 años, se valora la conveniencia del programa).
- Residir en la Comunidad Foral de Navarra.

- Presentar determinadas conductas de riesgo: consumos de drogas, conductas delictivas o antisociales, violencia en el ámbito familiar o problemas de comportamiento y absentismo en el centro escolar.
- Tener familiares o tutores a su cargo
- La existencia de una estructura personal o social mínima que facilite la participación en el programa.

De esta manera en Suspertu participan los padres, madres o tutores incluso de los adolescentes, en ocasiones incluso en ausencia de estos últimos.

3.4.3.2. Objetivos

A continuación, se presentan tanto el objetivo general, así como los objetivos específicos del Programa Suspertu.

3.4.3.2.1. Objetivo general

El objetivo general del programa Suspertu es prevenir el consumo problemático de drogas entre los usuarios del programa, minimizando los factores de riesgo asociados al mismo, y favoreciendo el desarrollo de factores de protección.

Se entiende por consumo problemático de drogas aquel consumo que interfiere negativamente en el desarrollo normal del adolescente, en todas o en alguna de sus áreas, o bien, aquel consumo de drogas que pone gravemente en peligro dicho desarrollo. En este sentido, la abstinencia del consumo puede ser la alternativa más deseable (riesgo cero), aunque no en todos los casos la más realista. Por ello, tanto la abstinencia del consumo como la reducción de riesgos asociados al mismo constituyen dos objetivos deseables en la prevención con adolescentes ya iniciados en el consumo.

El consumo de drogas (legales o ilegales) entre los adolescentes plantea diferentes riesgos que pueden poner en peligro su salud física, psicológica o social. Algunos de estos riesgos se derivan de los efectos farmacológicos y psicodinámicos de las propias sustancias (intoxicaciones, reacciones nerviosas adversas, dependencia física o psicológica, etc.); otros riesgos, sin embargo, tienen relación con algunos fenómenos no directamente relacionados con el consumo (absentismo y fracaso escolar, malas relaciones familiares, problemas legales derivados del consumo y/o del tráfico de sustancias ilegales). En este sentido, la prevención del consumo problemático de drogas impregna necesariamente todas y cada una de las áreas de la vida del adolescente, y es

esta la razón por la cual el programa trata de ofrecer una atención integral, acorde con el marco teórico descrito en el apartado anterior que lo sustenta.

3.4.3.2.2. Objetivos específicos

Los objetivos específicos planteados en el programa son en primer lugar, diferentes en función del ámbito y el tipo de prevención planteada: prevención universal centrada en el ámbito escolar y en diferentes entidades, asociaciones u organizaciones del ámbito social. Y en segundo lugar según se trate de los adolescentes, de sus familias y de las fases del proceso en el que se encuentren.

Los objetivos específicos que se plantea Suspertu dentro de sus intervenciones en el marco de la prevención universal en el ámbito escolar, se reflejan en la Tabla 28.

Tabla 28. Objetivos específicos en prevención universal dentro del ámbito escolar

OBJETIVO ESPECÍFICO Nivel I	OBJETIVOS ESPECÍFICOS Nivel II
Mejorar los conocimientos sobre los efectos y riesgos de las drogas	<ul style="list-style-type: none"> • Dar una información clara y precisa sobre los efectos que el alcohol y el tabaco producen en la salud. • Desterrar la imagen normalizadora del consumo de drogas. • Desmitificar tópicos y mitos relacionados con el consumo de drogas. • Conocer algunas pautas de actuación en casos de abuso de alcohol u otras sustancias. • Percepción de la incidencia del consumo de tabaco en jóvenes de su edad.
Modificar actitudes y reducir las intenciones de consumo de drogas en el futuro.	<ul style="list-style-type: none"> • Proponer razones por las que no consumir: la salud como valor. La economía como necesidad. El riesgo legal. • La libertad para decidir: qué es y qué no es. • Reforzar la atribución interna en las propias conductas, ligándola a la preocupación por la propia salud. • Reforzar la capacidad personal de decidir, desde el mensaje “que no te engañen”.
Promover la adquisición de competencias relacionadas con el consumo de drogas y conductas antisociales (habilidades de comunicación, toma de decisiones o control emocional)	<ul style="list-style-type: none"> • Diferenciar decisiones relevantes de las irrelevantes frente a la presión del grupo. • Aprender a definir los problemas de forma clara y concreta. • Aprender a generar alternativas que sean posibles soluciones realistas ante los mismos. • Aprender a establecer un plan de acción para conseguir sus objetivos. • Saber responder de forma asertiva ante situaciones de presión grupal. • Identificar y analizar las variables que influyen en la toma de decisiones, valorando las consecuencias que se derivan de cada opción

En la Tabla 29, se muestran los objetivos específicos que se plantea Suspertu dentro de su programa de prevención indicada con los adolescentes y en función de la fase de intervención en la que se encuentren.

Tabla 29. Objetivos específicos del programa de prevención indicada Suspertu con adolescentes

FASE INTERVENCIÓN	OBJETIVOS ESPECÍFICOS
Fase I: Información	<p>Motivar al adolescente para pasar a la fase de evaluación. Conseguir un compromiso de asistencia al centro. Informarle respecto a los objetivos y metodología del programa.</p>
Fase II: Evaluación inicial	<p>Evaluar la situación actual del adolescente respecto de sus factores de riesgo / protección. Realizar un informe de evaluación inicial. Establecer un Plan de Trabajo Individualizado (PTI) (objetivos). Coordinar el PTI con el Plan de Individual de la familia. Valorar la conveniencia de la participación del adolescente en el programa. Valorar la conveniencia de su participación en grupo.</p>
Fase III: Programa	<p>A. Nivel personal Mejorar la autoestima Desarrollar estrategias de afrontamiento de estados emocionales (autocontrol emocional). Aprender un procedimiento de toma de decisiones y solución de problemas (favorecer actitud crítica y pensamiento independiente) Fomentar la capacidad de autocontrol sobre su conducta. Implicarse en actividades saludables de ocio. Desarrollar habilidades sociales para mejorar la competencia social. Mejorar la relación con la familia (o núcleo de convivencia)</p> <p>B. Consumo drogas Poseer conocimientos ciertos sobre las drogas y sobre la conducta de consumo. Desarrollar una actitud crítica respecto a las drogas y su consumo. Favorecer una reducción/eliminación del consumo a partir de los criterios de la evaluación individual.</p> <p>C. Nivel social Desarrollar habilidades de afrontamiento de la presión de grupo. Favorecer la puesta en contacto con no consumidores. Favorecer la implicación de amigos consumidores en el programa.</p> <p>D. Nivel Ocupacional Favorecer la inserción escolar / laboral; conectar a los adolescentes con los recursos de formación / empleo. Mejorar el rendimiento escolar / laboral. Mejorar la actitud (motivar) hacia la escuela / trabajo.</p>

Los objetivos específicos planteados por el programa Suspertu en la intervención con las familias se enumeran en la Tabla 30.

Tabla 30. Objetivos específicos programa prevención indicada Suspertu con familias

FASE INTERVENCIÓN	OBJETIVOS ESPECÍFICOS
Fase I: Información	<ul style="list-style-type: none"> • Recoger la demanda. • Informar respecto a los objetivos y metodología del programa. • Establecer una estrategia para implicar al adolescente. Realizar una primera valoración de la adecuación de la demanda al programa.
Fase II: Evaluación inicial	<ul style="list-style-type: none"> • Efectuar una evaluación inicial de la realidad familiar. • Establecer un Plan de Trabajo Individualizado (objetivos) de la familia. • Coordinar el Plan de Trabajo de la familia con el PTI del adolescente. • Conseguir la implicación de los padres /tutores en el programa.
Fase III: Programa	<ul style="list-style-type: none"> • Ofrecer una información cierta sobre las drogas y sobre su consumo. • Desarrollar habilidades de comunicación y resolución de conflictos con los hijos. • Adquirir conocimientos y habilidades de manejo de contingencias. • Reducir los niveles de ansiedad / depresión de los padres / tutores.

3.4.3.3. Metodología

El programa de atención directa comprende dos itinerarios claramente diferenciados. Por un lado, la intervención con el adolescente. Por otro, la intervención con los padres o tutores a su cargo. Esta intervención se realiza de manera separada desde un primer momento, siendo atendidos el adolescente y sus padres/tutores por profesionales distintos, aunque debidamente coordinados entre sí. Esta forma de intervenir facilita el mantenimiento de la confidencialidad entre las dos partes, y favorece especialmente la confianza del adolescente, reservándose el responsable de su seguimiento el derecho de romperla únicamente en el caso de existir situaciones de peligro grave y/o inminente para cualquiera de las partes.

El tiempo de permanencia en el programa se establece de manera diferenciada para cada caso, si bien la estancia máxima en el mismo por parte de los adolescentes y de sus familias es de año y medio. La finalización de la estancia en el programa viene determinada por la consecución de los objetivos previstos en la evaluación inicial, o bien en el caso de existir un estancamiento en el proceso hacia la consecución de dichos objetivos.

Las diferentes intervenciones y sus consecuentes herramientas a lo largo del proceso vienen determinadas por las fases o momentos por los que atraviesan los adolescentes y sus familias en el programa. Existen tres fases claramente diferenciadas:

una primera fase de información y primer contacto. Una segunda que comprende la evaluación del caso y una última fase de intervención o desarrollo de los objetivos planteados en la fase anterior. Todas las fases discurren en paralelo tanto con los adolescentes como con sus familias. A continuación, se detalla el desarrollo de estas fases.

3.4.3.3.1. Adolescentes

- Fase de información

Entrevista individual abierta: entre una y tres entrevistas realizadas semanalmente. Es realizada por el responsable del seguimiento del adolescente.

- Fase de evaluación inicial

Entrevista individual semiestructurada: comprende entre cuatro y cinco entrevistas, con periodicidad semanal (aproximadamente mes y medio). Se trata de entrevistas semi estructuradas y de la administración de cuestionarios de evaluación. Esta fase es eminentemente evaluadora, si bien, y especialmente en la medida en que el adolescente llega al programa escasamente motivado, trata de ser acción desde un primer momento, intercalando elementos de motivación, evaluación y acción. La fase finaliza con la elaboración del informe de evaluación inicial, y el Plan de Trabajo Individualizado (PTI) con los objetivos particulares que se plantea conseguir.

- Fase de intervención

La fase de intervención se completa con el desarrollo de las sesiones individuales, los encuentros familiares entre padres, madres e hijos y la participación de los adolescentes en función de su necesidad en el aula de apoyo escolar.

- 1. Entrevistas individuales con adolescente:** encaminadas a conseguir los objetivos planteados en el PTI. Dichas entrevistas tienen, en un inicio una periodicidad semanal, si bien tienden a espaciarse en el tiempo en función de la consecución de objetivos y de la participación del adolescente en otras actividades del programa. Si la intervención lo requiere, las entrevistas pueden tener mayor frecuencia. Las entrevistas son realizadas por el responsable del seguimiento del adolescente, atendiendo en las

mismas los aspectos más particulares del caso, dejándose para la intervención en grupo los contenidos más generales.

2. **Encuentros familiares:** comprenden una entrevista con el adolescente y con sus padres/tutores. La conveniencia y el momento de la intervención son establecidos por los respectivos responsables del seguimiento del adolescente y de la familia. Los encuentros familiares se establecen fundamentalmente como procedimientos de negociación entre padres e hijos, así como para reforzar los avances en el proceso de unos u otros.
3. **Aula de apoyo escolar:** impartidas por personas voluntarias, ofertan a los adolescentes la posibilidad de recibir refuerzo en la adquisición de hábitos de estudio en las materias en las que encuentran mayores dificultades. Dichas clases son impartidas de forma individualizada, con un mínimo de una sesión semanal.

3.4.3.3.2. Familias

La metodología utilizada con los padres es la misma que ha sido planteada con los adolescentes, con la salvedad de la inclusión de la Escuela de padres y madres.

Escuela de padres y madres: una vez iniciada su participación en el programa mediante entrevistas individuales, los padres de los adolescentes participan en una Escuela de padres y madres. La escuela comprende un total de 24 sesiones de periodicidad semanal, y en ella se trata de desarrollar, con una metodología dinámica y participativa, habilidades educativas y de comunicación con hijos adolescentes, de cara a favorecer la prevención desde el ámbito familiar.

Los contenidos de la Escuela de Padres se estructuran en cuatro grandes bloques:

- Bloque I: educar en la adolescencia
- Bloque II: modificación de conducta
- Bloque III: habilidades de comunicación
- Bloque IV: estados emocionales y autoestima

La metodología dentro del grupo de padres y madres trata de combinar la exposición de contenidos teóricos con el análisis en grupo y, sobre todo, con el entrenamiento práctico de las habilidades planteadas mediante ensayos conductuales y feedback.

3.4.4. Suspertu en números: 25 años (1997-2021)

3.4.4.1. Adolescentes

El número total de adolescentes atendidos (2888) se ha mantenido relativamente constante desde el nacimiento del programa y a lo largo de los últimos 25 años. En el Gráfico 28 se presentan los datos concretos del que puede extraerse una media de atenciones en el periodo comprendido entre el año 1997 al 2021 de 115,52 adolescentes.

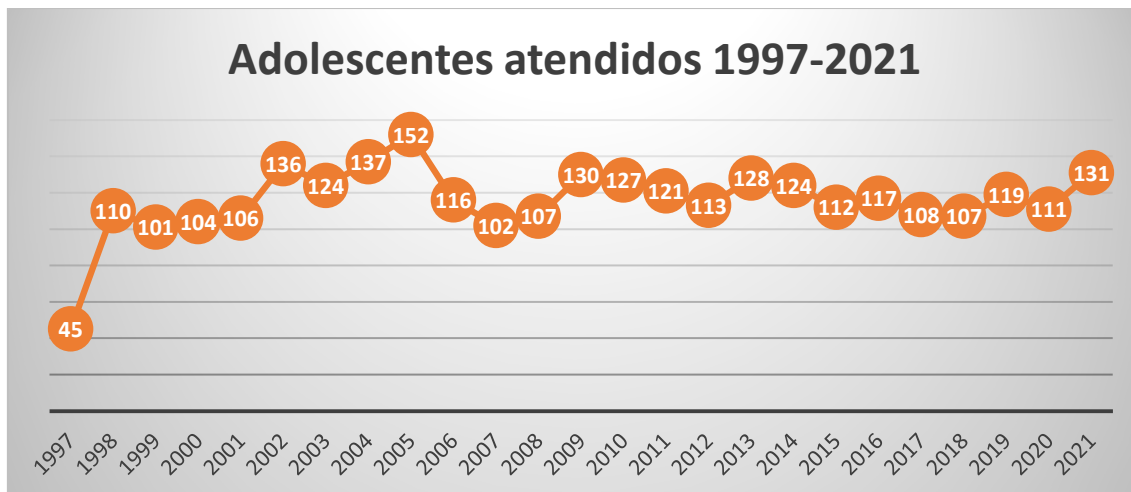


Gráfico 28. Adolescentes atendidos por año entre 1997-2021

Por sexo, el porcentaje de hombres que acude al programa es históricamente superior al de las mujeres. La presencia de hombres atendidos en el programa Suspertu triplica al de las mujeres tal y como queda reflejado en el siguiente gráfico.

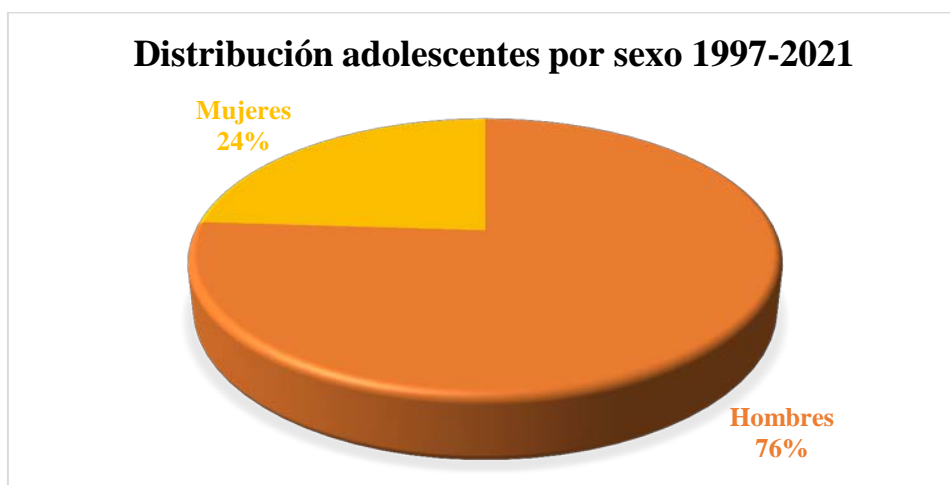


Gráfico 29. Distribución por sexo Adolescentes 25 años Suspertu

La edad media de los chicos y chicas que participaron en el programa se situó en los 16,76 años, aunque las chicas suelen iniciar el programa cerca de un año antes que los chicos. Principalmente residen en Pamplona y su cuenca.

La mayor parte de los asistentes al programa conviven junto a su familia de origen (Gráfico 30). El resto se distribuyen entre los que viven junto a alguno de sus progenitores, sea con familias reconstituidas o no y los que viven en diferentes recursos de protección de menores. Otro porcentaje importante de estos jóvenes, aunque no tan relevante como el anterior, conviven bien con el padre, bien con la madre seguido por el porcentaje de adolescentes que conviven con la familia reconstituida de uno de los progenitores. Por último, el porcentaje de jóvenes que acuden al programa procedente de Centros de menores es residual, manteniéndose constantes en la evolución del programa.

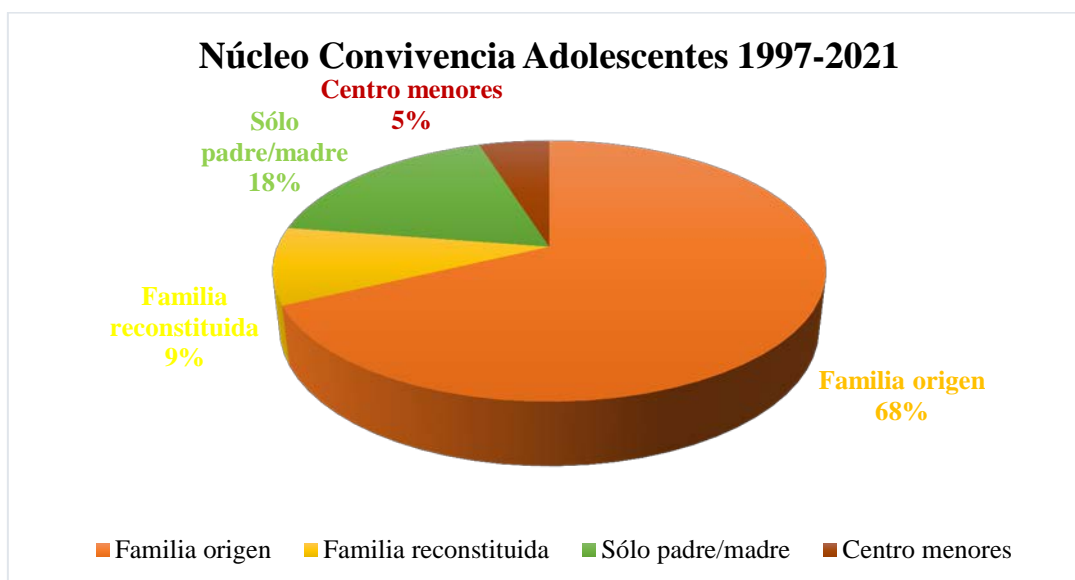


Gráfico 30. Núcleo de convivencia de los adolescentes periodo 1997-2021

Mayoritariamente aquellos que acuden al programa estudia, siendo minoritaria la proporción de los que no tienen ninguna ocupación o se encuentra incorporado al mercado laboral (Gráfico 31).

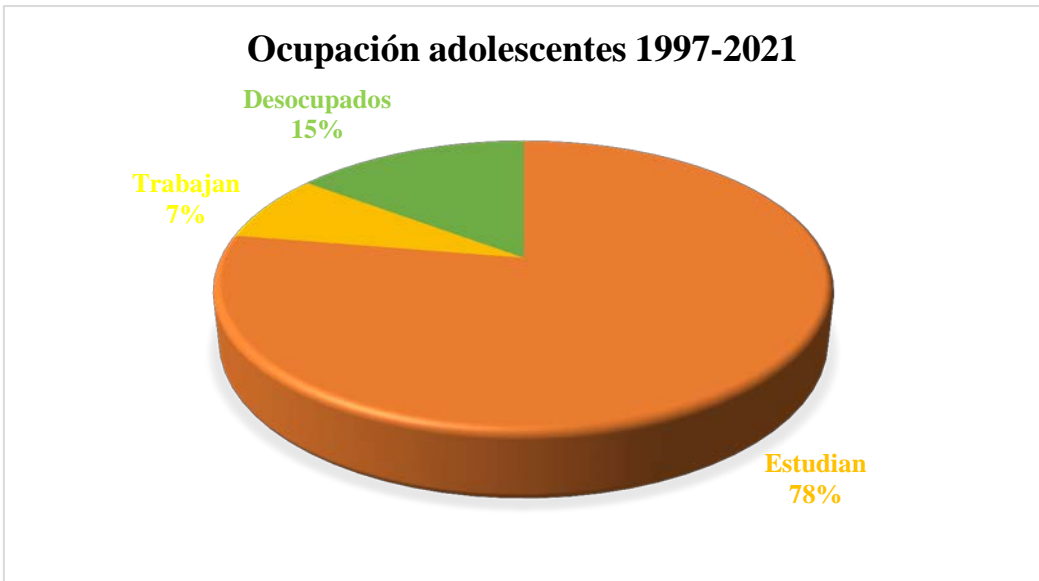


Gráfico 31. Distribución de la ocupación de los jóvenes que acuden al programa 1997-2021

El consumo de drogas, los conflictos familiares y el fracaso escolar son por este orden, los principales motivos de ingreso de los adolescentes en el Programa Susperthu (Gráfico 32). La combinación de dos de estos motivos, en concreto del consumo de drogas y del conflicto familiar, es la que explica el mayor porcentaje de las entradas. Con respecto a las situaciones de consumos de drogas, mayoritariamente el motivo de ingreso es el consumo de marihuana o cannabis siendo muy residual, la llegada de adolescentes por otro tipo de consumos. Entre un 5 y un 10% de las demandas recibidas en los últimos 5 años tienen que ver con los problemas derivados del uso de las TICs, los juegos de azar y las apuestas deportivas.



Gráfico 32. Motivo ingreso 1997-2021

Por último y una vez analizado el perfil de los adolescentes que acuden al programa, conviene apuntar el resultado con motivo de la intervención. En el Gráfico 33 se reflejan dichos resultados. El porcentaje de usuarios que terminan el programa habiendo cumplido con los objetivos planteados al inicio del mismo alcanza el 63,54% del total de intervenciones. Por el contrario, un cuarto de los adolescentes que ingresan en el programa abandona el mismo sin haberlo completado o habiendo cumplido sólo parcialmente los objetivos planteados. Finalmente, un 10% de los atendidos terminan el proceso en Suspertu, bien fruto de una derivación a otro recurso de mayor contención, servicios sociales o centros de salud mental.



Gráfico 33. Porcentaje Salidas Positivas-Negativas Adolescentes en el periodo 1997-2021

3.4.4.2. Familias

En los 25 años se atendieron en SUSPERTU 3457 familias y cerca de 5000 familiares, en su mayoría padres y madres de los adolescentes atendidos. En el Gráfico 34 se presenta la evolución de las atenciones en los diferentes años. El perfil medio responde al de una pareja con edades de 50 años (el padre) y 47 (la madre), casados, con estudios básicos o medios, trabajadores por cuenta ajena, y residentes en Pamplona.

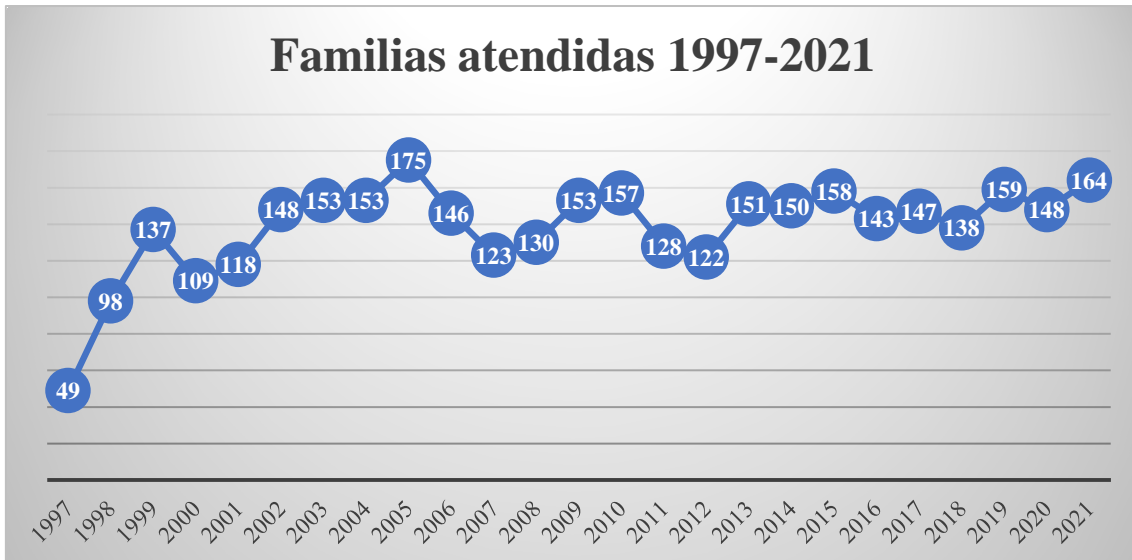


Gráfico 34. Familias atendidas por año entre 1997-2021

El porcentaje de salidas positivas es algo mayor en las familias que en los adolescentes. 3 de cada 4 familias que ingresan en el programa alcanzan los objetivos planteados a lo largo del proceso y en su mayoría se van acompañadas de mejoras significativas en sus hijos e hijas. En torno al 25% del resto, abandonan, incumplen las condiciones marcadas o no logran cumplir las metas iniciales. Estos resultados se presentan en el siguiente gráfico.



Gráfico 35. Porcentaje Salidas Positivas-Negativas Familias en el periodo 1997-2021

3.4.4.3. Prevención externa

Junto al programa de atención individual el Programa Suspertu ha impartido desde el año 2010 más de 1.500 horas de prevención en centros escolares, repartidas en cerca de 100 institutos, colegios y centros de formación Profesional de la Comunidad Foral de Navarra. En todas ellas han participado cerca de 16.000 alumnos y alumnas. Además, se han realizado charlas y talleres dirigidos a más de 2.000 familiares junto a formación específica a diferentes profesionales y mediadores del ámbito comunitario, de la salud y de lo social. En el siguiente gráfico se presenta un resumen de estas actividades.

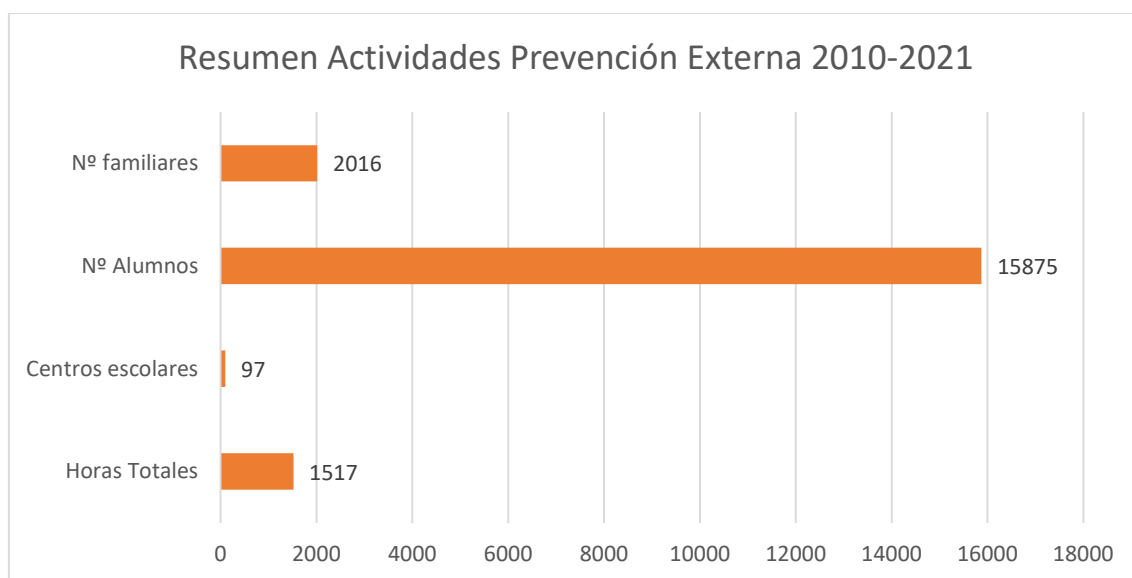


Gráfico 36. Datos Prevención Externa en el periodo 2010-2021

Conclusiones de la parte teórica

La complejidad y el carácter multifactorial implicados en el inicio, desarrollo y mantenimiento de los consumos de drogas en los y las adolescentes queda reflejado en la descripción hecha a lo largo de estos capítulos. Los datos continúan situando el comienzo de estos comportamientos de riesgo en la primera etapa de la adolescencia y a pesar de los esfuerzos realizados desde el ámbito preventivo los consumos de drogas tanto legales como ilegales se mantienen estables en los últimos 20 años. La irrupción de nuevas conductas potencialmente adictivas como el uso de los videojuegos o los juegos de azar online, así como el uso inadecuado de dispositivos móviles y las redes sociales añaden mayor dificultad a esta exigente labor.

El Programa Suspertu pretende dar respuesta a estos comportamientos de riesgo entre los y las menores dentro de la Comunidad Foral de Navarra. Desde un enfoque preventivo, educativo y con un marcado sustrato en las teorías expuestas atiende las necesidades de las familias y de sus hijos e hijas. Una intervención con una metodología clara, adecuada a la situación particular de cada adolescente y de sus familias y que atiende de manera integral a las áreas o entornos más significativos. Precisa en el planteamiento de sus fases, contenidos, desarrollo y objetivos de trabajo.

De la extensa información recabada en esta primera parte de la tesis referida a las mejores prácticas preventivas basadas en estándares de calidad reconocidos, se desprende que es muy escasa la evidencia o evaluación de programas específicos de prevención indicada a nivel internacional. La mayor parte de la evidencia tiene que ver con el análisis de programas de prevención universal en centros escolares y otras intervenciones en el ámbito comunitario. En España la mayor parte de las investigaciones tienen que ver con evaluaciones de proceso y no existe evaluación alguna que valore la eficacia de programas de prevención indicada específicos como Suspertu.

Una de las señas de identidad del programa consiste en la intervención intensa y en paralelo y por separado tanto con las familias como con sus descendientes. Tras la evaluación de los resultados de la intervención familiar del Programa Suspertu realizada en 2017 se hacía necesaria la evaluación de los resultados desde la perspectiva de los y las adolescentes que acudían al Programa. Esta nueva evaluación daría una visión más completa de la eficacia general de la intervención.

PARTE EMPÍRICA

1. Introducción

En esta segunda parte de la tesis doctoral se presentan los resultados de la evaluación de la intervención con los y las adolescentes con conductas de riesgo que acudieron al Programa Suspertu. Entre los objetivos de esta investigación destacan definir el perfil de los adolescentes que acuden a dicho programa, identificando las variables que se encuentran detrás de las conductas problemáticas de los mismos en las diferentes áreas evaluadas: ámbito escolar, personal, familiar y de consumo de drogas. Por otra parte, se pretende evaluar la efectividad del programa. Para ello, una vez finalizada la intervención, se evalúa nuevamente la situación de los adolescentes para poder conocer la evolución y el logro de los objetivos del programa. Posteriormente, a los 3 meses de la finalización, se realiza una nueva evaluación de la situación del adolescente para valorar si se mantienen los efectos de la intervención.

La muestra ha estado compuesta por 61 adolescentes que acudieron al Programa Suspertu en Pamplona, de los que 44 fueron chicos y 17 fueron chicas. Todos ellos presentaban alguna conducta de riesgo, principalmente consumos de drogas y cumplían con los criterios de admisión al programa.

La elección de variables se ha hecho por un lado a partir del análisis teórico de los factores de riesgo y de protección con mayor peso y evidencia en la literatura científica. Y por otro lado en función del diseño y la metodología propia del Programa Suspertu. De esta manera estos cuestionarios recogen información referida a 1) las variables sociodemográficas: sexo, edad, situación académica-laboral, núcleo de convivencia, problemática judicial y diagnóstico de salud mental. 2) Variables de personalidad: búsqueda de sensaciones, impulsividad, introversión, ansiedad, autoestima, autoeficacia, tolerancia a la frustración, toma de decisiones, empatía y habilidades sociales. 3) Sintomatología psicopatológica. 4) Variables del ámbito familiar: afecto y comunicación, promoción de la autonomía, control conductual y psicológico, revelación, humor, conflicto familiar, gestión de normas y supervisión, apego, refuerzo e implicación familiar. 5) Variables del ámbito escolar y de ocio: rendimiento académico, fracaso escolar, implicación, absentismo y participación en

actividades de ocio estructuradas. 6) Variables relacionadas con los consumos de drogas y otros comportamientos de riesgo: prevalencia, patrón de consumo y percepción de riesgo. 7) Nivel de problemática percibida. Toda esta información se ha recogido a partir de cuestionarios autoinformados durante las entrevistas individuales realizadas durante la intervención, así como en el posterior seguimiento por parte del personal técnico especializado del Programa Suspertu. Además, también se recoge información acerca de variables de proceso relacionadas con la evolución en el Programa y de satisfacción con la intervención recibida.

2. Objetivos e hipótesis

2.1. Objetivos

El objetivo general de esta investigación es evaluar la eficacia de la intervención realizada con los adolescentes que acuden al programa de prevención indicada Suspertu. Con el propósito de lograr este objetivo general, se plantean los siguientes objetivos específicos:

1. Determinar el perfil sociodemográfico de los adolescentes que acuden al programa de prevención indicada Suspertu.

2. Valorar el estado y/o la situación de los y las adolescentes al inicio de la intervención en los siguientes ámbitos.

2.1. Características de personalidad.

2.2. Sintomatología psicopatológica.

2.3. Ámbito familiar.

2.4. Ámbito escolar y de ocio.

2.5. Conductas de riesgo.

2.6. Nivel de problemática percibida en las diferentes áreas.

3. Valorar la evolución de los adolescentes asistentes al programa, en las áreas previamente evaluadas tanto a la finalización del programa como en un seguimiento a tres meses.

2.2. Hipótesis

A partir de los objetivos planteados en este trabajo se enumeran las correspondientes hipótesis:

1.- Determinar el perfil sociodemográfico de los adolescentes que acuden al programa de prevención indicada Suspertu.

En relación con el primer objetivo se plantea que:

1. La mayoría de los adolescentes que inicien su andadura en el Programa Suspertu serán chicos. La edad de acceso estará por debajo de los 18 años y provendrán en mayor medida de familias diferentes a las de origen. Se encontrarán cursando algún tipo de formación reglada y presentarán problemática judicial. Además, un porcentaje importante tendrá problemas de salud mental asociados.

2.- Valorar el estado y/o la situación de los y las adolescentes al inicio de la intervención en los siguientes ámbitos.

Los chicos y chicas que accedan al Programa por primera vez tendrán seriamente afectadas determinadas variables asociadas a las diferentes esferas o ámbitos que conforman sus vidas.

2.1. En el área personal, se espera que los y las adolescentes presenten un alto grado de búsqueda de sensaciones y de impulsividad, baja autoeficacia, baja autoestima, escasa tolerancia a la frustración, bajo nivel de planificación y toma de decisiones. Además, mostrarán poca capacidad empática y pocas habilidades sociales. En búsqueda de sensaciones e impulsividad se espera que los chicos presenten puntuaciones más altas. Las chicas presentarán mayor capacidad empática y mejores habilidades sociales.

2.2. El/la adolescente tipo que acceda al programa Suspertu presentará mayor sintomatología psicopatológica que los/as adolescentes de su edad, aunque, las mujeres presentarán más malestar psicológico que los chicos.

2.3. En el ámbito familiar serán significativas las situaciones de conflictividad familiar, las dificultades con la gestión de las normas y la supervisión, así como los

problemas con la comunicación. Los chicos que acudan al Programa presentarán mayor nivel de problemática en el entorno familiar que las chicas.

2.4. Atendiendo a los factores de riesgo y protección del ámbito escolar y de ocio, el rendimiento escolar de los y las adolescentes será bajo en el inicio de la intervención. Se espera un alto porcentaje de fracaso escolar entendido como la repetición de algún curso escolar. Además, presentarán un alto grado de absentismo escolar y una baja implicación. Las chicas tendrán menores índices de repetición y mejores resultados académicos. En lo relativo al ocio, la mayoría no participarán en actividades de ocio estructurado.

2.5. La mayor parte de los y las adolescentes que acudan al Programa presentarán como principal comportamiento de riesgo el consumo de drogas. Estos consumos serán mayoritariamente de cannabis y responderán a un patrón diario o habitual y con escasa percepción de riesgo. Además de los consumos existirán otros comportamientos de riesgo en una alta proporción. En líneas generales, no se espera que haya diferencias significativas entre hombres y mujeres.

2.6. El nivel de problemática percibida en el área familia será alto, y bajo en el resto de las áreas. Se espera un mayor nivel de problemática percibida en las chicas.

3.- Valorar la evolución de los adolescentes asistentes al programa, en las áreas previamente evaluadas tanto a la finalización del programa como en un seguimiento a tres meses.

Tras la finalización de la intervención la mayoría de los chicos y chicas habrán mejorado su situación personal.

3.1. En las variables de personalidad se espera que los y las adolescentes reduzcan el grado de búsqueda de sensaciones e impulsividad e incrementen el resto de las variables. La mejoría se producirá tanto en las chicas como en los chicos.

3.2 En relación con la sintomatología psicopatológica se espera una mejoría de la misma tanto a la finalización como en el seguimiento.

3.3. A la finalización del programa en el área familiar se producirán grandes cambios. Habrá aumentado la supervisión, así como el control a través de las normas,

los límites y las consecuencias. Habrá mejorado la comunicación entre la mayoría de los adolescentes y sus familias.

3.4. En lo relativo al ámbito escolar se disminuirá el absentismo escolar y mejorarán la implicación y el rendimiento escolar. En lo relativo al ocio, un porcentaje importante participará en actividades de ocio estructurado.

3.5. La mayor parte de los adolescentes que ingresen en el programa habrán abandonado el consumo de drogas y aumentado la percepción de riesgo, disminuyendo las actitudes favorables a las mismas. También se espera una disminución en el resto de los comportamientos de riesgo.

3.6. Se espera que haya una disminución significativa en la percepción de la problemática familiar, especialmente entre las chicas.

3.7. En líneas generales, se espera una mejoría mayor entre las chicas.

3.8. Entre los chicos y las chicas se encontrará una satisfacción alta con el programa.

3. Método

La presente investigación cuenta con la autorización del Comité de Ética, Experimentación animal y Bioseguridad de la Universidad Pública de Navarra (PI-003/14; véase anexo correspondiente).

3.1. Participantes

La población diana de este estudio son los/as adolescentes que acuden en busca de ayuda al Programa de prevención Suspertu de la Fundación Proyecto Hombre de Navarra con sede en Pamplona.

Los criterios de inclusión para participar en este estudio fueron: a) ingresar en el Programa Suspertu entre marzo de 2014 y junio de 2017; b) cumplimentar los instrumentos de evaluación sugeridos; y c) firmar el consentimiento informado para participar en la investigación. En dicho periodo de tiempo se produjeron 179 ingresos. De ellos 64 abandonaron antes de completar la intervención, 5 fueron expulsados por incumplimiento de las condiciones, 16 fueron derivados a otros servicios o recursos y 33 no cumplimentaron alguna de las medidas de evaluación. Por lo tanto, la muestra

final se compone de 61 adolescentes (44 chicos y 17 chicas). Todos ellos pertenecen a las Comunidad Foral de Navarra.

3.2. Diseño experimental

Se trata de un diseño de un solo grupo con medidas múltiples y repetidas de evaluación (pre, post y seguimiento).

3.3. Equipo de evaluación e intervención

La evaluación de la muestra (pre-intervención, post-intervención y seguimiento) ha sido llevada a cabo por el personal técnico especializado en prevención del Programa Suspertu. Se trata de profesionales altamente cualificados y con una larga trayectoria profesional en el ámbito de la prevención de las conductas de riesgo en la adolescencia.

3.4. Medidas de evaluación

3.4.1. Variables sociodemográficas

Las variables sociodemográficas que se han empleado se han recogido de la hoja de datos personales, que se recogen en la primera entrevista con el/la adolescente. Entre ellas se encuentran: el sexo, la edad, el núcleo de convivencia o tipo de familia, el nivel de estudios, las incidencias legales y los problemas de salud mental asociados.

3.4.2. Variables de personalidad

Para valorar las características de personalidad de los/as adolescentes, se han seleccionado variables relacionadas con la ansiedad/impulsividad, la autoeficacia, la autoestima, la planificación y toma de decisiones, la empatía, la tolerancia a la frustración y las habilidades sociales. Para ello se han utilizado los siguientes instrumentos.

Substance Use Risk Profile Scale –SURPS- (Woicik et al., 2009). La escala para el Perfil de Riesgo de Consumo de Sustancias Adictivas (SURPS) evalúa cuatro características de la personalidad en poblaciones clínicas y no clínicas. La Escala consiste de 23 preguntas agrupadas en cuatro subescalas que evalúan factores de la personalidad: (a) La Sensibilidad a la Ansiedad, motiva a algunos individuos al uso de sustancias por sus efectos reductores de ansiedad (5 ítems; rango 5-25), (b) la

Introversión/Desamparo refleja vías específicas de la depresión relacionadas con el uso de sustancias (7 ítems; rango 7-35); (c) la Búsqueda de Sensaciones, refleja la búsqueda de estimulación y peligro, lo que a su vez estimula la activación psicológica (6 ítems; rango 6-30); (d) 6a Impulsividad, se caracteriza por las señales de rápida respuesta a la recompensa potencial y la mínima tolerancia a las emociones negativas (5 ítems; rango 5-25). Para la realización de la presente tesis doctoral se hizo un estudio previo en el que se aplicó esta escala a una muestra de 1.324 adolescentes navarros obteniéndose de esta manera unos datos normativos específicos (Mendigutxia & López-Goñi, 2020).

Escala de Autoeficacia generalizada (Baessler, y Schwarzer, 1996). La escala de Autoeficacia Generalizada mide la autoeficacia que los adolescentes tienen de su propia capacidad. Aporta información sobre cómo actúa un adolescente ante una dificultad o problema. En esta investigación se utilizará la versión validada en español por Suárez et al. (2000). Es una escala unidimensional compuesta por 10 ítems que deben ser puntuados en una escala comprendida entre 1 (incorrecto) y 4 (cierto). Las puntuaciones asignadas a los ítems se suman obteniéndose puntuaciones máximas y mínimas (10-40) que luego se transforman en percentiles. El coeficiente de fiabilidad, alfa de Cronbach, para la escala fue de ,82. con un alto grado de validez en términos de validación convergente y discriminante.

Escala de Autoestima (Rosenberg, 1965). Esta escala implica la valoración que el o la adolescente va adquiriendo de su imagen particular. Se trata de una escala unidimensional que mide la autoestima global y consta de 10 ítems que deben ser puntuados entre 1 (Totalmente en desacuerdo) y 4 (Totalmente de acuerdo) que luego se transforman en percentiles. El coeficiente de fiabilidad, alfa de Cronbach, obtenido por Rosenberg fue de 0,92.

Escala evaluación de la tolerancia a la frustración, (Bar-On y Parker, 2000). La escala para la evaluación de la tolerancia a la frustración forma parte del *Emotional Quotient Inventory Youth Version (EQ-i: YV)* en su versión extensa, el cual fue desarrollado para evaluar la inteligencia socioemocional. Se trata de una reducción y adaptación al castellano de la subescala *stress tolerance* de la versión original. Mediante ella es posible medir la capacidad para resistir a sucesos adversos y situaciones estresantes, así como la capacidad para resistir o demorar un impulso. Para una muestra

total de N=2339 se obtuvo un índice alfa de Cronbach de 0,77. Consta de 8 ítems que deben ser puntuados en una escala tipo Likert de cinco puntos siguiendo una escala que va desde 1 (nunca) a 5 (siempre). Posteriormente se transforman en percentiles

Escala de evaluación de la planificación y toma de decisiones (Darden, Ginter y Gazda, 1996). La Escala para la evaluación de la Planificación y Toma de Decisiones forma parte del *Emotional* es un instrumento que hace referencia a la reducción y adaptación de una de las subescalas del *Life Skills Development Scale_Adolescent Form (LSDS-B)*. En concreto, hace referencia a la subescala denominada resolución de problemas/habilidades para la toma de decisiones de la versión original, y evalúa la percepción que los adolescentes tienen sobre su propia habilidad para planificar y tomar decisiones. Se obtuvo un índice de Cronbach de 0.89 para N=2327. Consta de 8 ítems tipo Likert en la que el sujeto debe responder indicando su grado de acuerdo con la expresión recogida en cada uno de los ítems en una escala que va desde 1 (Nada de acuerdo) a 7 (Totalmente de acuerdo). En este caso se han empleado los percentiles correspondientes.

Escala básica de empatía (Jolliffe y Farrington, 2006). La escala de Empatía es una adaptación y traducción al castellano de la Basic Scale de Jollife y Farrington (2006). Esta versión consta de nueve ítems que permiten evaluar de forma independiente la empatía afectiva y cognitiva, además de la empatía global. Se trata de una escala autocumplimentable en la que el adolescente debe responder indicando su grado de acuerdo con la expresión recogida en cada uno de los ítems en una escala que va de 1 (Totalmente en desacuerdo) a 5 (Totalmente de acuerdo). Además de una puntuación global, ofrece dos puntuaciones parciales de empatía: Empatía cognitiva y Empatía afectiva, que luego se transforman en percentiles

Escala para la evaluación de las habilidades sociales (Oliva et al., 2011). La escala para la evaluación de las habilidades sociales es un cuestionario de 12 ítems que se completa en una escala que va de 1 (Totalmente falsa) a 7 (Totalmente verdadera). Se obtiene una puntuación global en habilidades sociales, así como puntuaciones concretas de tres dimensiones diferentes: habilidades comunicativas o relacionales, asertividad y habilidades de resolución de conflictos que luego se transforman en percentiles. En lo que se refiere a la fiabilidad de la escala total, el índice de consistencia interna alfa de Cronbach es de ,69 para N = 2.368.

3.4.3. Sintomatología psicopatológica

Para valorar la sintomatología psicopatológica, se ha empleado el Listado de Síntomas (SCL-90-R) (Derogatis, 1992). Es un cuestionario autoadministrado de evaluación de sintomatología psicopatológica general. Consta de 90 ítems, con 5 alternativas de respuesta en una escala de tipo Likert, que oscilan entre 0 (nada) y 4 (mucho). El cuestionario tiene como objetivo reflejar los síntomas de malestar psicológico de un sujeto. Al haberse mostrado sensible al cambio terapéutico, se puede utilizar tanto en una única evaluación como en evaluaciones repetidas. El SCL-90-R está constituido por nueve dimensiones de síntomas primarios (somatización, obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo). Además, ofrece tres índices globales que reflejan el nivel de gravedad global del sujeto: Índice Global de Gravedad (GSI), Índice de Distrés de Síntomas Positivos (PSDI) y Total de Síntomas Positivos (PST). En este estudio se han empleado los percentiles.

3.4.4. Ámbito familiar

Para valorar el ámbito familiar se ha valorado el estilo parental y los factores de riesgo y protección. En concreto, se han empleado los siguientes instrumentos.

Escala para la evaluación del estilo parental (Oliva *et al.*, 2007). Esta escala sirve para evaluar la percepción que los y las adolescentes tienen de seis dimensiones del estilo educativo de sus padres y madres. Está compuesta por 41 ítems que deben ser puntuados en una escala comprendida entre 1 (Totalmente en desacuerdo) y 6 (Totalmente de acuerdo) y que se agrupan en las siguientes dimensiones: 1) afecto y comunicación: se refiere a la expresión de apoyo y afecto por parte de los padres, a su disponibilidad y a la fluidez de la comunicación con ellos. 2) Promoción de la autonomía. 3) Control Conductual: se refiere al establecimiento de límites y a la supervisión de los padres. 4) Control Psicológico: evalúa estrategias parentales como el chantaje emocional y la inducción a la culpa. 5) revelación: se indaga sobre la frecuencia con la que los adolescentes cuentan a sus padres asuntos personales. 6) Humor: indica en qué medida los padres muestran optimismo y buen sentido del humor.

Estas dimensiones obtienen índices de fiabilidad alfa de Cronbach que oscilan entre valores de ,82 y ,88 y se han empleado los percentiles.

Factores de riesgo-protección del ámbito familiar del *CTCYS, Communities that Care Youth Survey* (Arthur et al., 2002; Glaser, et al., 2005). Las variables comprenden, el conflicto familiar, la gestión familiar (supervisión, normas y límites), el apego, el refuerzo, la implicación y los antecedentes familiares de consumos de drogas.

3.4.5. *Ámbito escolar y de ocio*

Factores de riesgo-protección del ámbito escolar y de ocio del *CTCYS, Communities that Care Youth Survey* (Arthur et al., 2002; Glaser, et al., 2005). Las variables evaluadas en esta área son: el nivel de absentismo escolar, la repetición de curso, la implicación en el ámbito educativo, el rendimiento académico y la existencia de actividades de ocio estructuradas. La implicación o el compromiso con el centro formativo se analizó a partir de preguntas relacionadas con la importancia o utilidad de las tareas académicas, el interés del curso, la importancia del aprendizaje para su futuro, su satisfacción escolar y el grado de esfuerzo de los últimos meses.

3.4.6. *Conductas de riesgo*

Se ha explorado la presencia de las siguientes conductas de riesgo: consumo de sustancias, relaciones sexuales de riesgo y conductas antisociales mediante los correspondientes apartados del *CTCYS, Communities that Care Youth Survey* (Arthur et al., 2002; Glaser, et al., 2005). En concreto, se han recogido los consumos de drogas a lo largo de la vida, en el último mes, el patrón de consumo, la percepción del riesgo asociado al consumo, la edad de inicio y la presencia de grupo de iguales consumidores, y otros comportamientos de riesgo.

3.4.7. *Problemática percibida*

Para determinar el nivel de problemática percibido por los/as adolescentes/as se ha utilizado la Escala de Inadaptación (Echeburúa, Corral y Fernández-Montalvo, 2000). Se trata de un instrumento que refleja el grado en que la situación problemática de cada persona afecta a cinco diferentes áreas de la vida cotidiana: trabajo-estudios,

vida social, tiempo libre, relación de pareja y vida familiar. Una última escala valora la problemática general. Consta de 6 ítems, que oscilan de 0 (ausencia) a 5 (totalmente) en una escala de tipo Likert. Se ha demostrado que existe una estrecha relación entre la puntuación obtenida en esta escala y diferentes escalas de gravedad de síntomas.

3.4.7. Variables relacionadas con la evolución en el programa Suspertu

Para valorar la evolución en el programa se han empleado los datos de archivo, que incluyen el número total de sesiones concertadas, el número total a las que acudieron, la participación en el programa de analíticas y el tipo de finalización o resultado obtenido tras el proceso. Para valorar la satisfacción de los y las adolescentes una vez terminada la intervención se ha empleado el Cuestionario de Satisfacción con el Tratamiento (Larsen et al., 1979). Este cuestionario tiene 8 ítems relacionados con la calidad de la atención terapéutica, con la intensidad de la ayuda recibida y, en último término, con la satisfacción con el tratamiento. Los ítems están estructurados en una escala de tipo Likert, cinco formulados en forma positiva y tres en forma negativa para el control de la aquiescencia, cada uno con una puntuación de 0 a 3.

3.5. Procedimiento

Primeramente, se solicitaba el consentimiento informado. Tras obtenerlo, mediante tres o cuatro entrevistas se realizaba la recogida de datos inicial, en el contexto de la intervención en el programa. La información recogida estaba orientada tanto a la evaluación habitual del programa como a la presente investigación. Posteriormente, se procedía con la intervención habitual en el programa. Esta es una intervención individualizada a partir de la evaluación inicial. Una vez concluida la intervención, se procedió a evaluar de nuevo a todos los participantes para valorar la evolución. Posteriormente, a los tres meses tras la finalización se procedió a evaluar nuevamente para valorar el mantenimiento de los cambios producidos.

Paralelamente, se llevó a cabo un estudio con 1.324 adolescentes navarros que fueron evaluados con el SURPS y el CTCYS. De esta manera se obtuvieron datos de referencia de los/as adolescentes navarros/as tanto en lo relativo a variables de personalidad como de algunos comportamientos de riesgo (repetir curso, consumo de tabaco, alcohol y marihuana y relaciones sexuales sin protección. Se incluye una versión del artículo en los anexos (Mendigutxia & López-Goñi, 2020).

3.6. Análisis de datos

Para determinar las características de la muestra se ha llevado a cabo un análisis de carácter descriptivo (porcentajes, medias y desviaciones típicas). Para el tratamiento de los casos perdidos, se siguió el método pairwise deletion. Esto es, los casos a los que les faltaba algún se mantuvieron en el análisis. De esta manera se han analizado todos los casos disponibles en cada variable. Con el fin de determinar la aleatoriedad de los resultados de la muestra se realizó la prueba de rachas para todas y cada una de las variables empleadas. Dicho test se realizó en dos ocasiones, estableciendo como punto de corte la mediana y la media respectivamente. El resultado de dichas pruebas confirmó la aleatoriedad de los datos. Por ello se determinó emplear estadística paramétrica.

En las comparaciones bivariadas se ha empleado como contraste de hipótesis la χ^2 para las variables categóricas y la *t de Student* para las variables cuantitativas. En este último caso se ha realizado el contraste de Levene para comprobar la homogeneidad de las varianzas. Los contrastes se han realizado de forma bilateral.

Para el cálculo del tamaño del efecto se ha aplicado la fórmula consistente en el cociente entre la diferencia de medias (medida posterior – medida anterior) y la desviación típica de la diferencia (Cohen, 1988). Se ha calculado este parámetro en los pares de medidas siguientes: preintervención-posintervención, preintervención-seguimiento y posintervención-seguimiento. En la valoración de la magnitud del tamaño del efecto se han tenido en cuenta las recomendaciones generales de Cohen (1988), que consideran los siguientes criterios: $d = 0,20$ (efecto pequeño), $d = 0,50$ (efecto moderado) y $d = 0,80$ (efecto grande). También se ha considerado que valores en torno a 0,30 pueden ser relevantes para la práctica clínica (Borg et al.,1993).

En la valoración de la evolución intrasujetos de las variables cuantitativas a lo largo de los tres momentos evaluados se han realizado modelos lineales generales para calcular la F y las pruebas t para grupos relacionados en los momentos preintervención-posintervención, preintervención-seguimiento y posintervención-seguimiento, tras haber comprobado la homogeneidad de las varianzas. En el caso de las variables cualitativas se han realizado análisis de X^2 . En todos los casos se consideró como estadísticamente significativa una $p < 0,05$. Todos los cálculos estadísticos se realizaron con el programa SPSS (vs. 28.0).

4. Resultados

4.1. Perfil sociodemográfico de los adolescentes que acuden al programa de prevención indicada *Suspertu*

El 72,1% de los que iniciaron el Programa fueron chicos frente al 27,9% de chicas. En cuanto a la edad de inicio en el Programa, ésta es de 16,7 (*d.t.* = 2,0); la media de los chicos es de 16,5 (*d.t.* = 1,8) y de las chicas 17,24 (*d.t.* = 2,4) sin encontrarse diferencias estadísticamente significativas entre ambos ($t = 1,3$; $gl = 59$; $p = ,102$).

La mayor parte de los y las adolescentes que acceden al Programa conviven junto a sus progenitores de origen (Tabla 31). Del resto, cerca de un tercio, un 16,4% lo hacen junto a sus madres y en algún caso con sus nuevas parejas. Cerca del 15% de los chicos y chicas comparten sus vidas con ambos progenitores en régimen de custodia compartida.

Tabla 31. Núcleo de convivencia, existencia de denuncias judiciales y diagnóstico psiquiátrico

	Total (<i>N</i> = 61)		Hombre (<i>n</i> = 44)		Mujer (<i>n</i> = 17)		χ^2 (g.l.)	<i>p</i>
	<i>N</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%		
Núcleo de convivencia								
Vivo junto a mis padres y hermanos	40	65,6%	30	68,2%	10	58,8%	0,5 (1)*	,490
Mis padres están separados o divorciados	9	14,8%	7	15,9%	2	11,8%		
Vivo solo con mi madre	7	11,5%	4	9,1%	3	17,6%		
Vivo junto a mi madre y su nueva pareja	3	4,9%	1	2,3%	2	11,8%		
Vivo solo con mi padre	1	1,6%	1	2,3%	0	--		
Familia adoptiva	1	1,6%	1	2,3%	0	--		
Nivel de estudios								
ESO	28	45,9%	21	47,7%	7	41,2%	0,9 (1)**	,347
Bachiller	16	26,2%	11	25,0%	5	29,4%		
FP	10	16,4%	8	18,2%	2	11,8%		
Universitarios	7	11,5%	4	9,1%	3	17,6%		
Denuncias judiciales	20	32,8%	17	38,6%	3	17,6%	2,4 (1)	0,117
Diagnóstico psiquiátrico	19	31,1%	12	27,3%	7	41,2%	1,1 (1)	0,293

*Se ha calculado vivir junto a padres y hermanos vs. resto; ** Se ha calculado universitarios vs. resto

Todos los chicos y las chicas que participaron en la investigación se encontraban cursando estudios formativos en el momento que ingresaron en el Programa. Casi la mitad de ellos estudiaban la educación Secundaria Obligatoria (ESO). El resto cursaban

estudios de bachiller, un 16,4% realizaba grados medios o superiores de formación profesional y un porcentaje menor (11,5%) acudía a la universidad. No había diferencias significativas entre los y las adolescentes.

En cuanto a la prevalencia de denuncias judiciales y diagnósticos psiquiátricos, en ambos casos cerca de un tercio del total de las chicas y chicos que acceden al Programa presentan algún tipo de incidencia a nivel judicial y algún diagnóstico de salud mental, principalmente trastornos por déficit de atención con o sin hiperactividad. Las incidencias judiciales ocurren mayoritariamente en los adolescentes mientras que los diagnósticos psiquiátricos se dan en mayor proporción en las mujeres.

4.2. Estado y/o situación de los y las adolescentes al inicio de la intervención

4.2.1. Características de personalidad

Tras el análisis del primer bloque de variables personales relacionadas con una mayor implicación en determinados comportamientos de riesgo (introversión, búsqueda de sensaciones, ansiedad e impulsividad), las puntuaciones de la muestra total presentan valores por encima de la media en las cuatro dimensiones (Tabla 32).

Tabla 32. Perfil de la muestra en variables de personalidad al inicio (comparación hombres-mujeres)

	Total (N = 61)		Hombres (n = 44)		Mujeres (n = 17)		<i>t</i> (g.l. = 59)	<i>p</i>	<i>d</i>
	Media	D.T.	Media	D.T.	Media	D.T.			
Introversión (7-35)	18,4	5,6	17,7	5,7	20,2	4,9	-1,6	0,060	0,45
Búsqueda de sensaciones (6-30)	18,9	4,1	19,6	3,8	17,0	4,4	2,3	0,012	0,66
Ansiedad (5-25)	10,9	3,6	10,5	3,2	11,9	4,4	-1,5	0,073	0,42
Impulsividad (5-25)	12,1	3,0	12,1	2,9	12,2	3,5	-0,1	0,445	0,04

Las mayores puntuaciones al inicio de la intervención se obtienen tanto en la variable introversión como en la variable de búsqueda de sensaciones. Estos resultados se dan, aunque en diferente medida en hombres y en mujeres. Es precisamente en estas dos variables donde se aprecian las diferencias más significativas entre los chicos y las chicas. En concreto las chicas acceden al Programa con índices mayores en Introversión que implica un estado de ánimo más bajo. Por el contrario, los chicos obtienen puntuaciones significativamente más elevadas que las chicas en la búsqueda de

sensaciones indicando que los hombres tienden a buscar más sensaciones que las mujeres. En este caso, la búsqueda de sensaciones muestra la mayor diferencia con un d de 0,66, indicando un tamaño de efecto moderado. No se aprecian diferencias significativas entre chicos y chicas en las otras dos variables analizadas: ansiedad e impulsividad.

Del segundo bloque de variables de personalidad evaluadas, la muestra total de los chicos y chicas atendidos en el Programa Susperu arroja puntuaciones por debajo de la media en todas las variables salvo en la dimensión de empatía. Destacan especialmente los valores muy bajos tanto en la autoestima como en la poca tolerancia a la frustración de los y las adolescentes en el momento en el que inician la intervención. Además, se sitúan por debajo de la media en cuanto a la planificación y la toma de decisiones, la autoeficacia y el desempeño de las habilidades sociales, especialmente las referidas a la capacidad para resolver conflictos y la asertividad (Tabla 33).

Tabla 33. Perfil de la muestra en otras variables de personalidad al inicio (comparación hombres-mujeres)

	Total ($N = 61$)		Hombres ($n = 44$)		Mujeres ($n = 17$)		t ($g.l. = 59$)	p	d
	Media	D.T.	Media	D.T.	Media	D.T.			
Autoestima	38,07	30,6	39,36	31,9	34,71	27,5	0,53	0,299	0,15
Autoeficacia	45,36	30,0	45,27	29,3	45,59	32,7	0,04	0,485	0,01
Planificación y toma de decisiones	44,51	27,8	47,39	29,2	37,06	23,0	1,31	0,098	0,37
Empatía	56,69	30,7	56,89	30,7	56,18	31,7	0,08	0,468	0,02
Empatía Afectiva	52,20	30,4	51,57	30,9	53,82	30,0	0,26	0,399	0,07
Empatía Cognitiva	59,10	31,6	60,11	32,2	56,47	30,6	0,40	0,345	0,11
Tolerancia Frustración	37,87	27,2	42,61	27,0	25,59	24,2	2,27	0,014	0,65
Habilidades sociales	49,62	30,5	53,91	31,3	38,53	25,7	1,80	0,038	0,51
Comunicación y Relación	53,44	30,4	55,23	31,6	48,82	27,4	0,73	0,233	0,21
Resolución de Conflictos	46,25	25,9	48,75	25,5	39,76	26,8	1,22	0,114	0,35
Asertividad	43,52	27,0	48,98	26,8	29,41	22,5	2,66	0,005	0,76

Los chicos acceden al programa con puntuaciones bajas y por debajo de la media en autoestima, autoeficacia, planificación y toma de decisiones, tolerancia a la frustración, así como en las variables englobadas dentro de las habilidades sociales relacionada s con la resolución de conflictos y la asertividad.

Las chicas llegan con respecto a los hombres con una muy baja tolerancia a la frustración, peor desempeño de habilidades sociales especialmente en la capacidad para resolver los conflictos y en la asertividad. También presentan al inicio de la intervención menor autoestima y capacidad para la planificación y una adecuada toma de decisiones que los hombres.

Las mayores diferencias entre los chicos y chicas tras la primera de las evaluaciones se aprecian en la variable tolerancia a la frustración. Las chicas acceden al Programa con mucha menor tolerancia que los chicos. Además, los chicos presentan mejores habilidades sociales en general y en concreto y de manera significativa se comunican de manera más asertiva que las chicas.

4.2.2. Sintomatología psicopatológica

Tal y como se recoge en la tabla más adelante, los y las adolescentes acuden al programa con puntuaciones elevadas en malestar psicológico. Salvo en las escalas de ansiedad fóbica y en el Índice de Distrés de Síntomas Positivos (PSDI), los resultados arrojan valores por encima del percentil 60 en el resto de las variables (somatización, obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ideación paranoide, psicoticismo, índice total de gravedad y total sintomatología positiva). En 3 de estas últimas variables, además, las puntuaciones superan el percentil 70 (obsesión, hostilidad e índice total de sintomatología positiva).

Tabla 34. Perfil de la muestra en sintomatología psicopatológica al inicio (comparación hombres-mujeres)

	Total (N = 61)		Hombres (n = 44)		Mujeres (n = 17)		<i>t</i> (g.l. = 59)	<i>p</i>	<i>d</i>
	Media	D.T.	Media	D.T.	Media	D.T.			
Somatización	60,43	26,4	59,66	26,5	62,41	26,7	0,36	,359	0,10
Obsesión	71,23	24,7	71,45	23,5	70,65	28,6	0,11	,455	0,03
Sensibilidad Interpersonal	64,93	30,1	61,70	30,1	73,29	29,4	1,36	,090	0,39
Depresión	61,15	32,3	58,52	30,5	67,94	36,5	1,02	,155	0,29
Ansiedad	62,31	29,1	61,14	28,4	65,35	31,6	0,50	,308	0,14
Hostilidad	77,05	22,9	75,55	22,4	80,94	24,6	0,82	,208	0,23
Ansiedad Fóbica	42,15	38,9	38,61	38,9	51,29	38,8	1,14	,129	0,33
Ideación Paranoide	66,64	30,9	66,25	30,5	67,65	32,8	0,16	,438	0,04
Psicoticismo	62,03	34,8	58,77	34,9	70,47	34	1,18	,121	0,34
GSI	69,67	27,4	68,09	26,3	73,76	30,5	0,72	,236	0,21

PST	76,3	25,4	75,95	24,1	77,18	29,2	0,17	,434	0,05
PSDI	43,25	27,4	39,70	25,6	53,47	29,2	1,81	,038	0,52

A su llegada a Susperu el malestar de los adolescentes es elevado, situándose por encima del percentil medio en todas las dimensiones salvo en Ansiedad Fóbica y en el Índice de Distrés de Síntomas Positivos. Especialmente significativos al inicio son los altos índices en hostilidad, obsesión y el total de sintomatología positiva.

Las chicas llegan a Susperu con una sintomatología elevada. Todas las dimensiones evaluadas se encuentran por encima media. Especialmente elevadas son las variables de hostilidad, obsesión, sensibilidad, psicoticismo y los Índices Global de Gravedad (GSI) y el Total de Sintomatología Positiva (PST), todas ellas superando el percentil 70.

4.2.3. *Ámbito familiar*

Sobre el total de la muestra evaluada al principio de la intervención y tal y como se recoge en la Tabla 35, salvo en su percepción sobre el control conductual por parte de sus progenitores, el resto de los factores dentro del entorno familiar se ven sensiblemente afectados. Los chicos y chicas evaluados acuden al Programa con la relación familiar deteriorada con escaso afecto y poca o mala comunicación. Se quejan de poca promoción de la autonomía o paso de responsabilidades inadecuado para su edad. Destacan la utilización por parte de sus padres y madres de estrategias manipuladoras como la culpa y el chantaje emocional. En todos los casos plantean un clima familiar poco confortable y escasa revelación sobre aspectos que incumben a sus vidas.

Tabla 35. Perfil de la muestra en el estilo parental al inicio (comparación hombres-mujeres)

	Total (n = 61)		Hombres (n = 44)		Mujeres (n = 17)		<i>t</i> (g.l. = 59)	<i>p</i>	<i>d</i>
	Media	D.T.	Media	D.T.	Media	D.T.			
Afecto y Comunicación	32,33	25,0	37,43	25,1	19,12	20,0	2,69	,005	0,77
Promoción Autonomía	38,93	28,9	41,93	29,6	31,18	26,5	1,31	,098	0,37
Control Conductual	54,54	30,4	58,80	29,2	43,53	31,7	1,79	,039	0,51
Control Psicológico	65,64	28,4	62,82	29,1	72,94	25,9	1,25	,108	0,36
Revelación	33,31	25,4	35,84	25,6	26,76	24,3	1,26	,107	0,36
Humor	30,85	26,1	32,93	28,0	25,59	20,4	0,98	,166	0,28

En todas estas variables analizadas las chicas obtienen medias más bajas que los hombres. Además, en la dimensión negativa del control psicológico obtienen puntuaciones superiores. Las mayores diferencias se encuentran y de manera significativa tanto en el afecto y la comunicación como en su percepción del control conductual que ejercen sus progenitores.

El conflicto familiar es reconocido por los y las adolescentes como uno de los principales factores de riesgo a su llegada al Programa (Tabla 36). Un tercio de los y las encuestadas manifiestan tener o haber tenido algún familiar con problemas graves relacionado con los consumos de drogas. Sin embargo, también reconocen bastantes componentes protectores en este ámbito. De hecho, la primera evaluación recoge puntuaciones que superan la media en 4 de las variables estudiadas: apego, refuerzo, implicación y gestión familiar.

Tabla 36. Perfil de la muestra al inicio en factores de riesgo y de protección en el ámbito familiar (comparación hombres-mujeres)

	Total (n = 61)		Hombres (n = 44)		Mujeres (n = 17)		<i>t</i> (g.l. = 59)	<i>p</i>	<i>d</i>
	Media	D.T.	Media	D.T.	Media	D.T.			
Factores de riesgo									
Conflicto familiar (0-6)	2,57	1,6	2,43	1,4	2,94	1,9	1,11	,135	0,32
Mala gestión familiar (0-16)	4,54	2,7	4,59	2,7	4,41	2,8	0,23	,409	0,07
	<i>N</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	χ^2 (g.l. = 1)	<i>p</i>	<i>phi</i>
Antecedentes familiares de consumos	20	32,8%	14	31,8%	6	35,0%	0,10	,795	0,03
Factores de protección									
Apego (0-8)	4,98	2,1	5,36	2	4,00	1,8	2,41	0,01	0,69
Refuerzo (0-10)	5,18	2,3	5,66	2,3	3,94	1,9	2,72	,004	0,78
Implicación (0-8)	5,11	1,9	5,11	2	5,12	1,7	0,01	,497	0,00
Buena Gestión familiar (0-16)	11,46	2,7	11,41	2,7	11,59	2,8	0,23	,409	0,07

Los chicos perciben el entorno familiar como más protector, con diferencias significativas con respecto a las chicas tanto en su relación de apego con sus padres y madres como en la medida en la que se sienten reforzados ante conductas adecuadas. En estas dos dimensiones las chicas obtienen puntuaciones por debajo de la media, no encontrándose diferencias con los chicos ni en la implicación ni en su percepción de la gestión familiar.

4.2.4. *Ámbito escolar y de ocio*

El escolar y el ocio son entornos relevantes en el desarrollo de la adolescencia. El análisis de diferentes situaciones dentro de este ámbito entre los chicos y chicas que ingresan en el Programa Suspertu ofrece resultados preocupantes. Cerca del 62% de la muestra total habían repetido algún curso al comienzo de la intervención. Estos porcentajes son mayores entre los chicos que entre las chicas. Casi siete de cada diez chicos habían repetido alguna vez frente a casi la mitad de las chicas (Tabla 7). Además, casi un tercio (27,9%) de los y las participantes en este estudio manifiestan haber tenido malos resultados en el último trimestre, siendo algo peor el rendimiento entre los hombres. En comparación con el resto de sus compañeros de aula, más de la mitad reconocen peores resultados. En este sentido las chicas reconocen peores resultados que los chicos con respecto al resto de compañeros de clase.

Otro dato preocupante que se extrae del análisis de este ámbito es un porcentaje alto de abandono de las actividades estructuradas de ocio. Alrededor del 64% de todos los participantes en la investigación ya no practican ninguna actividad fuera del entorno académico. Sólo algo menos de un tercio de los chicos siguen practicando alguna actividad frente a cerca del 60% de las chicas que sí la practican.

Otra dimensión explorada hace referencia al nivel de implicación o motivación con el aprendizaje en el centro escolar. Mayoritariamente entienden que lo que aprenden no es importante y que lo que estudian es poco interesante por lo que pasar tiempo en el centro escolar no les gusta. Tienen una percepción mayor de lo que representan sus resultados, aunque parecen entender la utilidad y la importancia de lo aprendido para su futuro. No se encuentran diferencias cuanto a la implicación escolar entre chicos y chicas.

Relacionada con la falta de motivación e implicación explicada en el párrafo anterior se observan situaciones repetidas y elevadas de absentismo. De manera equitativa entre los chicos y las chicas, exactamente un tercio de los que acuden al servicio reconocen no haber acudido al centro escolar sin motivo justificado una media de entre 1 y 5 días en las últimas cuatro semanas.

Tabla 37 Perfil de la muestra al inicio en el ámbito escolar y de ocio (comparación hombres-mujeres)

	Total (N = 61)		Hombre (n = 44)		Mujer (n = 17)		χ^2 (g.l.)	p	
	N	%	n	%	n	%			
Repetición de curso	38	62,3%	30	68,2%	8	47,1%	2,3 (1)	,127	
Rendimiento académico									
Mayoría de suspensos en el último trimestre	17	27,9%	15	34,1%	2	11,8%	3,0 (1)	,081	
Peores notas que el resto de compañeros/as	33	54,1%	22	50,0%	11	64,7%	3,2 (2)	,202	
Sin actividades de ocio estructuradas	39	63,9%	32	72,7%	7	41,2%	5,3 (1)	,021	
¿Has dejado de ir a clase porque no tenías ganas en el último mes? (Sí)	20	33,3%	14	32,6%	6	35,3%	0,1 (1)	,839	
Implicación en el ámbito educativo									
	M	D.T.	M	D.T.	M	D.T.	t (g.l. = 59)	p	d
Con qué frecuencia sientes que las tareas escolares son útiles e importantes (0-4) *	2,10	1,12	2,11	1,04	2,06	1,34	0,2	,433	0,05
Cómo de interesantes te parecen los cursos (0-4) **	2,39	1,20	2,5	1,15	2,12	1,32	1,1	,134	0,32
Cómo de importante crees que será lo que aprendes en el Centro Educativo para tu futuro (0-4) ***	1,34	1,01	1,34	0,99	1,35	1,11	0,0	,484	0,01
Con qué frecuencia te gustó estar en el Centro Educativo (0-4) ****	1,85	1,18	1,95	1,16	1,59	1,23	1,1	,141	0,31
Con qué frecuencia te esforzaste por hacer tu trabajo lo mejor posible (0-4)*	1,84	1,02	1,93	0,97	1,59	1,12	1,2	,121	0,34

* Las puntuaciones comprenden valores entre nunca = 0 y casi siempre=4; ** Las puntuaciones comprenden valores entre muy aburridos=0 y muy interesantes=4; *** Las puntuaciones comprenden valores entre no tan importante=0 y muy importante=4

4.2.5. Consumos de drogas y otras conductas de riesgo

La gran mayoría de los chicos y chicas que acuden al Programa Suspertu a partir de la demanda de sus progenitores, presentan diferentes comportamientos de riesgo. En concreto, principalmente por problemas derivados de los consumos de drogas. Para el estudio de los consumos y su prevalencia se cuestionó a los y las participantes en dos momentos diferentes: a lo largo de su vida y en los últimos 30 días. Junto a la prevalencia se obtienen también resultados acerca de los patrones de consumo en cada una de las distintas sustancias. El patrón entre los que manifiestan haber consumido determinadas drogas a lo largo de su vida esta categorizado en cuatro niveles: 1) Patrón esporádico que supone un consumo de entre una y once veces al año (menos de una vez al mes). 2) Habitual que comprende entre 1 y 2 fines de semana al mes. 3) Continuo si se presentan consumos casi todos los fines de semana y 4) Diario cuando el consumo se

produce durante más de cuatro días a la semana. Para el estudio del patrón de consumo en el último mes se describen únicamente tres de estos niveles: habitual, continuo y diario.

Tal y como se recoge en la Tabla 38, la inmensa mayoría de los chicos y chicas que accedieron al Programa Suspertu (90%) reconocen haber fumado alguna vez. Con respecto al tabaco el patrón más generalizado es el de consumo diario siendo este algo mayor entre las chicas. Tres de cuatro de las adolescentes manifiestan fumar diariamente. Con respecto al alcohol se dan porcentajes similares. El 92% bebió alcohol en alguna ocasión sin grandes diferencias entre las chicas y los chicos. El consumo de alcohol respondió mayoritariamente a un patrón habitual y centrado en los fines de semana.

Tras los consumos de las drogas legales (tabaco y alcohol) la marihuana destaca como la droga ilegal más consumida por los chicos y chicas que inician la intervención. El 86,7% manifiesta haberla fumado en alguna ocasión. Del total de la muestra destaca el patrón de consumo diario como mayoritario en algún momento de su vida. No se aprecian diferencias significativas entre los y las adolescentes.

El resto de las drogas ilegales sobre las que se consulta a los participantes en Suspertu, son mucho menos consumidas que las tres anteriores. El 75% de los encuestados nunca ha consumido ni cocaína, ni complejos anfetamínicos, ni heroína. Y de los que las consumieron alguna vez en su vida un 15% lo hizo de manera esporádica. Al igual que con el resto de las sustancias no se encontraron diferencias entre los y las adolescentes. Los consumos de alucinógenos resultan todavía más residuales, con cerca del 90% de los y las participantes en el estudio que nunca lo hizo.

Tabla 38. Perfil de la muestra al inicio en consumo de sustancias a lo largo de la vida (comparación hombres-mujeres)

Tabaco	Total (N = 60)		Hombre (n = 44)		Mujer (n = 16)		χ^2 (g.l. = 1)	p
	N	%	n	%	n	%		
Nunca	6	10,00%	6	13,60%	0	--	0,7*	,409
Esporádico	5	8,30%	2	4,50%	3	18,80%		
Habitual	4	6,70%	4	9,10%	0	--		
Continuo	5	8,30%	4	9,10%	1	6,30%		
Diario	40	66,70%	28	63,60%	12	75,00%		
Alcohol								
Nunca	5	8,30%	3	6,80%	2	12,50%	0,4*	,543
Esporádico	12	20,00%	10	22,70%	2	12,50%		
Habitual	27	45,00%	19	43,20%	8	50,00%		
Continuo	15	25,00%	11	25,00%	4	25,00%		
Diario	1	1,70%	1	2,30%	0	--		
Marihuana								
Nunca	8	13,30%	6	13,60%	2	12,50%	0,3*	,582
Esporádico	6	10,00%	2	4,50%	4	25,00%		
Habitual	13	21,70%	11	25,00%	2	12,50%		
Continuo	7	11,70%	5	11,40%	2	12,50%		
Diario	26	43,30%	20	45,50%	6	37,50%		
Cocaína, anfetamina o heroína								
Nunca	45	75,00%	33	75,00%	12	75,00%	0,4*	,543
Esporádico	9	15,00%	6	13,60%	3	18,80%		
Habitual	3	5,00%	3	6,80%	0	--		
Continuo	2	3,30%	1	2,30%	1	6,30%		
Diario	1	1,70%	1	2,30%	0	--		
LSD o alucinógenos								
Nunca	53	88,30%	37	84,10%	16	100,00%	2,9**	,090
Esporádico	4	6,70%	4	9,10%	0	--		
Habitual	3	5,00%	3	6,80%	0	--		

*Continuo/diario vs. resto; ** Nunca vs. resto

Centrados en el último mes y justo antes del comienzo de la andadura de los chicos y chicas en el Programa Suspertu, los consumos de drogas son similares en prevalencia y patrón con respecto a los consumos a lo largo de la vida (Tabla 39). En concreto el 70% fuma tabaco diariamente con mayor cantidad de cigarrillos consumidos por las chicas. El 70% también manifiesta haber bebido alcohol en el último mes y aproximadamente entre uno y dos fines de semana.

En los consumos de marihuana se aprecian diferencias entre las respuestas referidas a alguna vez en la vida y las de los últimos 30 días. Más del 40% no refiere consumos de cannabis al comenzar al Programa. Se observan diferencias cercanas a los 20 puntos porcentuales entre las chicas que no han fumado en el último mes y los chicos. Con respecto a aquellos y aquellas que si fumaron marihuana los patrones de consumo se reparten de manera similar entre el habitual, continuo y diario, no encontrándose diferencias significativas entre hombres y mujeres.

El consumo del resto de drogas ilegales es todavía menor que en la franja a lo largo de la vida y con porcentajes que apenas alcanzan el 4 y el 8%.

Tabla 39. Perfil de la muestra al inicio en consumo de sustancias en los últimos 30 días (comparación hombres-mujeres)

	Total (N = 61)		Hombre (n = 44)		Mujer (n = 16)		χ^2 (g.l.)	p
	N	%	n	%	n	%		
Tabaco								
Nunca	18	30,0%	14	31,8%	4	25,0%	2,9 (1)*	,085
De 1 a 5 cigarrillos al día	19	31,7%	16	36,4%	3	18,8%		
Alrededor de 1/2 paquete al día	17	28,3%	10	22,7%	7	43,8%		
Alrededor de 1 paquete al día	6	10,0%	4	9,1%	2	12,5%		
Alcohol								
Nunca	17	28,3%	13	29,5%	4	25,0%	0,8 (1)**	,382
Habitual	29	48,3%	22	50,0%	7	43,8%		
Continuo	13	21,7%	8	18,2%	5	31,3%		
Diario	1	1,7%	1	2,3%	0	--		
Marihuana								
Nunca	25	41,7%	16	36,4%	9	56,3%	1,9 (1)***	,167
Habitual	11	18,3%	8	18,2%	3	18,8%		
Continuo	11	18,3%	9	20,5%	2	12,5%		
Diario	13	21,7%	11	25,0%	2	12,5%		
Cocaína, anfetamina o heroína								
Nunca	55	91,7%	40	90,9%	15	93,8%	0,1 (1)***	,725
Esporádico	4	6,7%	3	6,8%	1	6,3%		
Continuo	1	1,7%	1	2,3%	0	--		
LSD o alucinógenos								
Nunca	58	96,7%	42	95,5%	16	100%	0,7 (1)	,386
Habitual	2	3,3%	2	4,5%	0	--		

*Alrededor de 1/2 paquete o un paquete vs. resto; **Continuo/diario vs. resto; ***Nunca vs. resto

Tras el estudio de la prevalencia y los patrones de consumo de los y las adolescentes que acuden al Programa se analizan también otras variables de sumo

interés y que representan factores de riesgo específicos con respecto a este comportamiento de riesgo (Tabla 40).

El primero de ellos hace referencia a la edad de inicio en los consumos de drogas legales y de marihuana. Destaca sobremanera la precocidad de estos inicios. De manera general los chicos y chicas que acceden a Suspertu comienzan antes los consumos de marihuana que los consumos de drogas legales. La edad media de inicio del consumo de cannabis la sitúan antes de los doce años y casi un año antes que las legales. No se observan diferencias entre los comienzos de los y las adolescentes.

Preguntados por si su grupo de iguales de referencia consumen drogas junto a ellos (en concreto se les cuestiona sobre sus cuatro amigos más cercanos), la mayoría de ellos y ellas sí lo hacen. Lo hacen en todas las drogas salvo en las ilegales diferentes a la marihuana. Más de la mitad de sus iguales referentes también participan de sus consumos. Estos resultados se dan por igual entre las chicas que entre los chicos.

El último de los factores de riesgo relacionados con los consumos de drogas se refiere al riesgo percibido o las actitudes favorables a los mismos. Las puntuaciones más altas dentro de la horquilla (0-3) indican mayor riesgo. Es decir, en el caso de “lo malo que te parece que alguien de tu edad consume...” el valor de tres se correspondería con entender que no tiene nada de malo. En el caso de la pregunta “cuánto daño crees que se hace quien...” el cero supondría pensar que hace mucho daño y representaría un factor protector. La primera de las preguntas tiene pues más que ver con la actitud del o la menor frente a los consumos de las diferentes drogas. En este sentido en la muestra total, las puntuaciones están por encima de la media, por lo que puede entenderse que a los y a las adolescentes no les parece mal que a su edad se consuman tabaco, alcohol e incluso marihuana. Por el contrario, si ven peor y de manera negativa que se consuman el resto de las drogas ilegales.

La percepción del riesgo a partir de la pregunta del daño que creen que producen las drogas, obtiene resultados más positivos que la cuestión anterior. En el caso del consumo esporádico de marihuana no se percibe apenas riesgo. El resto de las preguntas plantean el riesgo o daño a partir de un patrón de consumo diario o regular tanto de tabaco, alcohol como de marihuana. El hecho de que este patrón sea diario sí parece plantear una percepción de riesgo alta entre los participantes en el estudio.

No se han encontrado diferencias significativas entre chicos y chicas ni en cuanto a las actitudes favorables al consumo ni en su percepción de riesgo.

Tabla 40. Edad de inicio en el consumo de tabaco, alcohol y marihuana, grupo de iguales consumidores y percepción de riesgo (comparación hombres-mujeres)

	Total		Hombres		Mujeres		<i>t</i>	(g.l.)	<i>p</i>	<i>d</i>
	<i>M</i>	<i>D.T.</i>	<i>M</i>	<i>D.T.</i>	<i>M</i>	<i>D.T.</i>				
Edad de inicio en el consumo de...										
tabaco	12,52	1,71	12,55	1,77	12,44	1,59	0,2	54,0	,413	0,06
alcohol	12,53	1,24	12,61	1,30	12,31	1,08	0,8	55,0	,211	0,24
marihuana	11,69	1,23	11,76	1,22	11,50	1,29	0,7	50,0	,249	0,21
Número de amigos consumidores de (0-4)										
tabaco	2,95	1,33	2,95	1,379	2,94	1,237	0,0	57	,484	2,95
alcohol	2,73	1,73	2,72	1,723	2,75	1,807	0,1	57	,477	2,73
marihuana	2,55	1,39	2,47	1,437	2,8	1,265	0,8	56	,214	2,55
otras drogas	0,59	1,08	0,65	1,173	0,4	0,737	0,8	56	,221	0,59
Cómo de malo te parece que alguien de tu edad consume... (0-3)										
Tabaco	2,07	0,96	2,02	0,96	2,19	0,98	0,6	57,0	,282	0,17
Alcohol	1,65	0,92	1,66	0,89	1,63	1,03	0,1	58,0	,450	0,04
Marihuana	1,70	1,06	1,57	1,07	2,06	1,00	1,6	58,0	,056	0,47
Otras drogas	0,38	0,78	0,41	0,87	0,31	0,48	0,4	58,0	,338	0,12
Cuanto daño crees que se hace quien... (0-3)										
fuma uno o dos paquetes de cigarrillos al día	0,20	0,40	0,23	0,42	0,12	0,33	1,1	37,0	,147	0,27
bebe uno o dos tragos de bebidas alcohólicas (cerveza, vino) casi todos los días	1,15	0,94	1,21	0,97	1,00	0,87	0,8	58,00	,220	0,22
prueba marihuana una o dos veces	2,15	0,85	2,20	0,80	2,00	1,00	0,8	59,00	,203	0,24
fuma marihuana o hachís regularmente	0,70	0,74	0,73	0,76	0,63	0,72	0,5	58,00	,321	0,14

Tal y como se refleja en la Tabla 41, junto a los consumos de drogas anteriormente documentados, los chicos y chicas que acceden al Programa lo hacen además implicándose en otros muchos comportamientos de riesgo. Cerca de un tercio de los 61 participantes de la muestra trapichearon o vendieron drogas ilegales, robaron en algún establecimiento comercial, acudieron o consumieron drogas en sus respectivos centros educativos, viajaron en alguna ocasión junto a un conductor/a que había bebido alcohol o mantuvieron relaciones sexuales sin protección. En el caso de los consumos antes o durante su estancia en el centro educativo son casi cuatro de cada diez encuestados los que manifiestan haberlo hecho.

Tabla 41. Otras conductas de riesgo al inicio (comparación hombres-mujeres)

Conductas de riesgo	Total (N = 61)		Hombre (n = 44)		Mujer (n = 17)		χ^2 (g.l. = 1)	p	phi
	N	%	n	%	n	%			
Expulsión del centro educativo	11	18,3%	10	22,7%	1	6,3%	2,1	,145	0,19
¿Vendiste drogas de consumo ilegal?	21	35,0%	19	43,2%	2	12,5%	4,9	,028	0,28
¿Robaste en alguna tienda o supermercado?	18	30,0%	15	34,1%	3	18,8%	1,3	,252	0,15
¿Participaste en un acto vandálico (destrozo de mobiliario urbano o coches)?	13	21,7%	13	29,5%	0	--	6	,014	0,32
¿Estuviste borracho o drogado en el centro educativo?	23	38,3%	19	43,2%	4	25,0%	1,6	,200	0,17
¿Atacaste a alguien con la idea de herirlo gravemente?	8	13,3%	7	15,9%	1	6,3%	0,9	,330	0,13
¿Llevaste un arma?	7	11,7%	7	15,9%	0	--	2,9	,090	0,22
¿No usaste preservativo u otro tipo de anticonceptivo en alguna actividad sexual?	17	28,8%	13	30,2%	4	25,0%	0,2	,693	0,05
¿Viajaste con un conductor/a que había bebido alcohol?	20	33,3%	16	36,4%	4	25,0%	0,7	,409	0,11
¿Robaste joyas u oro a tus padres para luego venderlas?	6	10,0%	2	4,5%	4	25,0%	5,5	,020	0,30

No se encuentran grandes diferencias ante las diferentes conductas de riesgo entre los y las adolescentes. Los chicos participan de la venta o menudeo de drogas ilegales en una proporción mayor que las chicas. Además, son solo ellos los que se implican en actos vandálicos incluyendo los destrozos en mobiliario urbano o vehículos. Por el contrario, son ellas las que una proporción mayor roban joyas u oro en el ámbito doméstico para sufragar después diferentes gastos.

4.2.6. Nivel de problemática percibida en las diferentes áreas

El nivel de problemática percibido por los y las adolescentes que comienzan el Programa afecta principalmente al ambiente familiar y al escolar, siendo la primera la única de las variables con puntuaciones por encima de la media. La menor afectación se da a nivel de pareja, principalmente porque la mayoría de ellos no la tienen (Tabla 42).

Tabla 42. Perfil de la muestra al inicio en inadaptación (comparación hombres-mujeres)

Inadaptación	Total (N = 61)		Hombres (n = 44)		Mujeres (n = 17)		<i>t</i> (gl = 59)	<i>p</i>	<i>d</i>
	Media	D.T.	Media	D.T.	Media	D.T.			
Estudios (0-5)	2,43	1,2	2,39	1,2	2,5	1,3	0,4	,344	0,11
Social (0-5)	1,9	1,5	1,61	1,5	2,6	1,2	2,5	,007	0,72
Tiempo Libre (0-5)	1,89	1,4	1,84	1,4	2,0	1,4	0,4	,344	0,12
Pareja (0-5)	1,08	1,4	1,11	1,4	1,0	1,5	0,0	,496	0,00
Familia (0-5)	2,87	1,4	2,7	1,3	3,3	1,5	1,7	,047	0,43
Global (0-5)	2,45	1,3	2,25	1,3	3,0	1,2	2,1	,022	0,60
General (0-30)	12,61	5,2	11,91	5,3	14,4	4,9	1,7	,048	0,48

Salvo en lo relacionado con las relaciones dentro de la pareja, las chicas presentan mayor nivel de afectación tanto a nivel global y general, así como en el resto de las áreas analizadas (escolar, social, tiempo libre y familia). Especialmente significativas son las diferencias halladas con respecto a los chicos tanto en el ámbito familiar como en el social. En definitiva, las chicas a nivel general inician el proceso en Suspertu con una percepción de su situación más grave que los chicos.

4.3. Evolución tras la intervención

Tras obtener una fotografía de cómo llegan los chicos y las chicas por primera vez al Programa Suspertu y una vez analizados esos resultados en el apartado anterior, el siguiente objetivo de esta investigación pretende incidir en los cambios que se producen tras la intervención a lo largo de todo el proceso. Además, para valorar la profundidad de esos posibles cambios y su mantenimiento más allá de la finalización del Programa se indaga también en los resultados obtenidos en un seguimiento tres meses después.

4.3.1. Características de personalidad

Tras el análisis de la evolución del conjunto de la muestra en las primeras cuatro variables de personalidad evaluadas, se observan mejoras significativas entre el principio y el final de la intervención tanto en la introversión como en los niveles de ansiedad. Además, entre la finalización del Programa y el seguimiento posterior se dan también diferencias significativas en impulsividad y la búsqueda de sensaciones. En este último caso las diferencias son a peor aumentando el interés de los adolescentes en

la búsqueda de sensaciones. En cuanto al tamaño del efecto mayor diferencia en introversión y después en impulsividad.

A pesar de que las mujeres llegan más afectadas que los hombres con respecto a los resultados del cuestionario SURPS, se producen menos cambios significativos que en los hombres a lo largo de la intervención y posteriormente en el seguimiento (Tabla 43). Las chicas sólo presentan cambios significativos en el post en la variable introversión. En la medida del seguimiento además también en impulsividad y con respecto al inicio también en la búsqueda de sensaciones. No se producen mejoras significativas entre la evaluación tras la intervención y el seguimiento.

En cuanto al proceso analizado en los hombres, destaca el incremento en la dimensión búsqueda de sensaciones tanto a la finalización de la intervención como en el seguimiento. Aunque las mujeres también aumentan en esta dimensión tras la intervención, ellas obtienen puntuaciones más bajas en el seguimiento con respecto al inicio. En los chicos se observan cambios significativos tras la intervención tanto en la variable introversión, así como un descenso en los niveles de ansiedad. Estos cambios mejoran durante las medidas de seguimiento y además se produce un descenso significativo de la impulsividad.

Tabla 43 Evolución de la muestra en variables de personalidad (SURPS)

Total (N = 61)	Preintervención		Posintervención		Seguimiento		F	Pre-Post		Pre-Seg		Post-Seg	
	M	D.T.	M	D.T.	M	D.T.		t	d	t	d	t	d
Introversión	18,39	5,6	15,56	4,5	14,70	4,8	13,1***	4,4***	0,63	5,2***	0,77	1,7	0,18
Impulsividad	12,15	3,0	11,39	3,0	10,90	3,0	5,0*	1,8	0,25	3,2**	0,42	1,5	0,16
Búsqueda Sensaciones	18,90	4,1	19,43	4,5	19,66	4,4	0,7	1,5	0,12	2,1*	0,17	0,8	0,05
Ansiedad	10,87	3,6	9,67	3,0	9,85	3,2	2,9	2,8**	0,40	2,2*	0,32	0,5	0,06
Hombres (n = 44)													
Introversión	17,70	5,7	15,50	4,4	14,25	4,7	9,5***	2,8**	0,50	4,3***	0,73	2,3*	0,27
Impulsividad	12,11	2,8	11,59	2,9	11,02	3,0	2,5	1,1	0,18	2,2*	0,36	1,4	0,19
Búsqueda Sensaciones	19,64	3,8	20,30	3,9	20,82	3,9	3,5*	1,6	0,17	2,7*	0,30	1,5	0,13
Ansiedad	10,45	3,2	9,20	2,3	9,27	2,4	3,7*	2,7**	0,54	2,3*	0,49	0,2	0,03
Mujeres (n = 17)													
Introversión	20,18	4,9	15,71	4,8	15,88	4,9	8,9**	4,3**	0,93	2,9*	0,88	0,1	0,03
Impulsividad	12,24	3,5	10,88	3,2	10,59	3,1	3,6	1,5	0,43	2,7*	0,53	0,5	0,09
Búsqueda Sensaciones	17,00	4,4	17,18	5,1	16,65	4,3	0,4	0,3	0,04	0,6	0,08	0,9	0,12
Ansiedad	11,94	4,3	10,88	4,2	11,35	4,4	0,5	1,1	0,25	0,6	0,13	0,5	0,11

* $p < ,05$; ** $p < ,01$; *** $p < ,001$

Del estudio del segundo bloque de variables personales se desprende que una vez concluida la intervención las diferencias son significativas en todas las variables analizadas salvo en aquella en las que las puntuaciones iniciales ya superaban la media (empatía). Destacan sobremanera las mejoras tanto al terminar el programa como en el posterior seguimiento de las variables autoestima, autoeficacia y planificación y toma de decisiones con tamaños del efecto entre moderados y grandes (Tabla 44).

Entre la finalización del programa y el seguimiento realizado a los tres meses se mantienen los cambios en todas las variables analizadas e incluso se producen mejoras tanto en la empatía como en la autoeficacia percibida.

Tabla 44. Evolución de la muestra en variables de personalidad (autoestima, autoeficacia, planificación empatía y habilidades sociales)

Total (N = 61)	Preintervención		Posintervención		Seguimiento		F	Pre-Post		Pre-Seg		Post-Seg	
	M	D.T.	M	D.T.	M	D.T.		t	d	t	d	t	d
Autoestima	38,07	30,6	53,57	27,0	57,87	29,9	10,5***	4,2***	0,57	4,7***	0,66	1,6	0,14
Autoeficacia	45,36	30,0	61,72	27,7	68,20	26,4	13,0***	4,6***	0,59	5,9***	0,87	2,3*	0,25
Planificación y toma de decisiones	44,51	27,8	59,10	26,0	63,03	24,5	17,4***	4,2***	0,56	5,9***	0,76	1,4	0,16
Empatía	56,69	30,7	58,13	28,4	63,93	30,7	1,4	0,4	0,05	2,0*	0,24	2,1*	0,19
Empatía Afectiva	52,20	30,4	50,20	29,3	56,97	31,6	0,6	0,6	0,07	1,3	0,15	2,2*	0,21
Empatía Cognitiva	59,10	31,6	63,03	29,0	67,95	27,0	3,5*	1,2	0,14	2,8**	0,33	2,0*	0,18
Tolerancia Frustración	37,87	27,2	48,54	27,9	49,92	28,7	10,8***	3,6**	0,38	3,7**	0,42	0,5	0,05
Habilidades sociales	49,62	30,5	58,49	28,8	60,49	29,3	4,6*	3,5**	0,31	3,2**	0,37	0,9	0,07
Comunicación y relación	53,44	30,4	61,36	27,3	63,20	27,5	2,7	2,9**	0,29	2,8**	0,35	0,8	0,07
Resolución de conflictos	46,25	25,9	53,69	28,6	55,49	27,9	5,8**	2,6*	0,26	3,4**	0,33	0,7	0,06
Asertividad	43,52	27,0	49,75	27,1	47,38	26,1	3,3*	2,1*	0,23	1,1	0,15	0,7	0,09

* $p < ,05$; ** $p < ,01$; *** $p < ,001$

Al finalizar la intervención se constatan mejoras significativas en los adolescentes tanto en autoestima y autoeficacia como en la capacidad para planificarse y tomar decisiones de manera adecuada. Además, también se aprecian diferencias significativas en las habilidades sociales generales y más en concreto en la manera de relacionarse y comunicarse (Tabla 45).

Con respecto a la evaluación realizada a los tres meses de haber finalizado la intervención los chicos mejoran en todas las variables analizadas incluida la empatía general con mayores cambios en su aspecto cognitivo. La única variable en la que no se aprecian cambios significativos es en la dimensión englobada dentro de las habilidades sociales generales, asertividad.

Tabla 45 Evolución de los hombres en variables de personalidad (autoestima, autoeficacia, planificación empatía y habilidades sociales)

Hombres (<i>n</i> = 44)	Preintervención		Posintervención		Seguimiento		<i>F</i>	<i>Pre-Post</i>		<i>Pre-Seg</i>		<i>Post-Seg</i>	
	<i>M</i>	<i>D.T.</i>	<i>M</i>	<i>D.T.</i>	<i>M</i>	<i>D.T.</i>		<i>t</i>	<i>d</i>	<i>t</i>	<i>d</i>	<i>t</i>	<i>d</i>
Autoestima	39,36	31,9	52,84	27,4	57,27	30,2	6,0**	2,8**	0,49	3,5**	0,59	1,4	0,15
Autoeficacia	45,27	29,3	61,70	25,7	67,16	25,6	11,7***	4,3***	0,64	4,6***	0,86	1,5	0,21
Planificación y toma de decisiones	47,39	29,2	59,02	25,7	63,18	24,5	7,9**	2,7*	0,45	4,0***	0,64	1,3	0,17
Empatía	56,89	30,7	57,18	28,7	65,45	30,9	3,9*	0,1	0,01	2,1*	0,28	2,6*	0,27
Empatía afectiva	51,57	30,9	48,57	29,8	59,20	31,9	5,9**	0,8	0,10	1,8	0,24	3,5**	0,33
Empatía cognitiva	60,11	32,2	62,95	29,2	68,41	26,9	2,9	0,7	0,10	2,1*	0,31	1,9	0,20
Tolerancia Frustración	42,61	27,0	48,66	28,5	52,05	28,9	2,7	1,9	0,21	2,3*	0,33	1,3	0,12
Habilidades Sociales	53,91	31,3	63,41	27,7	65,23	27,7	5,4**	3,2**	0,34	3,0**	0,41	0,7	0,07
Comunicación y relación	55,23	31,6	65,64	27,7	65,68	28,2	6,6**	3,6**	0,38	2,7*	0,37	0,0	0,00
Resolución de conflictos	48,75	25,5	55,02	26,7	56,68	26,0	3,1	1,7	0,23	2,5*	0,31	0,6	0,06
Asertividad	48,98	26,8	52,27	25,7	51,48	22,6	3,2	1,0	0,13	0,6	0,11	0,2	0,03

* $p < ,05$; ** $p < ,01$; *** $p < ,001$

Tras la finalización del proceso se producen cambios significativos de las chicas con un tamaño del efecto grande en la autoestima, la planificación y la toma de decisiones, así como una mejora sustancial de la tolerancia a la frustración. Además, se producen cambios significativos también en la capacidad para resolver los conflictos de manera adecuada y en la asertividad, con un tamaño del efecto moderado (Tabla 46).

En las dimensiones de empatía tanto la afectiva como la cognitiva y en la autoeficacia no se observan cambios significativos una vez terminada la intervención, aunque en este último caso si se presentan mejoras en medida realizada en el seguimiento.

Tabla 46 Evolución de las mujeres en variables de personalidad (autoestima, autoeficacia, planificación empatía y habilidades sociales)

Mujeres (n = 17)	Preintervención		Posintervención		Seguimiento		F	Pre-Post		Pre-Seg		Post-Seg	
	M	D.T.	M	D.T.	M	D.T.		t	d	t	d	t	d
Autoestima	34,7	27,5	55,5	26,7	59,4	30,1	10,7**	4,8***	0,78	3,3**	0,82	0,7	0,13
Autoeficacia	45,6	32,7	61,8	33,1	70,9	28,8	5,0*	1,9	0,49	3,1**	0,88	2,0	0,32
Planificación y toma de decisiones	37,1	23,0	59,3	27,6	62,6	25,5	14,6***	4,1**	0,81	5,3***	1,00	0,6	0,13
Empatía	56,2	31,7	60,6	28,3	60,0	30,6	0,2	0,6	0,16	0,5	0,12	0,1	0,02
Empatía afectiva	53,8	30,0	54,41	28,4	51,2	31,0	0,1	0,1	0,02	0,3	0,09	0,4	0,10
Empatía cognitiva	56,5	30,6	63,2	29,5	66,8	28,3	1,7	1,3	0,23	1,9	0,36	0,7	0,12
Tolerancia frustración	25,6	24,2	48,2	27,1	44,4	28,0	8,9**	3,7**	0,84	3,6**	0,67	0,6	0,14
Habilidades Sociales	38,5	25,7	45,8	28,6	48,2	30,8	1,1	1,5	0,25	1,3	0,32	0,5	0,08
Comunicación y relación	48,8	27,4	50,3	23,6	56,8	25,4	0,7	0,2	0,06	1,0	0,31	1,1	0,25
Resolución de conflictos	39,8	26,8	50,2	33,6	52,4	32,7	3,8*	2,5*	0,31	2,2*	0,39	0,4	0,07
Asertividad	29,4	22,5	43,2	30,4	36,8	31,8	3,2	2,3*	0,45	1,1	0,23	1,5	0,20

* $p < ,05$; ** $p < ,01$; *** $p < ,001$

4.3.2. Sintomatología psicopatológica

Las diferencias tanto después de la intervención como después del seguimiento son muy significativas en todas las dimensiones analizadas (Tabla 47). Tras la intervención sólo las variables de obsesión-compulsión, hostilidad e índice total de sintomatología superan mínimamente el percentil 50. El resto de las puntuaciones están por debajo del percentil medio. Las mejoras en la sintomatología psicopatológica no solo se mantienen en la medición del seguimiento, sino que aumentan. Todas las dimensiones analizadas en el seguimiento obtienen percentiles inferiores a 50. Entre el final de la intervención y el seguimiento se registran cambios significativos en 7 variables (obsesión, depresión ansiedad, hostilidad, psicoticismo, índice global de gravedad e índice total de sintomatología positiva).

El tamaño del efecto entre la entrada al programa y el seguimiento es además grande ($d = 80$) en todas las variables estudiadas.

Tabla 47. Evolución de la muestra en sintomatología psicopatológica

Total (N = 61)	Preintervención		Postintervención		Seguimiento		F	Pre-Post		Pre-Seg		Post-Seg	
	M	D.T.	M	D.T.	M	D.T.		t	d	t	d	t	d
Somatización	60,43	26,4	38,38	28,8	33,57	28,1	22,9***	5,3***	0,77	6,8***	0,96	1,6	0,17
Obsesión	71,23	24,7	51,95	29,3	42,26	29,1	29,4***	4,8***	0,66	7,7***	1,00	3,2**	0,33
Sensibilidad	64,93	30,1	42,34	32,3	39,05	28,4	17,6***	5,3***	0,70	5,8***	0,91	1,1	0,12
Depresión	61,15	32,3	40,21	31,3	29,21	29,6	21,8***	4,7***	0,67	6,6***	1,08	3,5**	0,37
Ansiedad	62,31	29,1	42,85	32,4	36,51	29,7	16,6***	4,6***	0,60	5,8***	0,87	2,2*	0,21
Hostilidad	77,05	22,9	54,98	32,7	46,20	32,7	29,3***	5,1***	0,67	7,7***	0,94	2,6*	0,27
Ansiedad Fóbica	42,15	38,9	32,00	33,6	29,38	32,2	3,3*	2,2*	0,30	2,5*	0,40	0,7	0,08
Ideación Paranoide	66,64	30,9	42,20	33,9	35,51	31,6	28,6***	6,1***	0,72	7,4***	0,99	1,9	0,21
Psicoticismo	62,03	34,8	38,95	34,5	31,54	34,2	16,6***	4,6***	0,67	5,8***	0,89	2,1*	0,22
GSI	69,67	27,4	43,69	32,8	35,21	31,4	30,6***	6,3***	0,79	7,9***	1,10	3,1**	0,27
PST	76,30	25,4	50,54	32,9	41,84	33,8	30,6***	6,4***	0,78	7,9***	1,02	3,0**	0,26
PSDI	43,25	27,4	27,39	23,9	24,58	21,4	15,6***	4,2***	0,66	5,6***	0,87	1,2	0,13

* $p < ,05$; ** $p < ,01$ *** $p < ,001$

Índice Global de Gravedad (GSI); Puntuación Sintomatología Positiva (PST); Índice de Distrés de Síntomas Positivos (PSDI)

Entre los 44 chicos evaluados las diferencias entre el comienzo y la finalización del programa son significativas en todas las variables salvo en la dimensión de ansiedad fóbica (no era relevante a la entrada al recurso). Resulta especialmente relevante que los cambios no sólo se consolidan, sino que aumentan de manera positiva una vez terminada la intervención y en la medida tomada en el seguimiento de los 3 meses (Tabla 48). En este último caso el tamaño del efecto es grande en todas las dimensiones con cambios significativos. Las variables obsesión, ansiedad, depresión, hostilidad y psicoticismo junto a los Índices Global de Gravedad (GSI) y el Total de Sintomatología Positiva (PST) mejoran de manera significativa entre la finalización del proceso y el posterior seguimiento.

Tabla 48 Evolución de los hombres en sintomatología psicopatológica

Hombres (n = 44)	Preintervención		Posintervención		Seguimiento		F	Pre-Post		Pre-Seg		Post-Seg	
	M	D.T.	M	D.T.	M	D.T.		t	d	t	d	t	d
Somatización	59,66	26,5	41,82	29,2	35,93	28,8	13,1***	3,7**	0,61	5,1***	0,82	1,5	0,20
Obsesión	71,45	23,5	52,95	30,1	42,68	29,7	19,5***	4,0***	0,61	6,3***	0,97	2,9**	0,35
Sensibilidad	61,70	30,1	39,93	32,2	37,23	26,3	10,4***	4,1***	0,68	4,5***	0,93	0,7	0,10
Depresión	58,52	30,5	39,68	29,4	28,32	27,3	14,5***	3,5**	0,64	5,3***	1,11	3,0**	0,42
Ansiedad	61,14	28,4	44,89	32,2	37,09	28,9	10,1***	3,2**	0,50	4,5***	0,83	2,0*	0,27
Hostilidad	75,55	22,4	55,89	33,3	46,00	32,2	19,7***	4,2***	0,59	6,4***	0,92	2,6*	0,31
Ansiedad Fóbica	38,61	38,9	30,30	30,7	27,70	30,3	1,5	1,5	0,27	1,7	0,36	0,6	0,09
Ideación Paranoide	66,25	30,5	41,66	32,4	34,80	30,0	21,8***	5,0***	0,76	6,6***	1,05	1,7	0,23
Psicoticismo	58,77	34,9	41,36	33,7	32,27	33,6	8,9**	2,9**	0,52	4,2***	0,79	2,3*	0,27
GSI	68,09	26,3	45,11	31,9	35,89	30,2	19,9***	4,7***	0,72	6,4***	1,07	2,8**	0,31
PST	75,95	24,1	52,77	32,8	43,93	33,1	19,9***	5,0***	0,71	6,4***	0,97	2,6*	0,27
PSDI	39,70	25,6	27,80	22,1	20,83	16,1	10,2***	2,8**	0,54	4,5***	1,17	2,0	0,43

* $p < ,05$; ** $p < ,01$ *** $p < ,001$

Índice Global de Gravedad (GSI); Puntuación Sintomatología Positiva (PST); Índice de Distrés de Síntomas Positivos (PSDI)

Con respecto a los cambios hallados en los chicos que acuden al Programa, en las chicas no se encuentran diferencias significativas entre la finalización de la intervención y el seguimiento. Los cambios con mayor efecto en la muestra representada por los chicos se producen y en este orden en la autoeficacia, en la toma de decisiones y planificación y en la autoestima (Tabla 49).

Tabla 49 Evolución de las mujeres en sintomatología psicopatológica

Mujeres (n = 17)	Preintervención		Posintervención		Seguimiento		F	Pre-Post		Pre-Seg		Post-Seg	
	M	D.T.	M	D.T.	M	D.T.		t	d	t	d	t	d
Somatización	62,41	26,7	29,47	26,4	27,47	26,2	10,3**	4,2**	1,25	4,7***	1,33	0,6	0,08
Obsesión	70,65	28,6	49,35	27,9	41,18	28,4	9,4**	2,6*	0,76	4,4***	1,04	1,5	0,29
Sensibilidad	73,29	29,4	48,59	32,7	43,76	33,7	7,6**	3,7**	0,76	3,9**	0,88	1,1	0,14
Depresión	67,94	36,5	41,59	36,6	31,53	35,9	7,4**	3,5**	0,72	3,9**	1,01	1,7	0,28
Ansiedad	65,35	31,6	37,59	33,1	35,00	32,3	6,8**	3,7**	0,84	3,7**	0,94	0,7	0,08
Hostilidad	80,94	24,6	52,65	31,9	46,71	34,9	8,6**	3,0**	0,89	4,3**	0,98	0,8	0,17
Ansiedad Fóbica	51,29	38,8	36,41	40,9	33,71	37,3	2,3	1,7	0,36	2,2*	0,47	0,4	0,07
Ideación Paranoide	67,65	32,8	43,59	38,5	37,35	36,2	7,2**	3,7**	0,62	3,4**	0,84	0,9	0,17
Psicoticismo	70,47	34,0	32,71	36,9	29,65	36,6	11,1**	4,6***	1,02	4,4***	1,12	0,4	0,08
GSI	73,76	30,5	40,00	35,9	33,47	35,2	10,2**	4,2**	0,94	4,6***	1,14	1,4	0,19
PST	77,18	29,2	44,76	33,4	36,41	35,9	10,0**	4,1**	0,97	4,5***	1,14	1,4	0,23
PSDI	53,47	29,2	29,71	29,9	33,82	29,4	6,8**	3,7**	0,79	3,5**	0,67	1,1	0,14

* $p < ,05$; ** $p < ,01$ *** $p < ,001$

Índice Global de Gravedad (GSI); Puntuación Sintomatología Positiva (PST); Índice de Distrés de Síntomas Positivos (PSDI)

4.3.3. Ámbito familiar

El estudio de las seis primeras variables englobadas dentro del estilo parental y pertenecientes al ámbito familiar parece tener un impacto positivo en todas las dimensiones analizadas a lo largo del proceso (Afecto y Comunicación, Promoción de Autonomía, Control Conductual, Control Psicológico, Revelación y Humor). En la muestra total se producen diferencias significativas entre el comienzo de la intervención y la finalización de la misma en todas las variables salvo en la relativa al control conductual. En concreto se producen mejoras con aumentos en el afecto y la comunicación, mayor paso de responsabilidades o promoción de la autonomía, descenso de estrategias parentales desde el control psicológico y aumentos en la revelación y el clima o humor familiar. Las medidas entre el comienzo y el seguimiento posterior a los tres meses sí ofrecen cambios significativos en todas las variables con tamaños del efecto moderados. En el caso del control conductual ejercido por sus progenitores se produce un descenso significativo en la percepción de los hijos e hijas. El control conductual se refiere al establecimiento de límites y a los intentos de los padres y madres por mantenerse informados sobre el comportamiento de sus hijos e hijas fuera del hogar por lo que se entiende como un factor de protección Tabla 50.

Tabla 50 Evolución en el estilo parental (total, hombres y mujeres)

Total (N = 61)	Preintervención		Posintervención		Seguimiento		F	Pre-Post		Pre-Seg		Post-Seg	
	M	D.T.	M	D.T.	M	D.T.		t	d	t	d	t	d
Afecto y comunicación	32,33	25,00	39,93	28,16	45,49	29,08	24,0***	3,20**	0,41	4,9***	0,63	2,1*	0,28
Promoción autonomía	38,93	28,90	46,05	31,75	52,95	33,89	15,6***	2,45**	0,31	3,9***	0,51	2,3*	0,29
Control conductual	54,54	30,40	50,44	31,25	46,07	29,65	10,6*	1,26	0,16	3,2***	0,42	1,8*	0,24
Control psicológico	65,64	28,40	55,61	29,30	51,15	31,18	19,2***	3,23***	0,41	4,4***	0,56	1,4	0,18
Revelación	33,31	25,40	43,61	28,19	48,52	25,91	30,2***	3,78***	0,48	5,5***	0,70	2,0*	0,25
Humor	30,85	26,10	39,57	25,37	42,17	30,40	10,9**	3,45***	0,45	3,3***	0,43	0,9	0,11
Hombres (n = 44)													
Afecto y comunicación	37,43	25,10	42,34	29,08	46,25	27,26	10,6*	1,79	0,27	3,3**	0,49	1,7*	0,26
Promoción autonomía	41,93	29,60	47,39	32,43	55,68	32,70	11,3*	1,57	0,24	3,4***	0,51	3,0**	0,46
Control conductual	58,80	29,20	54,59	31,64	49,77	30,13	7,9*	1,03	0,16	2,8**	0,42	1,7*	0,26
Control psicológico	62,82	29,10	55,80	30,95	51,14	31,45	10,8*	2,15*	0,32	3,3**	0,50	1,6	0,24
Revelación	35,84	25,60	45,39	29,26	48,75	26,81	14,5***	2,88**	0,43	3,8***	0,57	1,2	0,19
Humor	32,93	28,00	42,53	26,66	42,79	29,79	7,7**	3,02**	0,46	2,8**	0,42	0,1	0,01
Mujeres (n = 17)													
Afecto y comunicación	19,12	20,00	33,71	25,39	43,53	34,18	16,9***	3,29**	0,80	4,1***	1,00	1,3	0,33
Promoción Autonomía	31,18	26,50	42,59	30,58	45,88	36,88	4,00	2,18*	0,53	2,0*	0,49	0,4	0,09
Control Conductual	43,53	31,70	39,71	28,31	36,47	26,85	2,60	0,76	0,18	1,6	0,39	0,7	0,16
Control Psicológico	72,94	25,90	55,12	25,40	51,18	31,40	8,6*	2,52*	0,61	2,9**	0,71	0,5	0,11
Revelación	26,76	24,30	39,00	25,45	47,94	24,18	22,3***	2,56	0,62	4,7***	1,14	1,6	0,39
Humor	25,59	20,40	32,06	20,62	40,59	32,78	3,30	1,73	0,42	1,8*	0,44	1,1	0,27

* $p < ,05$; ** $p < ,01$; *** $p < ,001$

Del estudio de los 61 participantes en la muestra y su comportamiento dentro del núcleo familiar, se recoge que las diferencias más significativas se dan entre las medidas tomadas al finalizar la intervención y a los tres meses posteriores a la misma (Tabla 51). Se dan diferencias significativas en todas las variables analizadas salvo en la gestión familiar. En este sentido desciende la conflictividad familiar, aumenta el apego, se sienten más reforzados por sus progenitores y además reconocen mayor dedicación e implicación en el hogar.

Tabla 51 Evolución en los factores de riesgo y de protección en el área familiar (total, hombres y mujeres)

Total (N = 61)	Preintervención		Posintervención		Seguimiento		F	Pre-Post		Pre-Seg		Post-Seg	
	M	D.T.	M	D.T.	M	D.T.		t	d	t	d	t	d
Factores de riesgo													
Conflicto familiar	2,57	1,6	2,20	1,8	1,93	1,6	4,34*	1,60	0,20	2,84**	0,36	1,38	0,18
Mala gestión familiar	4,54	2,7	4,57	2,4	4,75	3,0	0,22	0,09	0,01	0,53	0,07	0,72	0,09
Factores de protección													
Apego	4,98	2,1	5,59	2,0	5,82	1,9	6,12**	2,45**	0,31	3,03**	0,39	1,08	0,14
Refuerzo	5,18	2,3	5,95	2,0	6,03	2,4	9,12**	2,94**	0,38	3,02**	0,39	0,37	0,05
Implicación	5,11	1,9	5,67	1,7	5,77	1,7	7,23**	2,10*	0,27	2,69**	0,34	0,50	0,06
Buena Gestión familiar	11,46	2,7	11,43	2,4	11,25	3,0	0,28	0,09	0,01	0,53	0,07	0,72	0,09
Hombres (n = 44)													
Factores de riesgo													
Conflicto familiar	2,43	1,4	2,32	1,8	2,00	1,7	2,70	0,39	0,06	1,66	0,25	1,31	0,20
Mala gestión familiar	4,59	2,7	4,52	2,3	4,89	3,1	0,42	0,14	0,02	0,62	0,09	1,29	0,20
Factores de protección													
Apego	5,36	2,0	5,61	2,1	5,86	1,8	2,97	0,82	0,12	1,72*	0,26	1,25	0,19
Refuerzo	5,66	2,3	6,05	2,1	6,18	2,4	3,06	1,32	0,20	1,75*	0,26	0,57	0,09
Implicación	5,11	2,0	5,61	1,7	5,77	1,6	5,87*	1,50	0,23	2,42*	0,37	0,67	0,10
Buena Gestión	11,41	2,7	11,48	2,3	11,11	3,1	0,39	0,14	0,02	0,62	0,09	1,29	0,20
Mujeres (n = 17)													
Factores de riesgo													
Conflicto familiar	2,94	1,9	1,88	1,6	1,76	1,2	6,15**	2,95**	0,72	2,73**	0,66	0,44	0,11
Mala gestión familiar	4,41	2,8	4,71	2,6	4,41	2,9	0,15	0,58	0,14	0,00	--	0,57	0,14
Factores de protección													
Apego	4,00	1,8	5,53	1,8	5,71	2,3	7,80*	4,74***	1,15	2,79**	0,68	0,31	0,07
Refuerzo	3,94	1,9	5,71	1,7	5,65	2,4	7,50*	3,61**	0,88	2,74**	0,66	0,11	0,03
Implicación	5,12	1,7	5,82	1,5	5,76	1,8	1,46	1,65	0,40	1,21	0,29	0,16	0,04
Buena Gestión familiar	11,59	2,8	11,29	2,6	11,59	2,9	0,01	0,58	0,14	0,00	--	0,57	0,14

* $p < ,05$; ** $p < ,01$; *** $p < ,001$

Entre los chicos participantes en Suspertu a pesar de existir mejoras en todos los factores estudiados, las diferencias no son significativas en las medidas tomadas desde el inicio del proceso hasta la terminación de este. Sin embargo, se detectan cambios significativos positivos transcurridos tres meses después de la finalización del Programa. En concreto aumenta el apego, el refuerzo por parte de los padres y las madres, así como la implicación en el ámbito familiar.

Las diferencias a lo largo de las tres medidas efectuadas a lo largo del proceso relativas a los factores de riesgo y protección del ámbito familiar son más acentuadas entre las chicas que entre los chicos. Se encuentran cambios significativos de igual manera entre la pre-intervención y la post-intervención y entre la primera y el

seguimiento. Se producen cambios significativos con tamaño del efecto grande tanto en el estilo reforzador por parte de los progenitores como en el aumento del apego o relación con sus padres y/o madres. También se producen cambios importantes y significativos con un tamaño del efecto moderado con relación al descenso del nivel de conflictividad familiar.

4.3.4. *Ámbito escolar y de ocio*

No hay diferencias importantes en cuanto a los resultados académicos entre el comienzo y la terminación del proceso, aunque sí aparecen en el seguimiento posterior. La mejora en este aspecto del rendimiento se da exclusivamente entre los chicos y con una diferencia de 14 puntos entre el inicio del Programa y el seguimiento. De tal manera que, si más de un tercio de los adolescentes inicialmente referían unas calificaciones medias con nota de suspenso, tres meses después de la finalización sólo un quinto de los mismos seguía obteniendo calificaciones negativas. Por el contrario, sí se observan mejoras en cuanto a su percepción de los resultados en comparación con el resto de sus compañeros de aula. En este último caso se presentan más diferencias entre las chicas que entre los chicos (Tabla 52).

Tabla 52. Evolución en el ámbito escolar y de ocio (pre-post; total, hombres y mujeres)

	Pre		Post		Seguimiento	
	N	%	N	%	N	%
Total (N = 61)						
Rendimiento académico						
Mayoría de suspensos en el último trimestre	17	27,9%	17	27,9%	11	18,0%
Peores notas que el resto de los/as compañeros/as	33	55,0%	7	11,7%	5	8,3%
Sin actividades ocio estructuradas	39	63,9%	37	60,7%	35	57,4%
¿Has dejado de ir a clase porque no tenías ganas en el último mes? (Sí)	20	33,3%	18	30,0%	15	25,4%
Hombres (n = 44)						
Rendimiento académico						
Mayoría de suspensos en el último trimestre	15	34,1%	15	34,1%	9	20,5%
Peores notas que el resto de compañeros/as	22	50,0%	7	15,9%	4	9,3%
Sin actividades ocio estructuradas	32	72,7%	28	63,6%	24	54,5%
¿Has dejado de ir a clase porque no tenías ganas en el último mes? (Sí)	14	32,5%	13	29,6%	10	23,3%
Mujeres (n = 17)						
Rendimiento académico						
Mayoría de suspensos en el último trimestre	2	11,8%	2	11,8%	2	11,8%
Peores notas que el resto de compañeros/as	11	64,7%	0	--	1	5,9%
Sin actividades ocio estructuradas	7	41,2%	8	47,1%	6	35,3%
¿Has dejado de ir a clase porque no tenías ganas en el último mes? (Sí)	6	35,3%	5	31,3%	5	31,3%

Al igual que el dato referido al absentismo citado en el párrafo anterior, los adolescentes que culminan el proceso, se incorporan en mayor medida que las chicas a algún tipo de actividad estructurada. En concreto desde el inicio de la intervención al seguimiento posterior al fin de la intervención, ocho chicos retomaron este tipo de actividades extraescolares. En las chicas no se aprecian cambios en ninguno de los tres momentos del estudio.

En cuanto a la evolución a lo largo del proceso del nivel de implicación y de motivación a nivel escolar, se observan diferencias significativas en la muestra total y entre los chicos especialmente (Tabla 53). En concreto aumenta de manera significativa el interés que demuestran por el curso y el esfuerzo realizado para completar las tareas encomendadas. Estas mejoras se incrementan desde la finalización de la intervención hasta el seguimiento. Además, aunque en este caso sin diferencias significativas también se encuentran pequeñas mejoras con respecto a la percepción de la utilidad de lo aprendido y la importancia que ellos tiene para su futuro.

Tabla 53. Evolución en implicación escolar (pre-post; total, hombres y mujeres)

TOTAL (N = 61)	Pre		Post		Seguimiento		F	Pre-Post		Pre-Seg		Post-Seg	
	M	D.T.	M	D.T.	M	D.T.		t	d	t	d	t	d
Implicación en el ámbito educativo													
Con qué frecuencia sientes que las tareas escolares son útiles e importantes (0-4) *	2,1	1,1	1,8	1,1	1,8	1,1	2,9	1,6	0,2	1,7*	0,2	0	0
Cómo de interesantes te parecen los cursos (0-4) **	2,44	1,2	2,29	1,2	1,92	1,32	5,5**	0,7	0,1	2,7**	0,4	2,9**	0,4
Cómo de importante crees que será lo que aprendes en el Centro Educativo para tu futuro (0-4) ***	1,32	1,01	1,19	1,01	1,2	1	0,7	0,9	0,1	0,8	0,1	0,1	0,1
Con qué frecuencia te gustó estar en el Centro Educativo (0-4) ****	1,88	1,12	1,81	1,2	1,83	1,19	0,1	0,2	0,1	0,3	0,1	1,4	0,1
Con qué frecuencia te esforzaste por hacer tu trabajo lo mejor posible (0-4)	1,84	1	1,59	1,2	1,29	1,12	12,5***	1,6	0,2	3,5***	0,5	2,3*	0,3
HOMBRES (n = 44)													
Implicación en el ámbito educativo													
Con qué frecuencia sientes que las tareas escolares son útiles e importantes (0-4) *	2,12	1,05	1,93	1,1	1,84	1,1	1,4	0,9	0,1	1,6	0,2	0,7	0,1
Cómo de interesantes te parecen los cursos (0-4) **	2,5	1,1	2,4	1,1	2	1,2	5,7*	0,4	0,1	2,4*	0,4	2,3*	0,4
Cómo de importante crees que será lo que aprendes en el Centro Educativo para tu futuro (0-4) ***	1,34	1	1,33	1,1	1,33	1,1	0	0	--	0	--	0	--
Con qué frecuencia te gustó estar en el Centro Educativo (0-4) ****	1,95	1,17	1,9	1,2	1,93	1,2	0,1	0	--	0,1	0,1	0,1	0,1
Con qué frecuencia te esforzaste por hacer tu trabajo lo mejor posible (0-4)*	1,9	0,98	1,76	1,21	1,33	1,24	9,9**	0,8	0,2	3,2**	0,5	3,6***	0,6
MUJERES (n = 17)													
Implicación en el ámbito educativo													
Con qué frecuencia sientes que las tareas escolares son útiles e importantes (0-4) *	2,06	1,3	1,44	0,9	1,69	1,1	0,6	1,4	0,3	0,7	0,2	1,5	0,4
Cómo de interesantes te parecen los cursos (0-4) **	2,2	1,3	1,94	1,5	1,63	1,6	1,8	0,7	0,2	1,3	0,3	2,6*	0,6
Cómo de importante crees que será lo que aprendes en el Centro Educativo para tu futuro (0-4) ***	1,35	1,1	0,81	0,75	0,87	0,72	2,9	1,8*	0,5	1,6	0,4	1,0	0,2
Con qué frecuencia te gustó estar en el Centro Educativo (0-4) ****	1,69	1,12	1,56	1,3	1,56	1,2	0,2	0,5	0,1	0,5	0,1	0	--
Con qué frecuencia te esforzaste por hacer tu trabajo lo mejor posible (0-4)	1,69	1,1	1,13	1,25	1,19	1,04	2,5	1,8*	0,4	1,6	0,4	0,2	0

* $p < ,05$; ** $p < ,01$; *** $p < ,001$

Es entre los chicos donde se encuentran las diferencias más significativas. Ellos mejoran en su interés por los estudios y en su capacidad de esfuerzo. Las adolescentes también mejoran de manera general su implicación en el ámbito educativo: se esfuerzan más, reconocen mayor interés y utilidad de lo aprendido al finalizar la intervención.

4.3.5. Consumos de drogas y otras conductas de riesgo

Tal y como se ha comentado en un apartado anterior la droga ilegal más consumida entre los jóvenes que acuden a Susperu y que supone el principal motivo de ingreso es la marihuana.

De manera general se produce un descenso muy importante en los consumos de marihuana tanto en las como en los adolescentes (Tabla 54). Al comienzo de la intervención cerca de la mitad (43,3%) del total de los que ingresaron en el Programa manifestaban ser consumidores diarios de marihuana. Al finalizar la intervención de estos 26 chicos y chicas que fumaban cannabis 16 abandonaron los consumos, seis redujeron la cantidad y por lo tanto modificaron su patrón. Sólo 4 de los fumadores diarios mantuvieron los consumos. De esta manera entre la entrada en el Programa y su finalización el 70% no consumía cannabis y del 30% restante apenas el 8,3 continuó fumando a diario.

Tabla 54. Evolución del consumo de marihuana (pre-post; total, hombres y mujeres)

		¿Has fumado marihuana o hachís alguna vez en tu vida? (pre)*											
		Total		Nunca		Esporádico		Habitual		Continuo		Diario	
TOTAL		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Nunca		42	70,0%	8	100%	5	83,3%	9	69,2%	4	57,1%	16	61,5%
Habitual		6	10,0%	0	--	0	--	4	30,8%	1	14,3%	1	3,8%
Continuo		7	11,7%	0	--	0	--	0	--	2	28,6%	5	19,2%
Diario		5	8,3%	0	--	1	16,7%	0	--	0	--	4	15,4%
Total		60	100%	8	100%	6	100%	13	100%	7	100%	26	100%
Empeoran		1	1,7%	0	--	1	16,7%	0	--	0	--	0	--
Hombres													
Nunca		29	65,9%	6	100%	2	100,00%	7	63,60%	2	40,0%	12	60,0%
Habitual		6	13,6%	0	--	0	--	4	36,40%	1	20,0%	1	5,00
Continuo		7	15,9%	0	--	0	--	0	--	2	40,0%	5	25,0%
Diario		2	4,5%	0	--	0	--	0	--	0	--	2	10,0%
Total		44	100%	6	100%	2	100,00%	11	100,00%	5	100,00%	20	100%
Empeoran		0	--	0	--	0	--	0	--	0	--	0	--
Mujeres													
Nunca		13	81,3%	2	100%	3	75,0%	2	100%	2	100%	4	66,7%
Habitual													
Continuo													
Diario		3	18,8%	0	--	1	25,0%	0	--	0	--	2	33,3%
Total													
Empeoran		1	6,2%	0	--	1	25,0%	0	--	0	--	0	--

* Porcentajes sobre la columna

Continuando con los resultados entre las medidas preintervención y postintervención a partir de los patrones de consumo, de las siete personas que consumían de manera continua todos los fines de semana, cuatro de ellas abandonaron el consumo, otra pasó a ser consumidora habitual y dos se mantuvieron igual. Entre los consumidores habituales cerca del 70% lo abandonaron y el resto continuaron con el mismo patrón. Ninguno de los chicos y chicas que acudieron al Programa sin consumos de marihuana se iniciaron en ellos.

En términos de empeoramiento de su situación de consumo (entendida esta como el paso a un patrón más problemático o intenso) sólo un participante de la muestra (una chica) pasó de tener un consumo esporádico a consumir marihuana diariamente.

Las medidas tomadas tres meses después del fin de la intervención ofrecen resultados peores que los observados en el momento de concluir el Programa. En este sentido el consumo de cannabis con patrón de consumo diario se incrementó en un 10% y en menor medida los otros dos patrones. En total se observa un paso del 70% que terminó el Programa manifestando no haber consumido cannabis en el último mes al 55% en la media de seguimiento (Tabla 55).

Tabla 55. Evolución del consumo de marihuana (pre-seguimiento; total, hombres y mujeres)

		¿Has fumado marihuana o hachís alguna vez en tu vida? (pre)*												
		Total		Nunca		Esporádico		Habitual		Continuo		Diario		
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
En los últimos 30 días (seguimiento)	Total (N = 61)													
	Nunca	33	55,0%	6	75,0%	6	100%	10	76,9%	3	42,9%	8	30,8%	
	Habitual	8	13,3%	2	25,0%	0	--	0	--	2	28,6%	4	15,4%	
	Continuo	8	13,3%	0	--	0	--	1	7,7%	1	14,3%	6	23,1%	
	Diario	11	18,3%	0	--	0	--	2	15,4%	1	14,3%	8	30,8%	
	Total	60	100%	8	100%	6	100%	13	100%	7	100%	26	100%	
	Empeoran	6	10,0%	2	25,0%	0	--	3	23,1%	1	14,3%	0	--	
	HOMBRES													
	Nunca	21	47,7%	4	66,7%	2	100%	8	72,7%	1	20,0%	6	30,0%	
	Habitual	6	13,6%	2	33,3%	0	--	0	--	2	40,0%	2	10,0%	
	Continuo	8	18,2%	0	--	0	--	1	9,1%	1	20,0%	6	30,0%	
	Diario	9	20,5%	0	--	0	--	2	18,2%	1	20,0%	6	30,0%	
	Total	44	100%	6	100%	2	100%	11	100%	5	100%	20	100%	
	Empeoran	6	13,6%	2	33,3%	0	--	3	27,3%	1	20,0%	0	--	
	MUJERES													
	Nunca	12	75,0%	2	100%	4	100%	2	100%	2	100%	2	33,3%	
Habitual	2	12,5%	0	--	0	--	0	--	0	--	2	33,3%		
Diario	2	12,5%	0	--	0	--	0	--	0	--	2	33,3%		
Total	16	100%	2	100%	4	100%	2	100%	2	100%	6	100%		
Empeoran	0	--	0	--	0	--	0	--	0	--	0	--		

* Porcentajes sobre la columna

Por patrones de consumo, de los 16 que abandonaron su consumo diario, la mitad volvió a ese mismo patrón mientras que los cuatro restantes retomaron los consumos de marihuana todos o algunos fines de semana. En el resto de los patrones se produjo un empeoramiento de tres personas en el consumo habitual y de dos en aquellos o aquellas que no fumaban.

Con respecto a las diferencias halladas entre las y los adolescentes, los cambios son semejantes en cuanto al empeoramiento en el patrón de consumo diario. En el resto de los patrones no se observan cambios entre las chicas.

En la Tabla 56 se muestran de manera resumida los cambios más importantes con respecto al consumo de marihuana, entre los diferentes momentos de las medidas. Hay 57 de puntos de diferencia entre aquellos y aquellas que manifestaban no consumir marihuana al inicio de la intervención y los mismos que terminaron el proceso. Esta diferencia sobre el abandono del consumo de cannabis se reduce hasta el 55% en el seguimiento de los 3 meses. Las principales diferencias en este abandono se dan además

entre los que llegaron al Programa con un consumo diario. Salvo en los y las adolescentes que mantienen sus consumos de marihuana de los fines de semana, también se producen mejoras en aquellos que accedieron con un patrón de consumo habitual.

Tabla 56. Resumen de la evolución del consumo de marihuana (pre-post-seguimiento; total, hombres y mujeres)

¿Has fumado marihuana o hachís?						
	Preintervención		Posintervención		Seguimiento	
Total (N = 61)	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%
Nunca	8	13,3%	42	70,0%	33	55,0%
Esporádico	6	10,0%	0	--	0	--
Habitual	13	21,7%	6	10,0%	8	13,3%
Continuo	7	11,7%	7	11,7%	8	13,3%
Diario	26	43,3%	5	8,3%	11	18,3%
Hombres (n = 44)						
Nunca	6	13,6%	29	65,9%	21	47,7%
Esporádico	2	4,5%				
Habitual	11	25,0%	6	13,6%	6	13,6%
Continuo	5	11,4%	7	15,9%	8	18,2%
Diario	20	45,5%	2	4,5%	9	20,5%
Mujeres (n = 17)						
Nunca	2	12,5%	13	81,3%	12	75,0%
Esporádico	4	25,0%	0	--	0	--
Habitual	2	12,5%	0	--	2	12,5%
Continuo	2	12,5%	0	--	0	--
Diario	6	37,5%	3	18,8%	2	12,5%

El abandono de los consumos o la disminución de estos se dan de manera semejante entre los chicos y las chicas. En el caso de las chicas el porcentaje de abandono es mayor que en los chicos al finalizar la intervención y se mantienen más con ese compromiso tres meses después de la finalización.

Entre los chicos destaca el hecho que sólo dos de los 20 que manifestaron consumo diario de marihuana al comienzo de la intervención se mantuvieron con ese patrón al finalizar el proceso, aunque a los tres meses casi la mitad de los iniciales retomaron el fumar diariamente.

Cerca del 61% del total de los encuestados al principio y al final del proceso se mantuvieron con los mismos patrones de consumo de tabaco. Por el contrario, cerca de un tercio (26,7%) empeoraron sus patrones de consumo pasando por tanto a fumar más que cuando iniciaron el Programa. El resto (11,7%) redujeron el número de cigarrillos

fumados. Por patrones específicos, los mayores retrocesos se dieron entre aquellos y aquellas que tenían consumos de entre 1 y 5 cigarrillos diarios. También destaca el aumento del porcentaje de los que, no habiendo fumado en el último mes al iniciar el Programa, se marcharon de Suspertu habiéndolo hecho (Tabla 57).

Tabla 57. Evolución del consumo de tabaco (pre-post; total, hombres y mujeres)

¿Has fumado tabaco en los últimos 30 días? (pre)*												
	Total		Nunca		De 1 a 5 cigarrillos al día		Alrededor de 1/2 paquete al día		Alrededor de 1 paquete al día		Más de un paquete al día	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Total (N = 61)												
Nunca	14	23,3%	13	72,2%	0	--	1	5,9%	0	--	0	--
De 1 a 5 cigarrillos al día	19	31,7%	4	22,2%	12	63,2%	3	17,6%	0	--	0	--
Alrededor de 1/2 paquete al día	17	28,3%	1	5,60%	3	15,8%	10	58,8%	3	50,0%	0	--
Alrededor de 1 paquete al día	8	13,3%	0	--	3	15,8%	3	17,6%	2	33,3%	0	--
Más de un paquete al día	2	3,3%	0	--	1	5,3%	0	--	1	16,7%	0	--
Total	60	100%	18	100%	19	100%	17	100%	6	100%	0	--
Empeoran	16	26,7%	5	27,8%	7	36,8%	3	17,6%	1	16,7%		
Hombres (n = 44)												
Nunca	9	20,5%	9	64,3%	0	--	0	--	0	--	0	--
De 1 a 5 cigarrillos al día	17	38,6%	4	28,6%	10	62,5%	3	30,0%	0	--	0	--
Alrededor de 1/2 paquete al día	11	25,0%	1	7,1%	2	12,5%	6	60,0%	2	50,0%	0	--
Alrededor de 1 paquete al día	5	11,4%	0	--	3	18,8%	1	10,0%	1	25,0%	0	--
Más de un paquete al día	2	4,5%	0	--	1	6,3%	0	--	1	25,0%	0	--
Total	44	100%	14	100%	16	100%	10	100%	4	100%	0	--
Empeoran	13	29,5%	5	35,7%	6	37,5%	1	10,0%	1	25,0%		
Mujeres (n = 17)												
Nunca	5	31,3%	4	100%	0	--	1	14,3%	0	--	0	--
De 1 a 5 cigarrillos al día	2	12,5%	0	--	2	66,7%	0	--	0	--	0	--
Alrededor de 1/2 paquete al día	6	37,5%	0	--	1	33,3%	4	57,1%	1	50,0%	0	--
Alrededor de 1 paquete al día	3	18,8%	0	--	0	--	2	28,6%	1	50,0%	0	--
Más de un paquete al día	0	--	0	--	0	--	0	--	0	--	0	--
Total	16	100%	4	100%	3	100%	7	100%	2	100%	0	--
Empeoran	3	18,8%	0	--	1	33,3%	2	28,6%	0	--		

* Porcentajes sobre la columna

Las diferencias en función del sexo no son especialmente significativas. Los chicos se alinean con los resultados reflejados en la muestra total, mientras que, en las chicas, el porcentaje de aquellas que pasan a aumentar el número de cigarrillos consumidos es menor que en los varones y el porcentaje de las que se mantienen con los niveles de consumo iniciales es mayor.

Todas las diferencias encontradas justo al concluir la intervención y comentadas en la tabla anterior son aplicables a los resultados del seguimiento después de la misma y sin diferencias tampoco entre las chicas y los chicos (Tabla 58).

Tabla 58. Evolución del consumo de tabaco (pre-seguimiento; total, hombres y mujeres)

	¿Has fumado tabaco en los últimos 30 días? (pre)*											
	Total		Nunca		De 1 a 5 cigarrillos al día		Alrededor de 1/2 paquete al día		Alrededor de 1 paquete al día		Más de un paquete al día	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Total (N = 61)												
Nunca	15	25,0%	13	72,2%	1	5,3%	1	5,9%	0	--	0	--
De 1 a 5 cigarrillos al día	19	31,7%	5	27,8%	11	57,9%	3	17,6%	0	--	0	--
Alrededor de 1/2 paquete al día	19	31,7%	0	--	6	31,6%	10	58,8%	3	50,0%	0	--
Alrededor de 1 paquete al día	7	11,7%	0	--	1	5,3%	3	17,6%	3	50,0%	0	--
Total	60	100%	18	100%	19	100%	17	100%	6	100%	0	--
Empeoran	15	25,00%	5	27,8%	7	36,8%	3	17,6%	0	--		
Hombres (n = 44)												
Nunca	9	20,5%	9	64,3%	0	--	0	--	0	--	0	--
De 1 a 5 cigarrillos al día	18	40,9%	5	35,7%	10	62,5%	3	30,0%	0	--	0	--
Alrededor de 1/2 paquete al día	12	27,3%	0	--	5	31,3%	5	50,0%	2	50,0%	0	--
Alrededor de 1 paquete al día	5	11,4%	0	--	1	6,3%	2	20,0%	2	50,0%	0	--
Total	44	100%	14	100%	16	100%	10	100%	4	100%	0	--
Empeoran	13	29,5%	5	35,7%	6	37,5%	2	20,0%	0	--		
Mujeres (n = 17)												
Nunca	6	37,5%	4	100%	1	33,3%	1	14,3%	0	--	0	--
De 1 a 5 cigarrillos al día	1	6,3%	0	--	1	33,3%	0	0,0%	0	--	0	--
Alrededor de 1/2 paquete al día	7	43,8%	0	--	1	33,3%	5	71,4%	1	50,0%	0	--
Alrededor de 1 paquete al día	2	12,5%	0	--	0	--	1	14,3%	1	50,0%	0	--
Total	16	100%	4	100%	3	100%	7	100%	2	100%	0	--
Empeoran	2	12,50%	0	--	1	33,30%	1	14,30%	0	--		

* Porcentajes sobre la columna

La imagen del resumen en la evolución de los consumos de tabaco presentada en la Tabla 59, refleja muy pocos cambios en los patrones de consumo particulares y generales. Los chicos y chicas que acudieron al Programa por primera vez siguen fumando prácticamente lo mismo al inicio y al final de la intervención.

Tabla 59. Resumen de la evolución del consumo de tabaco (pre-post-seguimiento; total, hombres y mujeres)

¿Has fumado tabaco?						
Total	Preintervención		Postintervención		Seguimiento	
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%
Nunca	18	30,0%	14	23,3%	15	25,0%
De 1 a 5 cigarrillos al día	19	31,7%	19	31,7%	19	31,7%
Alrededor de 1/2 paquete al día	17	28,3%	17	28,3%	19	31,7%
Alrededor de 1 paquete al día	6	10,0%	8	13,3%	7	11,7%
Más de un paquete al día	0	--	2	3,3%	0	--
Hombres						
Nunca	14	31,8%	9	20,5%	9	20,5%
De 1 a 5 cigarrillos al día	16	36,4%	17	38,6%	18	40,9%
Alrededor de 1/2 paquete al día	10	22,7%	11	25,0%	12	27,3%
Alrededor de 1 paquete al día	4	12,5%	5	11,4%	5	11,4%
Más de un paquete al día	0	--	2	4,5%	0	--
Mujeres						
Nunca	4	25,0%	5	31,3%	6	37,5%
De 1 a 5 cigarrillos al día	3	18,8%	2	12,5%	1	6,3%
Alrededor de 1/2 paquete al día	7	43,8%	6	37,5%	7	43,8%
Alrededor de 1 paquete al día	2	12,5%	3	18,8%	2	12,5%
Más de un paquete al día	0	--	0	--	0	--

Aunque las diferencias sean escasas, entre los chicos se produce un porcentaje menor de los que no fumaron tabaco en el último mes con respecto a las mujeres. Tanto a la conclusión del Programa como en el seguimiento el porcentaje de los que fumaron se incrementó en algo más del 10%. Entre ellas disminuye el número total de fumadoras en cualquiera de los patrones, especialmente con una subida de más de 12 puntos a los tres meses después de la finalización.

Los resultados sobre la prevalencia de los consumos de alcohol a lo largo del proceso realizado en el Programa Suspertu no ofrecen información especialmente relevante. De manera general se mantienen tanto el número total de los que consumen bebidas alcohólicas, así como el patrón de ese consumo. Tampoco se observan diferencias entre las chicas y los chicos de la muestra. El patrón predominante es el centrado en algún fin de semana al mes, seguido de los consumos en todos los fines de semana. Estos patrones no experimentan variaciones entre el comienzo y el fin de la intervención (Tabla 60).

Tabla 60. Evolución del consumo de alcohol (pre-post; total, hombres y mujeres)

		¿Has consumido alcohol alguna vez en tu vida? (pre)*												
		Total		Nunca		Esporádico		Habitual		Continuo		Diario		
En los últimos 30 días (post)	Total	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
		Nunca	10	16,7%	4	80,0%	0	--	4	14,8%	2	13,3%	0	--
		Habitual	32	53,3%	1	20,0%	12	100%	18	66,7%	1	6,7%	0	--
		Continuo	16	26,7%	0	--	0	--	4	14,8%	11	73,3%	1	100%
		Diario	2	3,3%	0	--	0	--	1	3,7%	1	6,7%	0	--
		Total	60	100%	5	100%	12	100%	27	100%	15	100%	1	100%
		Empeoran	7	12,0%	1	20,0%	0	--	5	18,5%	1	6,7%	0	--
		Hombres												
		Nunca	8	18,2%	3	100%	0	--	3	15,8%	2	18,2%	0	--
		Habitual	24	54,5%	0	--	10	100%	13	68,4%	1	9,1%	0	--
		Continuo	10	22,7%	0	--	0	--	2	10,5%	7	63,6%	1	100%
		Diario	2	4,5%	0	--	0	--	1	5,3%	1	9,1%	0	--
		Total	44	100%	3	100%	10	100%	19	100%	11	100%	1	100%
		Empeoran	4	9,1%	0	--	0	--	3	15,8%	1	9,1%	0	--
	Mujeres													
	Nunca	2	12,5%	1	50,0%	0	0,00%	1	12,5%	0	--	0	--	
	Habitual	8	50,0%	1	50,0%	2	100%	5	62,5%	0	--	0	--	
	Continuo	6	37,5%	0	--	0	0,00%	2	25,0%	4	100%	0	--	
	Total	16	100%	2	100%	2	100%	8	100%	4	100%	0	--	
	Empeoran	3	18,7%	1	50,0%	0	--	2	25,0%	0	--	0	--	

* Porcentajes sobre la columna

Las diferencias encontradas en la medida realizada tres meses después de la intervención, al igual que en la medida post-intervención, ofrece pocas variaciones (Tabla 61). Los patrones de consumo se siguen manteniendo estables con respecto al principio del Programa. En términos de empeoramiento o traslado a patrones más problemáticos, 12 de los participantes modifican sus patrones. El cambio principal se produce entre aquellos que pasan de beber alcohol de algún fin de semana a todos los fines de semana en el último mes. En el caso de los cambios entre diferentes patrones las chicas parecen mantenerse más estables que los chicos. Los cambios a peor representan en los chicos más del 83% del total.

Tabla 61. Evolución del consumo de alcohol (pre-seguimiento; total, hombres y mujeres)

		¿Has consumido alcohol alguna vez en tu vida? (pre)*												
		Total		Nunca		Esporádico		Habitual		Continuo		Diario		
Total (N = 61)		<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	
En los últimos 30 días (post)	Nunca	4	6,7%	2	40,0%	0	--	2	7,4%	0	--	0	--	
	Habitual	37	61,7%	3	60,0%	11	91,7%	18	66,7%	5	33,3%	0	--	
	Continuo	18	30,0%	0	--	1	8,3%	7	25,9%	9	60,0%	1	100%	
	Diario	1	1,7%	0	--	0	--	0	--	1	6,7%	0	--	
	Total	60	100%	5	100%	12	100%	27	100%	15	100%	1	100%	
	Empeoran	12	20,0%	3	60,0%	1	8,3%	7	25,9%	1	6,7%	0	--	
	Hombres (n = 44)													
	Nunca	1	2,3%	1	33,3%	0	--	0	--	0	--	0	--	
	Habitual	28	63,6%	2	66,7%	9	90,0%	13	68,4%	4	36,4%	0	--	
	Continuo	14	31,8%	0	--	1	10,0%	6	31,6%	6	54,5%	1	100%	
	Diario	1	2,3%	0	--	0	--	0	--	1	9,1%	0	--	
	Total	44	100%	3	100%	10	100%	19	100%	11	100%	1	100%	
	Empeoran	10	25,0%	2	66,7%	1	10,0%	6	31,6%	1	9,1%	0	--	
Mujeres (n = 17)														
Nunca	3	18,8%	1	50,0%	0	--	2	25,0%	0	--	0	--		
Habitual	9	56,3%	1	50,0%	2	100%	5	62,5%	1	25,0%	0	--		
Continuo	4	25,0%	0	--	0	--	1	12,5%	3	75,0%	0	--		
Total	16	100%	2	100%	2	100%	8	100%	4	100%	0	--		
Empeoran	2	12,5%	1	50,0%	0	--	1	12,5%	0	--	0	--		

* Porcentajes sobre la columna

Tal y como se muestra en la tabla resumen de los consumos de alcohol a lo largo de la intervención y en los tres meses que siguen a esta (Tabla 62), las variaciones son casi imperceptibles. Tampoco se encuentran diferencias en los patrones analizados en función del sexo. Es decir, la prevalencia y los patrones de aquellos y aquellas que beben alcohol no se ven alterados como consecuencia del paso por el Programa.

Tabla 62. Resumen de la evolución del consumo de alcohol (pre-post-seguimiento; total, hombres y mujeres)

¿Has fumado marihuana o hachís?						
Total	Preintervención		Posintervención		Seguimiento	
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%
Nunca	5	8,3%	10	16,7%	4	6,7%
Esporádico	12	20,0%				
Habitual	27	45,0%	32	53,3%	37	61,7%
Continuo	15	25,0%	16	26,7%	18	30,0%
Diario	1	1,7%	2	3,3%	1	1,7%
Hombres						
Nunca	3	6,8%	8	18,2%	1	2,3%
Esporádico	10	22,7%				
Habitual	19	43,2%	24	54,5%	28	63,6%
Continuo	11	25,0%	10	22,7%	14	31,8%
Diario	1	2,3%	2	4,5%	1	2,3%
Mujeres						
Nunca	2	12,5%	2	12,5%	3	18,8%
Esporádico	2	12,5%				
Habitual	8	50,0%	8	50,0%	9	56,3%
Continuo	4	25,0%	6	37,5%	4	25,0%
Diario	0	--	0	--	0	--

Partiendo del hecho de que los consumos de otras drogas ilegales al margen de la marihuana son muy residuales entre los chicos y chicas que acuden a Susperu, las diferencias son también escasas con respecto al comienzo, al final y una vez transcurridos tres meses de la intervención. En cualquier caso, entre los pocos consumidores, que son solamente chicos se aprecian pequeñas mejoras con abandonos del consumo del consumo o trasvase a patrones menos problemáticos (Tabla 63 y Tabla 64).

Tabla 63. Evolución del consumo de cocaína, anfetamina o heroína (pre-post; total, hombres y mujeres)

¿Tomaste cocaína, speed, MDMA o heroína en tu vida? (pre)*													
Total	Total		Nunca		Esporádico		Habitual		Continuo		Diario		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Nunca	56	93,3%	44	97,8%	8	88,9%	2	66,7%	2	100%	0	--	
Esporádico	2	3,3%	1	2,2%	1	11,1%	0	--	0	--	0	--	
Habitual	1	1,7%	0	--	0	--	1	33,3%	0	--	0	--	
Continuo	1	1,7%	0	--	0	--	0	--	0	--	1	100%	
Total	60	100%	45	100%	9	100%	3	100%	2	100%	1	100%	
Empeoran	1	1,7%	1	2,2%	0	--	0	--	0	--	0	--	
Hombres													
Nunca	40	90,9%	32	97,0%	5	83,30%	2	66,7%	1	100%	0	--	
Esporádico	2	4,5%	1	3,0%	1	16,70%	0	--	0	--	0	--	
Habitual	1	2,3%	0	--	0	--	1	33,3%	0	--	0	--	
Continuo	1	2,3%	0	--	0	--	0	--	0	--	1	100%	
Total	44	100%	33	100%	6	100%	3	100%	1	100%	1	100%	
Empeoran	1	2,3%	1	3,0%	0	--	0	--	0	--	0	--	
Mujeres													
Nunca	16	100%	12	100%	3	100%	0	--	1	100%	16	100%	
Habitual	0	--	0	--	0	--	0	--	0	--	0	--	
Diario	0	--	0	--	0	--	0	--	0	--	0	--	
Total	16	100%	12	100%	3	100%	0	--	1	100%	16	100%	
Empeoran	0	--	0	--	0	--	0	--	0	--	0	--	

* Porcentajes sobre la columna

En los últimos 30 días (post)--

Tabla 64. Evolución del consumo de cocaína, anfetamina o heroína (pre-seguimiento; total, hombres y mujeres)

		¿Tomaste cocaína, speed, MDMA o heroína en tu vida? (pre)*												
		Total		Nunca		Esporádico		Habitual		Continuo		Diario		
Total		<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	
En los últimos 30 días (seguimiento)	Nunca	54	90,0%	43	95,6%	7	77,8%	2	66,7%	2	100%	0	--	
	Esporádico	4	6,7%	2	4,4%	2	22,2%	0	--	0	--	0	--	
	Habitual	2	3,3%	0	--	0	--	1	33,3%	0	--	1	100%	
	Total	60	100%	45	100%	9	100%	3	100%	2	100%	1	100%	
	Empeoran	2	3,3%	2	4,4%	0	--	0	--	0	--	0	--	
	Hombres													
	Nunca	38	86,4%	31	93,9%	4	66,7%	2	66,7%	1	100%	0	--	
	Esporádico	4	9,1%	2	6,1%	2	33,3%	0	--	0	--	0	--	
	Habitual	2	4,5%	0	--	0	--	1	33,3%	0	--	1	100%	
	Total	44	100%	33	100%	6	100%	3	100%	1	100%	1	100%	
	Empeoran	2	4,5%	2	6,1%	0	--	0	--	0	--	0	--	
	Mujeres													
	Nunca	16	100%	12	100%	3	100%			1	100%			
	Habitual	0	--	0	--	0	--	0	--	0	--	0	--	
	Diario	0	--	0	--	0	--	0	--	0	--	0	--	
Total	16	100%	12	100%	3	100%	0	--	1	100%	0	--		
Empeoran	0	--	0	--	0	--	0	--	0	--	0	--		

* Porcentajes sobre la columna

Al igual que ocurre con los consumos de estimulantes como la cocaína o los compuestos anfetamínicos y la heroína, los consumos de drogas alucinógenas son incluso más residuales entre la población que ingresa en el Programa. De esta manera los cambios presentados a lo largo del proceso son también simbólicos. La inmensa mayoría de los chicos y chicas que realizaron el proceso se mantuvieron sin este tipo de consumos, salvo un chico que paso a consumir drogas alucinógenas algún fin de semana en el último mes una vez concluida la intervención (Tabla 65). Y dos chicos que se sumaron a determinados consumos de manera esporádica en la medida de seguimiento posterior al fin de la intervención (Tabla 66). No se recogió ni un solo consumo de alucinógenos entre las chicas.

Tabla 65. Evolución del consumo de LSD o alucinógenos (pre-post; total, hombres y mujeres)

¿Has tomado LSD u otra droga psicodélica en tu vida? (pre)*												
Total (N = 60)	Total		Nunca		Esporádico		Habitual		Continuo		Diario	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Nunca	59	98,3%	52	98,1%	4	100%	1	100%	1	100%	1	100%
Esporádico	0	--	0	--	0	--	0	--	0	--	0	--
Habitual	1	1,7%	1	1,9%	0	--	0	--	0	--	0	--
Total	60	100%	53	100%	4	100%	1	100%	1	100%	1	100%
Empeoran	1	1,7%	1	1,9%	0	--	0	--	0	--	0	--
Hombres (n = 44)												
Nunca	43	97,7%	36	97,3%	4	100%	1	100%	1	100%	1	100%
Esporádico	0	--	0	--	0	--	0	--	0	--	0	--
Habitual	1	2,3%	1	2,7%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%
Total	44	100%	37	100%	4	100%	1	100%	1	100%	1	100%
Empeoran	1	2,30%	1	2,7%	0	--	0	--	0	--	0	--
Mujeres (n = 16)												
Nunca	16	100%	0	--	0	--	0	--	0	--	0	--
Habitual	0	--	0	--	0	--	0	--	0	--	0	--
Diario			0	--	0	--	0	--	0	--	0	--
Total	16	100%	0	--	0	--	0	--	0	--	0	--
Empeoran	0	--	0	--	0	--	0	--	0	--	0	--

En los últimos 30 días (post)

* Porcentajes sobre la columna

Tabla 66. Evolución del consumo de LSD o alucinógenos (pre-seguimiento; total, hombres y mujeres)

¿Has tomado LSD u otra droga psicodélica en tu vida?												
TOTAL	Total		Nunca		Esporádico		Habitual		Continuo		Diario	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Nunca	58	96,7%	52	98,1%	4	100%	1	100%	1	100%	0	--
Esporádico	2	3,3%	1	1,9%	0	--	0	--	0	--	1	100%
Total	60	100%	53	100%	4	100%	1	100%	1	100%	1	100%
Empeoran												
Hombres (n = 44)												
Nunca	42	95,5%	36	97,3%	4	100%	1	100%	1	100%	0	--
Esporádico	2	4,5%	1	2,7%	0	--	0	--	0	--	1	100%
Total	44	100%	37	100%	4	100%	1	100%	1	100%	1	100%
Empeoran	1	2,3%	1	2,7%	0	--	0	--	0	--	0	--
Mujeres (n = 16)												
Nunca	16	100%	0	--	0	--	0	--	0	--	0	--
Habitual	0	--	0	--	0	--	0	--	0	--	0	--
Diario	0	--	0	--	0	--	0	--	0	--	0	--
Total	16	100%	0	--	0	--	0	--	0	--	0	--
Empeoran	16	100%	0	--	0	--	0	--	0	--	0	--

En los últimos 30 días (seguimiento)

* Porcentajes sobre la columna

Las actitudes favorables al consumo de drogas y la percepción del riesgo que se tiene ante ellas representan otros de los factores de riesgo analizados en este estudio.

La pregunta “cuánto de malo te parece que alguien de tu edad consuma determinadas drogas” representa una importante dimensión de las actitudes hacia las drogas. Se aprecia un cambio significativo en este aspecto y referido a los consumos de marihuana en la muestra general de aquellos que culminan el proceso y se mantiene también en el seguimiento de los tres meses (Tabla 67). Este cambio en el aumento de la visión negativa del cannabis en sus iguales es mayor en las chicas que en los chicos. Lo malo que creen que son las drogas legales también refleja un pequeño aumento entendido como riesgo en la muestra general, aunque con escasa significación.

Tabla 67. Evolución de la actitud frente a los consumos de drogas (pre-post-seguimiento)

Cómo de malo te parece... (0-3)	Pre		Post		Seg		F	Pre-post		Pre-seg		Post-seg	
	M	D.T.	M	D.T.	M	D.T.		t	d	t	d	t	d
fume cigarrillos	2,07	0,96	1,83	0,83	1,9	0,92	2,20	1,9*	0,3	1,3	0,2	0,7	0,1
beba cerveza, vino o alcohol fuerte (por ejemplo: vodka, whisky o ginebra) regularmente	1,65	0,92	1,73	0,89	1,61	1,01	0,40	0,5	0,1	0,3	0,1	1,0	0,1
fume marihuana o hachís	1,70	1,06	1,39	0,89	1,34	0,96	4,8*	2,4**	0,3	2,5**	0,3	0,5	0,1
tome LSD, cocaína, heroína, anfetaminas u otra droga de consumo ilegal	0,38	0,78	0,32	0,57	0,32	0,66	0,20	0,4	0,1	0,5	0,1	0	0
Hombres													
fume cigarrillos	2,02	0,96	1,72	0,83	1,84	0,95	1,3	2,0*	0,3	1,2	0,2	0,9	0,1
beba cerveza, vino o alcohol fuerte (por ejemplo: vodka, whisky o ginebra) regularmente	1,66	0,89	1,7	0,9	1,58	1,1	2,1	0,1	0,1	0,5	0,1	0,7	0,1
fume marihuana o hachís	1,57	1,07	1,4	0,87	1,3	0,96	1,4	1,1	0,2	1,4	0,2	0,7	0,1
tome LSD, cocaína, heroína, anfetaminas u otra droga de consumo ilegal	0,41	0,87	0,3	0,56	0,3	0,67	0,4	0,7	0,1	0,7	0,1	0	0
Mujeres													
fume cigarrillos	2,19	0,98	2,13	0,98	2,06	0,85	0,2	0,3	0,1	0,6	0,1	0,6	0,1
beba cerveza, vino o alcohol fuerte (por ejemplo: vodka, whisky o ginebra) regularmente	1,63	1,03	1,81	0,91	1,69	1	0,4	0,7	0,2	0,3	0,1	1,0	0,2
fume marihuana o hachís	2,06	1,00	1,38	0,96	1,44	0,96	7,4*	3,2**	0,8	2,8**	0,7	0,4	0,1
tome LSD, cocaína, heroína, anfetaminas u otra droga de consumo ilegal	0,31	0,48	0,38	0,62	0,38	0,62	0,1	0,3	0,1	0,3	0	--	--

* $p < ,05$; ** $p < ,01$; *** $p < ,001$

Preguntados por el daño que producen los consumos de drogas y sus correspondientes patrones o frecuencias de consumo, las diferencias entre los tres momentos de medida son pequeñas (Tabla 68). Se aprecia claramente una percepción inicial por encima de la media con respecto a la frecuencia de los consumos, más que por el tipo de droga consumida. En cualquier caso, se encuentran diferencias significativas que aumentan la percepción del riesgo asociado a los consumos de marihuana entre las medidas pre y post-intervención. El consumo de cannabis de manera esporádica no se percibe como una situación de riesgo, ni al comienzo de la intervención, ni al finalizar el programa, ni en los tres meses siguientes. Tampoco son significativos ni en los chicos ni en las chicas los cambios en el resto de los consumos y sus frecuencias asociadas. Estas se mantienen en un nivel de percepción de riesgo adecuado y sostenido a lo largo de la intervención.

Tabla 68. Evolución de la percepción de riesgo ante los consumos (pre-post-seguimiento)

Cuanto daño crees que se hace quien... (0-3)	Pre		Post		Seg		F	Pre-post		Pre-seg		Post-seg	
	M	D.T.	M	D.T.	M	D.T.		t	d	t	d	t	d
fuma uno o dos paquetes de cigarrillos al día	0,20	0,40	0,21	0,41	0,26	0,54	0,5	0,2	0,1	0,9	0,1	0,6	0,1
bebe uno o dos tragos de bebidas alcohólicas (cerveza, vino) casi todos los días	1,15	0,94	1,32	0,87	1,45	1	2,7	1,2	0,2	2,1*	0,3	0,7	0,1
prueba marihuana una o dos veces	2,15	0,85	2,13	0,94	2,11	0,95	0,1	0,1	0,1	0,3	0,1	0,1	0,1
fuma marihuana o hachís regularmente	0,70	0,74	0,54	0,62	0,66	0,76	1,7	1,8*	0,2	0,5	0,1	0,3	0,2
Hombres (n = 44)													
fuma uno o dos paquetes de cigarrillos al día	0,23	0,42	0,25	0,42	0,32	0,6	0,5	0,3	0,1	1,0	0,1	0,6	0,1
bebe uno o dos tragos de bebidas alcohólicas (cerveza, vino) casi todos los días	1,21	0,97	1,4	0,95	1,6	0,95	2,8	1,1	0,2	2,2*	0,3	0,8	0,1
prueba marihuana una o dos veces	2,20	0,80	2,14	0,93	2,2	0,95	0,1	0,5	0,1	0	--	0,4	0,1
fuma marihuana o hachís regularmente	0,73	0,76	0,52	0,59	0,66	0,78	0,3	1,8*	0,3	0,5	0,1	1,2	0,2
Mujeres (n = 17)													
fuma uno o dos paquetes de cigarrillos al día	0,12	0,33	0,12	0,33	0,12	0,33	0	0	--	0	--	--	--
bebe uno o dos tragos de bebidas alcohólicas (cerveza, vino) casi todos los días	1,00	0,87	1,12	0,93	1,06	1,1	0,2	0,6	0,1	0,3	0,1	0,4	0,1
prueba marihuana una o dos veces	2,00	1,00	2,1	1	1,88	0,93	0,6	0,4	0,1	0,5	0,1	1,7	0,4
fuma marihuana o hachís regularmente	0,67	0,72	0,6	0,73	0,67	0,72	0	0,4	0,1	0	--	0,6	0,1

* $p < ,05$

Junto a los consumos de drogas como puerta principal de entrada y objeto fundamental de la intervención desarrollada en el Programa Suspertu se describen otra serie de comportamientos que pueden poner en riesgo el desarrollo de los y las adolescentes (Tabla 69). Este tipo de conductas ampliamente desarrolladas con respecto

al inicio en un apartado anterior, presentan un descenso generalizado entre la conclusión del proceso y el seguimiento del mismo a los tres meses. De manera significativa se reducen los comportamientos relacionados con los robos en comercios, el trapicheo o menudeo de drogas ilegales, la participación en actos vandálicos, las peleas, portar armas y consumir drogas antes o durante la jornada escolar. También se redujo de manera significativa el número de ocasiones en las que se pusieron en riesgo viajando junto a un conductor o conductora que hubiera bebido alcohol respecto a la medida del seguimiento. Se encontraron diferencias, aunque no significativas en el resto de comportamientos, entre las que destaca una reducción de las relaciones sexuales de riesgo en cerca de 17 puntos porcentuales entre el inicio de la intervención y el seguimiento.

Tabla 69. Evolución de otros comportamientos de riesgo pre-post-seguimiento

	Pre		Post		Seg		Pre-post		Pre-seg.		Post-seg.	
	N	%	n	%	n	%	χ^2 (g.l. = 1)	phi	χ^2 (g.l. = 1)	phi	χ^2 (g.l. = 1)	phi
Total (N = 61)												
Expulsión centro educativo	11	18,3%	5	8,2	2	3,3	1,7	0,17	2	0,18	n.a.	--
¿Vendiste drogas de consumo ilegal?	21	35,0%	7	11,5	8	13,3%	4,7*	0,28	6,5*	0,33	n.a.	--
¿Robaste en alguna tienda o supermercado?	18	30,0%	12	19,7	10	16,4	9,6**	0,4	2,3	0,19	n.a.	--
¿Participaste en un acto vandálico (destrozo de mobiliario urbano o coches)?	13	21,7%	4	6,6	3	4,9	7,2**	0,35	3,8	0,25	n.a.	--
¿Estuviste borracho o drogado en el centro educativo?	23	38,3%	6	9,8	8	13,1	5,7*	0,31	5,2*	0,3	n.a.	--
¿Atacaste a alguien con la idea de herirlo gravemente?	8	13,3%	4	6,6	2	3,3	14,1***	0,49	2,4	0,2	n.a.	--
¿Llevaste un arma?	7	11,7%	2	3,3	4	6,6	2,9	0,22	6,1*	0,32	n.a.	--
¿No usaste preservativo u otro tipo de anticonceptivo en alguna actividad sexual?	17	28,8%	12	19,7	7	11,5	3,3	0,24	n.a.		n.a.	--
¿Viajaste con un conductor/a que había bebido alcohol?	20	33,3%	14	23,3	14	23,3	2,7	0,21	4,7*	0,28	n.a.	--
¿Robaste joyas u oro a tus padres para luego venderlas?	6	10,0%	1	1,6	0		9,1**	0,39	n.a.		n.a.	--

* $p < ,05$; ** $p < ,01$; *** $p < ,001$

Los cambios de la muestra general arriba mencionados son más evidentes entre los chicos ya que las chicas presentan menos conductas de riesgo que ellos. Además, el hecho de que la muestra femenina esté compuesta sólo por 17 chicas dificulta evaluar los cambios que se hayan podido dar. Así pues, los cambios registrados y comentados

en la muestra general son semejantes a los encontrados entre la población masculina que realizó el Programa Suspertu (Tabla 70).

Tabla 70. Evolución de otros comportamientos de riesgo pre-post-seguimiento (hombres y mujeres)

	Pre		Post		Seg.		Pre-post		Pre-seg.		Post-seg.
	N	%	n	%	n	%	χ^2 (g.l. = 1)	phi	χ^2 (g.l. = 1)	phi	χ^2 (g.l. = 1)
Hombres (n = 44)											
Expulsión centro educativo	10	22,7%	4	9,1%	2	4,5%	1,8	0,21	0,9	0,14	n.a.
Vendiste drogas de consumo ilegal	19	43,2%	7	15,9	8	18,2	2,7	0,25	4,0*	0,3	n.a.
¿Robaste en alguna tienda o supermercado?	15	34,1%	9	20,5%	8	18,2	5,3*	0,35	1,1	0,16	n.a.
¿Participaste en un acto vandálico (destrozo de mobiliario urbano o coches)?	13	29,5%	4	9,1	3	6,8	4,4*	0,31	2,1	0,22	n.a.
¿Estuviste borracho o drogado en el centro educativo?	19	43,2%	5	11,4%	7	15,9%	3,1	0,27	2,7	0,25	n.a.
Atacaste a alguien con la idea de herirlo gravemente	7	15,9%	4	9,1	2	4,5%	11,5***	0,51	1,8	0,2	n.a.
Llevaste un arma	7	15,9%	2	4,5%	3	6,8%	1,8	0,2	6,2*	0,37	n.a.
¿No usaste preservativo u otro tipo de anticonceptivo en alguna actividad sexual?	13	30,2%	10	22,7	5	11,4%	2,4	0,24	0,3	0,08	n.a.
Viajaste con un conductor/a que había bebido alcohol	16	36,4%	10	22,7%	12	27,3%	1,3	0,18	3,4	0,28	n.a.
Robaste joyas u oro a tus padres para luego venderlas	2	4,5%	1	2,3%	0	--	n.a.		n.a.		n.a.
Mujeres (n = 17)											
Expulsión centro educativo	1	6,3%	1	6,3%	0	--	n.a.		n.a.		n.a.
Vendiste drogas de consumo ilegal	2	12,5%	0	--	0	--	n.a.		n.a.		n.a.
¿Robaste en alguna tienda o supermercado?	3	18,8%	3	18,8%	2	12,5%	n.a.		n.a.		n.a.
¿Participaste en un acto vandálico (destrozo de mobiliario urbano o coches)?	0	--	0	--	0	--	n.a.		n.a.		n.a.
¿Estuviste borracho o drogado en el centro educativo?	4	25,0%	1	6,3%	1	6,3%	n.a.		n.a.		n.a.
Atacaste a alguien con la idea de herirlo gravemente	1	6,3%	0	--	0	--	n.a.		n.a.		n.a.
Llevaste un arma	0	--	0	--	1	6,3%	n.a.		n.a.		n.a.
¿No usaste preservativo u otro tipo de anticonceptivo en alguna actividad sexual?	4	25,0%	2	12,5%	2	12,5%	n.a.		n.a.		n.a.
Viajaste con un conductor/a que había bebido alcohol	4	25,0%	4	25,0%	2	12,5%	n.a.		n.a.		n.a.
Robaste joyas u oro a tus padres para luego venderlas	4	25,0%	0	--	0	--	n.a.		n.a.		n.a.

n.a. = no aplicable porque el número de casillas con recuento menor que 5 mayor del 20%

4.3.6. Nivel de problemática percibida en las diferentes áreas

La última de las escalas administradas dentro del marco del estudio de las variables personales, ofrece información sobre la percepción de los y las adolescentes acerca de sus problemas asociados a las diferentes esferas de su vida. El análisis de la

muestra general ofrece cambios significativos con tamaños del efecto entre moderados y grandes en todas las áreas evaluadas salvo en lo concerniente a las relaciones de pareja. En este sentido es importante destacar que la gran mayoría de los participantes en la investigación no manifestaban tener pareja ni al inicio ni a la conclusión del Programa. Así pues, se destacan descensos significativos en la problemática percibida en las áreas del ámbito escolar, social, tiempo libre, familiar y también de manera global y general Tabla 71.

Se encuentran cambios significativos con tamaños del efecto entre grandes y moderados prácticamente por igual entre los y las adolescentes. En el caso de las chicas los cambios son más pronunciados con tamaños del efecto grandes especialmente centrados en el entorno familiar y en la valoración global. Entre los chicos los cambios más significativos se dan en el ámbito académico.

Tabla 71 Evolución en la inadaptación (total, hombres y mujeres)

	Preintervención		Posintervención		Seguimiento		F	Pre-Post		Pre-Seg		Post-Seg	
	M	D.T.	M	D.T.	M	D.T.		t	d	t	d	t	d
Total (N = 61)													
Estudios	2,43	1,2	1,62	1,4	1,3	1,3	19,36***	3,9***	0,58	6,0***	0,87	2	0,25
Social	1,9	1,5	0,9	1,2	1	1,5	16,81***	5,0***	0,83	4,3***	0,60	0,6	-0,07
Tiempo Libre	1,89	1,4	1,25	1,4	1,11	1,4	7,12***	2,8**	0,46	3,6**	0,56	0,6	0,10
Pareja	1,08	1,4	0,77	1,2	0,73	1,2	1,74	1,4	0,26	1,8	0,29	0,2	0,03
Familia	2,87	1,4	1,69	1,7	1,66	1,5	18,11***	5,0***	0,69	4,9***	0,81	0,2	0,02
Global	2,45	1,3	1,5	1,4	1,4	1,3	17,44***	4,3***	0,68	5,2***	0,81	0,6	0,08
General	12,61	5,2	7,77	6,7	7,25	6,7	22,12***	5,4***	0,72	5,8***	0,80	0,6	0,08
Hombres (n = 44)													
Estudios	2,39	1,2	1,59	1,3	1,32	1,2	13,21***	3,6**	0,62	4,8***	0,89	1,3	0,23
Social	1,61	1,5	0,84	1	0,95	1,1	7,54***	3,4**	0,77	2,6*	0,60	0,8	-0,10
Tiempo Libre	1,84	1,4	1,32	1,4	1,07	1,3	4,61*	1,9	0,37	3,0**	0,59	1	0,19
Pareja	1,11	1,4	0,95	1,3	0,77	1,2	2,00	0,6	0,12	1,4	0,28	0,8	0,15
Familia	2,7	1,3	1,73	1,8	1,7	1,5	8,41***	3,5**	0,54	3,3**	0,67	0,1	0,02
Global	2,25	1,3	1,5	1,4	1,43	1,3	8,19***	3,0**	0,54	3,3**	0,63	0,4	0,05
General	11,91	5,3	7,93	6,7	7,25	6,5	11,72***	4,0***	0,59	4,1***	0,72	0,7	0,10
Mujeres (n = 17)													
Estudios	2,53	1,3	1,71	1,6	1,24	1,4	5,9**	1,7	0,51	3,6**	0,92	1,6	0,34
Social	2,65	1,2	1,06	1,6	1,12	1,5	11,28***	4,0**	0,99	4,9***	1,02	0,1	-0,04
Tiempo Libre	2	1,4	1,06	1,3	1,24	1,6	2,90	2,2*	0,72	2,1	0,48	0,4	-0,11
Pareja	1	1,5	0,25	0,8	0,63	1,3	2,01	2	0,94	1,1	0,28	1,9	-0,29
Familia	3,29	1,5	1,59	1,4	1,53	1,4	13,06***	3,9**	1,21	4,4***	1,26	0,2	0,04
Global	3	1,2	1,5	1,5	1,31	1,5	11,42***	3,4**	1,00	5,4***	1,13	0,5	0,13
General	14,41	4,9	7,35	7,1	7,24	7,2	11,79***	3,8**	0,99	4,5***	1,00	0,1	0,02

* $p < ,05$; ** $p < ,01$; *** $p < ,001$

4.3.7. Variables de proceso en el programa

Además de los datos obtenidos a través de los cuestionarios autoinformados, el Programa Suspertu dispone de una base datos propia en la que se recogen diferentes datos o variables de proceso. Estos datos recogen diversa información obtenida en las entrevistas con los adolescentes y con los familiares de estos y se ve complementada o enriquecida desde la perspectiva del evaluador.

En el ámbito de los consumos de drogas se recoge información contrastada sobre su prevalencia y sobre si han participado en un plan de analíticas consensuado con sus progenitores como herramienta para el control de los consumos. En el primero de los casos los datos obtenidos y referidos a los consumos de marihuana en el momento de acceso a Suspertu no difieren prácticamente en nada con los obtenidos en los cuestionarios autoinformados. Tal y como puede observarse en la Tabla 72, existen diferencias significativas entre el nivel de consumo de las chicas y el de los chicos. Estos acceden mayoritariamente consumiendo cannabis, frente a algo más de un tercio de las mujeres que reconocen fumar marihuana.

Tabla 72 Consumos contrastados y plan de analíticas (muestra total y hombres/mujeres)

	Total (N = 56)		Hombre (n = 44)		Mujer (n = 16)		χ^2 (g.l. = 1)	p	phi
	N	%	n	%	n	%			
Consumo al inicio	43	70,5%	37	84,1%	6	35,3%	14,0	<,001	0,48
Plan de analíticas	38	34	77,3%	34	4	23,5%	15,1	<,001	0,50

Más del 88% de los y las que admitieron consumir drogas ilegales al inicio de la intervención aceptaron participar en un plan de analíticas específico y consensuado con sus padres y madres. Casi un 92% de los chicos que reconocieron consumos de marihuana se implicaron en un plan, frente al 66,7% de las chicas fumadoras de cannabis que accedieron a realizarlo.

El resultado final del proceso se etiqueta según la metodología del Programa en función del cumplimiento de los objetivos o del tipo de la salida. El cumplimiento de los objetivos planteados tras el estudio de la evaluación inicial conlleva un resultado tipificado como de Alta Terapéutica. El cumplimiento parcial de los objetivos supone un Fin de Programa. El resto de las salidas se catalogan como salidas negativas y se corresponden con un Abandono voluntario o una salida por incumplimiento de las condiciones estipuladas. Además, en ocasiones puede darse una salida intermedia y que se relaciona con una Derivación a otro recurso.

La gran mayoría de los participantes en este estudio concluyeron el proceso con el resultado de Alta Terapéutica. Este porcentaje fue mayor entre los chicos que rozaron el 90% que entre las chicas. En este último caso tres de cada cuatro de las adolescentes que participaron en el Programa lo concluyeron con un resultado de Alta. De esta manera las salidas parciales o fines de programa fueron mayores entre las chicas. El único caso de la muestra que terminó abandonando en Programa fue un varón (Tabla 73).

Tabla 73 Tipos de salida del programa y promedio de citas (muestra total y hombres/mujeres)

	Total (N = 61)		Hombre (n = 44)		Mujer (n = 17)		χ^2 (g.l. = 1)	p	phi
	N	%	n	%	n	%			
Tipo de salida									
Abandono	1	1,6%	1	2,3%	0	--			
Fin de programa	8	13,1%	4	9,1%	4	23,5%	2,1	,144	
Alta terapéutica	52	85,2%	39	88,6%	13	76,5%			
	<i>Media</i>	<i>D.T.</i>	<i>Media</i>	<i>D.T.</i>	<i>Media</i>	<i>D.T.</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
Asistencia (%)									
Abandono	---	--	--	--	--	--	--	--	--
Fin de programa	82,56	15,7	85,9	5,3	79,2	22,7	0,6	,293	0,4
Alta terapéutica	89,80	8,8	89,0	7,8	92,1	11,2	1,1	,137	0,3
Promedio de citas									
Abandono	---	--	--	--	--	--	--	--	--
Fin de programa	19	7,5	22,0	5,7	16	8,7	1,2	,140	0,9
Alta terapéutica	17,5	5,9	17,9	5,2	16,2	7,7	0,9	,366	0,3

En la base de datos se registra de manera exhaustiva tanto las citas concertadas como las que finalmente se acaban realizando. El porcentaje total del cumplimiento de las citas acordadas es muy alto, cercano al 90% y sin diferencias entre los chicos y las chicas. Tampoco se aprecian grandes diferencias en función del tipo de salida o resultado en el proceso (Tabla 73).

Si atendemos al número de citas totales a las que acaban acudiendo los participantes en esta muestra, el número es de un día y medio superior para los casos en los que salida suponen un cumplimiento parcial de los objetivos inicialmente planteados. De tal manera que la estancia media ronda los 6 meses y suponen cerca de 20 sesiones de trabajo.

Incorporado a la política de calidad y mejora continua de los procesos y servicios de la Fundación Proyecto Hombre de Navarra y por ende del Programa

Suspertu, en el momento en que se finaliza la intervención se administra de manera anónima un cuestionario de satisfacción a todos los participantes. Tanto a los familiares como a los y las adolescentes. La información obtenida a partir de estos formularios es de suma importancia para validar la atención prestada y aportar datos que promuevan la mejora de las intervenciones.

Los resultados obtenidos en las encuestas de satisfacción y más allá de los resultados obtenidos por cada uno de los participantes durante el proceso, son altamente positivos (Tabla 74). Sumadas las puntuaciones medias de todos los ítems y sobre una calificación en una escala de 10, la nota sería de notable alto (8).

Sobre la muestra total el 100% de los chicos y chicas que participaron en Suspertu califican la calidad del servicio entre buena y excelente. De hecho, casi el 70% la calificó de excelente. El 70% volvería al Programa si fuera necesario y cerca del 92% probablemente o con certeza se lo recomendarían a un amigo con problemas.

Tabla 74 Satisfacción con el programa (muestra total)

	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>Media</i>	<i>D.T.</i>
¿Como calificaría la calidad del servicio que ha recibido? (0-3)	0	--	0	--	19	31,1%	42	68,9%	2,69	0,5
		Mala		Regular		Buena		Excelente		
¿Encontró la clase de servicio que buscaba? (0-3)	4	6,6%	3	4,9%	33	54,1%	21	34,4%	2,16	0,8
		No		Sí, parcialmente		Sí, en general		Sí, totalmente		
¿En qué medida nuestro programa ha satisfecho sus necesidades? (0-3)	2	3,3%	6	9,8%	29	47,5%	24	39,3%	2,23	0,8
		Ninguna		Parcialmente		En general		Totalmente		
Si un amigo necesitara una ayuda similar le recomendaría nuestro programa? (0-3)	2	3,3%	3	4,9%	17	27,9%	39	63,9%	2,52	0,7
		No		Probablemente no		Probablemente, sí		Sí		
¿En qué medida está satisfecho con el tipo de ayuda recibida? (0-3)	2	3,3%	2	3,3%	36	59%	21	34,4%	2,25	0,7
		Poco		Bastante		Mucho		Muchísimo		
¿Le han ayudado los servicios que ha recibido a hacer frente más eficazmente a sus problemas? (0-3)	0	--	8	13,1%	28	45,9%	25	41%	2,28	0,7
		Nada		Poco		Bastante		Mucho		
En conjunto, en qué medida está satisfecho con el servicio recibido? (0-3)	0	--	4	6,6%	27	44,3%	30	49,2%	2,43	0,6
		No		Probablemente no		Probablemente, sí		Sí		
Si tuviera que buscar ayuda otra vez ¿volvería a nuestro programa? (0-3)	2	3,3%	1	1,6%	15	24,6%	43	70,5%	2,62	0,7

En la Tabla 75 se presentan los resultados de las encuestas de satisfacción segregadas por sexo. No se encuentran diferencias significativas entre los y las adolescentes que participaron en Susperu. La nota media en ambos casos se acerca al notable alto en una escala de diez. Los chicos valoran el servicio con una calificación de 7,9 y las chicas con un 8,2. En lo particular tanto ellas como ellos destacan la calidad de la intervención ofrecida por los y las profesionales del recurso.

Tabla 75 Satisfacción con el programa (hombres y mujeres)

	N	%	N	%	N	%	N	%	Media	D.T.
Hombres	Mala		Regular		Buena		Excelente			
¿Como calificaría la calidad del servicio que ha recibido? (0-3)	0	--	0	--	15	34,1	29	65,9	2,66	0,5
	No		Sí, parcialmente		Sí, en general		Sí, totalmente			
¿Encontró la clase de servicio que buscaba?	3	6,8	2	4,5	24	54,5	15	34,1	2,16	0,8
	Ninguna		Parcialmente		En general		Totalmente			
¿En qué medida nuestro programa ha satisfecho sus necesidades?	2	4,5	5	11,4	20	45,5	17	38,6	2,18	0,8
	No		Probablemente no		Probablemente, sí		Sí			
¿Si un amigo necesitara una ayuda similar le recomendaría nuestro programa?	1	2,3	3	6,8	12	27,3	28	63,6	2,52	0,7
	Poco		Bastante		Mucho		Muchísimo			
¿En qué medida está satisfecho con el tipo de ayuda recibida?	2	4,5	2	4,5	28	63,6	12	27,3	2,14	0,7
	Nada		Poco		Bastante		Mucho			
¿Le han ayudado los servicios que ha recibido a hacer frente más eficazmente a sus problemas?	0		6	13,6	20	45,5	18	40,9	2,27	0,7
¿En conjunto, en qué medida está satisfecho con el servicio recibido?	0		3	6,8	20	45,5	21	47,7	2,41	0,6
	No		Probablemente no		Probablemente, sí		Sí			
Si tuviera que buscar ayuda otra vez ¿volvería a nuestro programa?	1	2,3	0		13	29,5	30	68,2	2,64	0,6
Mujeres	Mala		Regular		Buena		Excelente			
¿Como calificaría la calidad del servicio que ha recibido?					4	23,5	13	76,5	2,76	0,4
	No		Sí, parcialmente		Sí, en general		Sí, totalmente			
¿Encontró la clase de servicio que buscaba?	1	5,9	1	5,9	9	52,9	6	35,3	2,18	0,8
	Ninguna		Parcialmente		En general		Totalmente			
¿En qué medida nuestro programa ha satisfecho sus necesidades?			1	5,9	9	52,9	7	41,2	2,35	0,6
	No		Probablemente no		Probablemente, sí		Sí			
¿Si un amigo necesitara una ayuda similar le recomendaría nuestro programa?	1	5,9	0		5	29,4	11	64,7	2,53	0,8
	Poco		Bastante		Mucho		Muchísimo			
¿En qué medida está satisfecho con el tipo de ayuda recibida?	0		0		8	47,1	9	52,9	2,53	0,5
	Nada		Poco		Bastante		Mucho			
¿Le han ayudado los servicios que ha recibido a hacer frente más eficazmente a sus problemas?	0		2	11,8	8	47,1	7	41,2	2,29	0,7
¿En conjunto, en qué medida está satisfecho con el servicio recibido?	0		1	5,9	7	41,2	9	52,9	2,47	0,6
	No		Probablemente no		Probablemente, sí		Sí			
Si tuviera que buscar ayuda otra vez ¿volvería a nuestro programa?	1	5,9	1	5,9	2	11,8	13	76,5	2,59	0,9

5. Conclusiones

En este apartado de la investigación se exponen las principales conclusiones obtenidas en relación con los objetivos e hipótesis formulados en el epígrafe 2 de la parte empírica.

El **primer objetivo** del trabajo plantea conocer el perfil sociodemográfico de los y las adolescentes que acuden al programa de prevención indicada Suspertu. Entre las características que se recogen para determinar este perfil se encuentran la edad de inicio en el Programa, el núcleo familiar de convivencia, su ocupación formativo-laboral, así como su implicación en problemas judiciales y diagnósticos de salud mental. A partir de este objetivo se plantea una primera hipótesis sobre las características sociodemográficas con las que acceden los y las adolescentes (Tabla 76).

Tabla 76 Contraste de la hipótesis correspondiente al primer objetivo

Hipótesis del primer objetivo	Confirmación
1. La mayoría de los adolescentes que inicien su andadura en el Programa Suspertu serán chicos. La edad de acceso estará por debajo de los 18 años y provendrán en mayor medida de familias diferentes a las de origen. Se encontrarán cursando algún tipo de formación reglada y presentarán problemática judicial . Además, un porcentaje importante tendrá problemas de salud mental asociados .	Parcial*

* La parte de la hipótesis que se ha confirmado figura en negrita

La **primera hipótesis** plantea que habrá una mayor proporción de chicos que de chicas entre los participantes en el programa. Que serán menores de edad y que convivirán mayoritariamente en familias reconstituidas diferentes a las de su origen. La mayoría de ellos y ellas se encontrarán cursando formación reglada. Además, un porcentaje importante tendrá diagnosticado un problema de salud mental y habrá tenido problemas en el ámbito judicial.

A tenor de los resultados obtenidos, **se confirma la primera hipótesis sólo parcialmente** ya que, aunque se cumple que los y las adolescentes que acceden al Programa por primera vez son mayoritariamente chicos, menores de edad, estudiantes y presentan un porcentaje importante de problemática judicial y trastornos de salud mental, no se cumple la predicción con respecto al núcleo de convivencia. En concreto

la mayoría de ellos y ellas conviven con sus familias de origen y no provienen de familias desestructuradas.

El **segundo de los objetivos** pretende conocer el estado o la situación de los y las adolescentes al inicio de la intervención y en los siguientes ámbitos: personal, familiar, escolar y de ocio. Para ello se han establecido seis hipótesis que hacen referencia por un lado a diferentes variables de personalidad, sintomatología psicopatológica, grado de problemática percibida y prevalencia de comportamientos de riesgo. Por otro lado, otras que tienen que ver con factores de riesgo asociados a los ámbitos familiar, escolar y de ocio (Tabla 77).

Tabla 77 Contraste de las hipótesis correspondientes al segundo objetivo

Hipótesis del segundo objetivo	Confirmación
2. En el área personal, se espera que los y las adolescentes presenten un alto grado de búsqueda de sensaciones y de impulsividad, baja autoeficacia, baja autoestima, escasa tolerancia a la frustración, bajo nivel de planificación y toma de decisiones. Además, mostrarán poca capacidad empática y pocas habilidades sociales. En búsqueda de sensaciones e impulsividad se espera que los chicos presenten puntuaciones más altas. Las chicas presentarán mayor capacidad empática y mejores habilidades sociales.	Parcial*
3. El/la adolescente tipo que acceda al programa Suspertu presentará mayor sintomatología psicopatológica que los/as adolescentes de su edad y además las mujeres presentarán más malestar psicológico que los chicos.	Sí
4. En el ámbito familiar serán significativas las situaciones de conflictividad familiar , las dificultades con la gestión de las normas y la supervisión, así como los problemas con la comunicación. Las chicas que acudan al Programa presentarán mayor nivel de problemática en el entorno familiar que los chicos.	Parcial*
5. Atendiendo a los factores de riesgo y protección del ámbito escolar y de ocio, el rendimiento escolar de los y las adolescentes será bajo en el inicio de la intervención. Se espera un alto porcentaje de fracaso escolar entendido como la repetición de algún curso escolar. Además, presentarán un alto grado de absentismo escolar y una baja implicación. Las chicas tendrán menores índices de repetición y mejores resultados	Sí

académicos. En lo relativo al ocio, la mayoría no participarán en actividades de ocio estructurado.

6. La mayor parte de los y las adolescentes que acudan al Programa presentarán como principal comportamiento de riesgo el consumo de drogas. Estos consumos serán mayoritariamente de cannabis y responderán a un patrón diario o habitual y con escasa percepción de riesgo. Además de los consumos existirán otros comportamientos de riesgo en una alta proporción. En líneas generales, no se espera que haya diferencias significativas entre hombres y mujeres.

Sí

7. El nivel de problemática percibida en el área familiar será alto, y bajo en el resto de las áreas. Se espera un mayor nivel de problemática percibida en las chicas.

Sí

* La parte de la hipótesis que se ha confirmado figura en negrita

La **segunda hipótesis** plantea que existirá un alta grado de afectación en la mayoría de las variables de personalidad evaluadas. En concreto las relacionadas con la búsqueda de sensaciones, impulsividad, autoeficacia, autoestima, tolerancia a la frustración, toma de decisiones, empatía y habilidades sociales.

Con respecto a las variables evaluadas a partir del cuestionario SURPS, los resultados indican puntuaciones por encima de la media al inicio de la intervención en las cuatro variables evaluadas. Del resto de dimensiones evaluadas, en todas ellas se dan puntuaciones por debajo salvo en la dimensión de empatía.

En cuanto a las diferencias más significativas encontradas entre los chicos y las chicas, destaca que las chicas acceden al Programa con índices mayores en Introversión y que los chicos obtienen puntuaciones significativamente más elevadas que las chicas en la búsqueda de sensaciones. Además, las chicas acceden al Programa con mucha menor tolerancia a la frustración que los chicos, en general con peores habilidades sociales y en concreto siendo menos asertivas.

De esta manera **se confirma la segunda hipótesis sólo parcialmente** ya que por un lado los chicos y las chicas que acceden al Programa Susperu presentan un alto grado de búsqueda sensaciones e impulsividad, baja autoeficacia, baja autoestima, escasa tolerancia a la frustración, bajo nivel de planificación y toma de decisiones, aunque no ocurre lo mismo ni con la capacidad empática ni con su destreza en las habilidades sociales. Además, aunque los chicos presenten diferencias significativas con respecto a las chicas en la búsqueda de sensaciones y en las habilidades sociales no

ocurre lo mismo ni con la impulsividad ni con la empatía, en las que no se aprecian diferencias significativas.

La **tercera de las hipótesis** se centra en la presencia o no de sintomatología psicopatológica al comienzo de la intervención. En este sentido se espera una importante afectación con respecto a otros iguales de su edad y más gravedad en las chicas que en los chicos.

Los resultados obtenidos plantean valores por encima del percentil 60 en todas las variables (somatización, obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ideación paranoide, psicoticismo, índice total de gravedad y total sintomatología positiva) con la excepción de la ansiedad fóbica y el Índice de Distrés de Síntomas Positivos. En lo que concierne a las diferencias encontradas entre los y las adolescentes, aunque las medias son mayores en las chicas en prácticamente todas las escalas analizadas, las únicas dimensiones que presentan diferencias significativas son la Sensibilidad Interpersonal y el Índice de Malestar Positivo.

Así pues, **se confirma la tercera hipótesis** ya que existe una alta presencia de sintomatología psiquiátrica al inicio de la intervención y existen diferencias significativas entre los y las adolescentes.

La **cuarta hipótesis** se centra en las variables relacionadas con el ámbito familiar. En este sentido se plantea un reconocimiento por parte de los hijos e hijas de situaciones de conflictividad, una inadecuada gestión educativa por parte de los progenitores, dificultades en la comunicación y antecedentes familiares de consumos drogas. En cuanto a las diferencias entre chicos y chicas, ellos presentarán mayor afectación.

Los resultados de las variables evaluadas en el ámbito familiar plantean diferentes conclusiones. Al inicio del Programa existen determinadas variables que indican un deterioro en la relación familiar. Los y las adolescentes perciben un bajo afecto y problemas en la comunicación. Escaso paso de responsabilidades o promoción de la autonomía. Puntuaciones elevadas en control psicológico, poca revelación y un clima familiar contaminado. Además de manera general reconocen situaciones de conflictividad familiar entre las que se encuentran faltas de respeto y situaciones de violencia. Frente a este abanico de variables que representan diferentes factores de riesgo, los resultados indican también variables protectoras. En concreto los y las chicas que acceden a Susperu por primera vez entienden que existe una adecuada gestión familiar relacionada con las normas y la supervisión junto a un buen control conductual

por parte de sus padres y madres. Perciben una buena relación de vínculo o apego, se sienten reforzados y con oportunidades para implicarse positivamente en el ámbito familiar.

En la mayoría de las dimensiones analizadas las chicas obtienen una valoración inferior a la de los chicos. Especialmente significativas resultan las diferencias con los chicos en el afecto, comunicación, apego, refuerzo y control conductual.

A tenor de estos resultados y a pesar de que se cumplen la mayor parte de las consideraciones planteadas en esta hipótesis salvo la referida a la gestión de las normas y la supervisión, **se confirma la cuarta de las hipótesis parcialmente.**

La **quinta hipótesis** atiende a las variables del ámbito escolar y de ocio. Se entiende que los y las adolescentes usuarias del Programa obtendrán pobres resultados académicos, vivirán experiencias de fracaso escolar, un alto grado de absentismo y poca implicación escolar. Además, habrán abandonado mayoritariamente sus actividades de ocio estructurado. En este ámbito las chicas sufrirán menor afectación que los chicos.

Un porcentaje alto de las chicas y de los chicos que acuden a Susperu con un historial académico problemático. Más del 60 por ciento del total ha repetido algún curso, porcentaje que se eleva al 70% en el caso de los chicos. Además, cerca de un tercio del total de los encuestados reconocen haber suspendido la mayor parte de las asignaturas en la última evaluación, siendo mejor el rendimiento en el caso de las chicas.

De los resultados en este ámbito se desprende que un porcentaje muy alto ha abandonado las actividades de ocio fuera del ámbito escolar. El 64% por ciento del total ya no practica ningún tipo de actividad. Las chicas mantienen estas actividades extracurriculares en un porcentaje mayor (60%).

El nivel de absentismo hallado en la evaluación inicial también llama la atención. Un tercio de los y las adolescentes reconocen abiertamente no haber acudido a clase entre 1 y 5 días a lo largo del último mes sin motivo justificado.

La última de las variables recogidas en este ámbito hace referencia al nivel de implicación o motivación con los estudios. De manera general y sin diferencias entre ellos y ellas, no se sienten a gusto en el centro escolar, reconocen esforzarse poco y no encontrar utilidad a los conocimientos presentados.

A la vista de estos resultados se concluye que **se confirma la quinta hipótesis** referida al ámbito escolar y de ocio.

La **sexta de las hipótesis** se dirige al estudio de los comportamientos de riesgo por los que se accede al Programa. En este sentido se sugiere que principalmente acudirán por problemas derivados de los consumos de drogas, con alta prevalencia de consumo de cannabis, patrones problemáticos y escasa percepción de riesgo. Además de los consumos existirán otros comportamientos de riesgo en una alta proporción como los robos o conductas antisociales, las relaciones sexuales de riesgo o el trapicheo de drogas ilegales. En líneas generales, no se espera que haya diferencias significativas entre hombres y mujeres.

Se confirma la sexta de las hipótesis a tenor de los resultados obtenidos. Mayoritariamente acuden por problemas derivados de los consumos de drogas, aunque presentan también en una alta proporción otros comportamientos de riesgo. La droga que motiva el ingreso en el Programa es el cannabis, droga que reconocen consumir la mayoría de ellos y ellas y además con patrones problemáticos. Muestran poca percepción ante el consumo de drogas legales como del consumo de marihuana y presentan actitudes favorables hacia su consumo. En todas y cada una de estas variables no se encontraron diferencias significativas entre los y las adolescentes.

La última de las hipótesis perteneciente al segundo de los objetivos de la investigación, la **séptima hipótesis**, pretende confirmar que el mayor nivel de problemática percibida se dará en el área familiar y que la percepción general será mayor en las chicas.

Los resultados obtenidos permiten concluir que **se confirma la séptima hipótesis**. El nivel de problemática percibido por los y las adolescentes que comienzan el Programa afecta principalmente al ambiente familiar siendo esta la única de las variables con puntuaciones por encima de la media. En cuanto a las diferencias encontradas en función del sexo de los y las usuarias, las chicas presentan mayor afectación tanto a nivel global y general como en el resto de las áreas analizadas (escolar, social, tiempo libre y familia). Especialmente significativas son las diferencias halladas con respecto a los chicos tanto en el ámbito familiar como en el social.

Tabla 78 Contraste de las hipótesis correspondientes al tercer objetivo

Hipótesis del tercer objetivo	Confirmación
8. En las variables de personalidad se espera que los y las adolescentes reduzcan el grado de búsqueda de sensaciones e impulsividad e incrementen el resto de las variables. La mejoría se producirá tanto en las chicas como en los chicos.	Parcial*
9. En relación con la sintomatología psicopatológica se espera una mejoría de la misma tanto a la finalización como en el seguimiento.	Sí
10. A la finalización del programa en el área familiar se producirán grandes cambios. Habrá aumentado la supervisión, así como el control a través de las normas, los límites y las consecuencias. Habrá mejorado la comunicación entre la mayoría de los adolescentes y sus familias.	Parcial*
11. En lo relativo al ámbito escolar se disminuirá el absentismo escolar y mejorarán la implicación y el rendimiento escolar. En lo relativo al ocio, un porcentaje importante participará en actividades de ocio estructurado.	Parcial*
12. La mayor parte de los adolescentes que ingresen en el programa habrán abandonado el consumo de drogas y aumentado la percepción de riesgo y disminuyendo las actitudes favorables a las mismas. También se espera una disminución en el resto de los comportamientos de riesgo.	Sí
13. Se espera que haya una disminución significativa en la percepción de la problemática familiar, especialmente entre las chicas.	Sí
14. En líneas generales, se espera una mejoría mayor entre las chicas.	No
15. Entre los chicos y las chicas se encontrará una satisfacción alta con el programa.	Sí

* La parte de la hipótesis que se ha confirmado figura en negrita

El **tercero de los objetivos** plantea el estudio de la evolución de los y las adolescentes desde su comienzo en el programa pasando por el fin de la intervención y una media de seguimiento posterior a los tres meses. Con tal fin, se plantean 7 hipótesis relacionadas con las diferentes áreas y sus variables asociadas previamente evaluadas.

La **octava hipótesis** sugiere que habrá una mejora generalizada tanto en los chicos como en las chicas de las variables del ámbito personal evaluadas. De esta manera se esperan una disminución de la intensidad en la búsqueda de sensaciones e impulsividad, así como un aumento en la valoración del resto de dimensiones.

La evolución de los chicos y chicas que acuden al Programa con respecto a las variables personales ofrece resultados positivos y significativos en todas las dimensiones evaluadas, salvo en la capacidad empática que no ofrece variaciones a lo largo de las tres momentos y cuyas medidas iniciales se encontraban por encima de la media al comienzo de la intervención. En este sentido se producen mejoras significativas tras la intervención y también en la medida de seguimiento en Introversión, impulsividad, ansiedad, autoestima, autoeficacia, tolerancia a la frustración, toma de decisiones y habilidades sociales. Las puntuaciones tanto al final de la intervención como en el posterior seguimiento superan la media de sus respectivas dimensiones, aunque en el caso de la tolerancia a la frustración y la asertividad se bordea el centil 50.

Consideración especial merece la variable relacionada con la búsqueda de sensaciones. Resulta llamativo que, a pesar de presentarse cambios significativos entre el comienzo de la intervención y el seguimiento a los tres meses, estos cambios se dan en la dirección contraria a la esperada. Es decir, de manera general aumenta el interés por buscar sensaciones nuevas y excitantes. Este fenómeno se da, aunque de diferente manera tanto en las chicas como en los chicos.

De manera general se dan cambios en mayor número de variables personales en chicos que en chicas, si bien en estas se presentan mejoras significativas en la mayoría de las variables estudiadas. Del total de dimensiones de personalidad evaluadas (10) los chicos obtienen cambios significativos en todas ellas, aunque en el caso de la búsqueda de sensaciones con un empeoramiento. En el caso de las mujeres las variaciones más significativas se producen en seis de las diez variables.

De todos estos resultados se puede concluir que a pesar de producirse una mejora generalizada tanto en los como en las adolescentes a lo largo del proceso con respecto a todas sus variables personales, los cambios en la dimensión de búsqueda de sensaciones van en la dirección contraria a la deseada por lo que se **confirma la octava hipótesis parcialmente**.

La **novena hipótesis** sugiere una mejora generalizada de la sintomatología psicopatológica una vez concluida la intervención en el Programa.

Tras la culminación del proceso, se aprecian diferencias significativas en todas las puntuaciones, encontrándose por debajo de la media, salvo la variable hostilidad que la supera mínimamente. Estos cambios se consolidan y mejoran todavía más en la evaluación realizada en el seguimiento. En las medidas entre la entrada en el Programa

Suspertu y el seguimiento tras la finalización de la intervención, las diferencias son estadísticamente significativas en todas las dimensiones y con un tamaño del efecto del cambio grande. Estos cambios se dan de igual manera entre los chicos y las chicas que finalizan el Programa.

Así pues y a la vista de los resultados **se confirma la novena hipótesis** ya que la mayoría de los y las adolescentes que acuden al Programa Suspertu reducen sus niveles de malestar psicológico de manera significativa.

Centrada en las variables del entorno familiar que ejercen una influencia importante en determinados comportamientos de los y las adolescentes, **la décima hipótesis** propone cambios importantes en esta área. Especialmente significativos deberían ser por un lado los concernientes al control conductual y la gestión familiar. Y, por otro lado, los relacionados con la comunicación entre los hijos e hijas con sus respectivos padres y madres.

Los resultados obtenidos a partir de la evolución de los chicos y las chicas que accedieron al programa dentro de su entorno familiar plantean de manera general cambios importantes y significativos en todas las variables analizadas. Tanto en las referidas al estilo parental como a los otros factores de riesgo y de protección analizados, se producen diferencias significativas entre el comienzo y el seguimiento posterior a la intervención. Las únicas dos variables en las que o no se aprecian cambios o los que se dan son contrarios a la mejora perseguida son los que se refieren al control conductual o a la gestión familiar. En el caso del control conductual se manifiestan cambios significativos con una percepción por parte de los chicos y las chicas menor con respecto al inicio del Programa. En lo relativo a la gestión familiar que incluye la supervisión y el control a partir de normas y límites además de manifestar una adecuada gestión, no se presentan diferencias ni en la finalización ni en el posterior seguimiento.

A tenor de estos resultados y a pesar de encontrarse cambios significativos en todas las variables del entorno familiar evaluadas **se confirma la décima hipótesis sólo parcialmente**. Hay mejoras en todas las dimensiones incluida la comunicación, pero no se aprecian esos cambios ni en el control conductual ni en la gestión familiar.

La **hipótesis decimoprimer**a presupone mejoras en el ámbito escolar y de ocio. Por una parte, plantea mejoras en el rendimiento académico y la implicación con el centro. Por otra parte, se entiende que se producirá una disminución de los niveles de absentismo. En cuanto al ocio cuando termine la intervención en Suspertu la mayor parte de los participantes realizarán alguna actividad extraescolar estructurada.

Los resultados en este ámbito no son muy clarificadores. Si bien se encuentran mejoras generales en casi todas las dimensiones o variables estudiadas, estos cambios son pequeños. Se aprecian mejoras en el rendimiento académico especialmente entre los chicos tanto en cuanto a sus calificaciones, como en cuanto a la percepción de mejora con respecto a sus compañeros. Se observan pocos cambios en cuanto a las situaciones de absentismo. Sólo se observan mejoras significativas con respecto a la implicación con el centro escolar. En concreto reconocen esforzarse más y acudir al centro escolar con más interés.

En cuanto a la participación en actividades extraescolares de ocio, si bien se produce una leve mejoría tanto en la finalización de la intervención como en los 3 meses posteriores a esta, más de la mitad de los y las participantes en este estudio continuaban sin implicarse en este tipo de actividades.

De esta manera y a pesar de algunas mejoras **sólo se confirma la undécima hipótesis parcialmente.**

La **duodécima hipótesis** plantea que los y las adolescentes que completen el Programa habrán abandonado mayoritariamente los consumos de drogas y el resto de los comportamientos de riesgo por los que accedieron a Suspertu. Se espera, además que el abandono de los consumos lleve asociado un aumento de la percepción de riesgo o una disminución de las actitudes favorables hacia las drogas.

Tal y como se ha ido detallando en los resultados comentados hasta este momento, la droga por la que acceden al programa es principalmente la marihuana. Frente al 13,3% que manifestaba no haberla consumido nunca al inicio de la intervención, el 70% de los encuestados manifiesta no haberla consumido en el último mes al finalizar la intervención. Junto a este porcentaje claramente significativo, se produjo además una modificación en la mayoría de los y las consumidoras hacia patrones de consumo menos nocivos. A pesar de que, transcurridos tres meses desde la finalización de la intervención, se produce un retroceso de las mejoras obtenidas, un 55% del total de la muestra se mantiene sin consumir marihuana.

La disminución de consumo de marihuana lleva aparejada una disminución significativa en las actitudes favorables hacia su consumo y un aumento significativo de la percepción del riesgo asociado a los consumos de marihuana de manera regular.

También resulta destacable el hecho de que la intervención en el Programa además de incidir notablemente en la reducción de los consumos de cannabis reduce de

manera significativa otros comportamientos de riesgo que quedaban reflejados en la evaluación inicial.

De esta manera el análisis de la evolución de los resultados centrados en el ámbito de los comportamientos de riesgo y en especial de los consumos de drogas, **confirma la duodécima de las hipótesis.**

La **decimotercera de las hipótesis** predice una disminución de la problemática percibida en el ámbito familiar. Además, esta disminución será más pronunciada entre las chicas.

Junto a los cambios producidos en el ámbito familiar resulta destacable el descenso significativo de la problemática percibida en el resto de las áreas afectadas. De forma específica se reduce la afectación de los chicos y chicas que acuden al Programa Susperu en el entorno escolar, social, de tiempo libre y también en su consideración global y general.

Como estos cambios se producen muy especialmente en el entorno familiar y además son más pronunciados en las adolescentes que en los chicos, se puede concluir que **se confirma la decimotercera de las hipótesis.**

La siguiente hipótesis correspondiente al tercero de los objetivos, **la decimocuarta**, vaticina mayores cambios entre las chicas que realizan el Programa que entre los chicos.

A tenor de los resultados analizados de forma pormenorizada sobre la evolución diferenciada por género en cada uno de los ámbitos sujetos a la intervención, **se rechaza la decimocuarta de las hipótesis.** Del estudio de las variables de personalidad se desprende que, aun produciéndose mejoras significativas en un porcentaje importante de las dimensiones evaluadas, los cambios positivos son mayores entre la muestra masculina. En cuanto a las variaciones en la sintomatología psicopatológica los cambios son significativos pero semejantes entre los y las adolescentes.

En el ámbito familiar las mejoras o cambios producidos, aunque afectando en ocasiones a diferentes variables, son también semejantes.

En las variables concernientes a la esfera formativa o escolar se aprecian más cambios entre los chicos que entre las chicas.

Las mejoras reflejadas con respecto a los consumos de drogas se dan por igual entre los chicos y las chicas y el resto de los comportamientos de riesgo se dan principalmente entre los varones. Por último, en lo referente al nivel de problemática percibida en las diferentes esferas que conforman la vida de los y las adolescentes que

accedieron a Suspertu, se encuentran cambios significativos con tamaños del efecto entre grandes y moderados prácticamente por igual entre los y las adolescentes. En el caso de las chicas estos cambios fueron más pronunciados.

En último lugar, **la decimoquinta hipótesis** plantea que independientemente de los resultados obtenidos con respecto a los objetivos establecidos para cada participante en el Programa, la satisfacción con el servicio prestado será elevada.

Los resultados arrojados por las encuestas de satisfacción permiten confirmar sin lugar a duda esta hipótesis. La satisfacción general de todos los participantes en Suspertu tanto en las chicas como en los chicos obtiene una calificación general de notable alto. Por lo tanto, **se confirma la hipótesis número 15.**

6. Discusión

Este es el primer estudio que ha valorado la eficacia de una intervención preventiva indicada. La principal conclusión es que se ha encontrado una mejoría significativa en la mayor parte de los ámbitos de los/as adolescentes que han acudido al programa. Dada la complejidad de la investigación realizada, y de los diferentes ámbitos que se han abordado, este último apartado está dividido en cuatro partes. En la primera de ellas se comentan los aspectos más relevantes de esta investigación relacionadas con los objetivos generales de este estudio. Estos objetivos son, en primer lugar, valorar el estado o la situación de los y las adolescentes en el momento de ingreso en el Programa Suspertu. Para cumplir con este objetivo se analizan variables relacionadas con el perfil sociodemográfico, variables individuales o de personalidad, la sintomatología psicopatológica, variables de los ámbitos familiar, escolar y de ocio, así como las relacionadas con los consumos de drogas y otros comportamientos de riesgo. En segundo lugar, valorar la evolución de los y las adolescentes asistentes al programa, en las áreas previamente evaluadas tanto a la finalización del programa como en un seguimiento a tres meses. Para finalizar, se señalan las principales limitaciones que han surgido en la realización de esta investigación, así como algunas líneas de actuación que pueden orientar futuras investigaciones relacionadas con los programas de prevención indicada de los comportamientos de riesgo en la adolescencia.

6.1. ¿Cómo llegan los y las adolescentes a Suspertu?

En este análisis exhaustivo de adolescentes participantes en el Programa Suspertu, se han explorado diversas dimensiones que proporcionan una visión integral de su situación. En cuanto al perfil sociodemográfico, se destaca que la mayoría son chicos, con una edad media de inicio en el programa alrededor de los 16 años, y la convivencia mayoritaria es con la familia de origen. Es muy habitual que en las intervenciones realizadas en el ámbito de las adicciones la mayoría de los participantes sean hombres (Williams & Chang, 2000). Este desequilibrio entre hombres y mujeres resalta la necesidad de considerar las diferencias de género al diseñar estrategias de intervención y evaluar resultados, ya que diferentes estudios plantean la existencia de factores comunes que operan de forma diferente en función del género, en lugar de

factores específicos para unos y otras (Byck et al., 2013; López y Rodríguez-Arias, 2010; Schinke et al., 2008).

Por otro lado, en el programa Suspertu es una condición necesaria la participación de la familia en el programa. En este estudio, que la mayoría de los/as adolescentes convivan con la familia de origen puede tener relación con el sesgo del superviviente. Prácticamente toda la muestra ha finalizado la intervención, y ya se encontró en un estudio previo con las familias que acuden al programa que las familias de origen no presentaban abandonos por parte de los menores (López-Goñi et al., 2021). Aun así, un tercio de los participantes convive solo con sus madres, padres o con ambos progenitores en custodia compartida. Durante años se ha propuesto el divorcio o la separación de los padres como una experiencia adversa y como un factor de riesgo para los comportamientos adictivos. No obstante, probablemente, lo que se escondía tras esos divorcios o separaciones eran problemas como trastornos mentales, alcoholismo o violencia de pareja (Becoña et al., 2012; López-Goñi et al., 2023). Por lo tanto, es muy importante considerar la influencia del entorno familiar en la efectividad de la intervención.

Todos los menores atendidos se encontraban realizando alguna actividad académica formativa. La distribución educativa abarca desde la Educación Secundaria Obligatoria a la formación profesional y la universidad. Esto ha posibilitado que desde el programa Suspertu se hayan podido desarrollar estrategias conjuntas encaminadas a la mejora en el ámbito académico ya que, en el ámbito escolar, se destaca un porcentaje significativo de repetición de cursos, bajo rendimiento y poca implicación. De hecho, los datos encontrados duplican la tasa de repetición encontrada en el estudio con adolescentes navarros (Mendigutxia y López-Goñi, 2020) y avalan la conexión entre el bajo rendimiento escolar (El Omari et al., 2015; Kelly et al., 2015) y/o el absentismo (Kearney & Graczyk, 2014; Mira y Ruiz, 2017; Rocque et al., 2017) con la participación en comportamientos de riesgo en la adolescencia.

Con respecto a las incidencias judiciales y diagnósticos psiquiátricos, destaca la presencia de ambos en aproximadamente un tercio de los y las adolescentes que inician el Programa. La mayor parte de los problemas judiciales se dan entre los varones y tienen que ver con situaciones generadas o relacionadas con los consumos de drogas entre las que destacan el trapicheo de drogas ilegales o los consumos en vía pública. Este dato avala la oportunidad de intervenciones como la propuesta por el programa

Suspertu, que busca modificar los comportamientos de riesgo y reducir las consecuencias negativas de los mismos sobre las vidas de los participantes.

En cuanto a los diagnósticos psiquiátricos, estos son mayoritariamente los relacionados con trastornos relacionados con el desarrollo. La relación entre el TDAH y los consumos de drogas ya ha sido estudiada por diversos autores (Lee et al., 2011; Ochoa-Mangado et al., 2010).

Pero más allá de los posibles diagnósticos específicos, lo que se observa es un elevado malestar psicológico, destacando altas puntuaciones en hostilidad, obsesión y en general, sintomatología positiva. Además, las chicas presentan una sintomatología más intensa en comparación con los chicos. La presencia en las mujeres de síntomas superando el percentil 70 en variables como hostilidad, obsesión, sensibilidad interpersonal, psicoticismo, Índice Global de Gravedad (GSI) y Total de Sintomatología Positiva (PST) subraya la importancia de considerar las diferencias de género en la evaluación y tratamiento de la psicopatología en adolescentes (Hankin et al., 2015). Frente al estereotipo de que los/as menores que consumen sustancias pasan de todo, viven despreocupados o no les importa nada, se han encontrado un profundo malestar. Nuevamente, este dato justifica el abordaje del sufrimiento emocional por parte de los programas preventivos (Hawkins et al., 1992; Luthar & Latendresse, 2005).

Las características de personalidad encontradas en el análisis inicial destacan la prevalencia de la introversión y de la búsqueda de sensaciones en la muestra, variables conocidas por su conexión con comportamientos de riesgo en la adolescencia (Zuckerman, 2007). De hecho, en un estudio realizado con 1.324 adolescentes navarros de entre 14 y 18 años, el grupo de adolescentes con puntuaciones altas en las cuatro dimensiones (introversión, búsqueda de sensaciones, impulsividad y sensibilidad a la ansiedad) fue el que mayores tasas de experimentación con el consumo de sustancias presentó (Mendigutxia y López-Goñi, 2020). La búsqueda de sensaciones, más pronunciada en los chicos, se alinea con los estudios que sugieren que los hombres tienden a buscar experiencias más estimulantes (Cross et al., 2011). Por otro lado, la mayor introversión en las chicas podría estar asociada con un estado de ánimo más bajo al inicio de la intervención y con la tendencia hacia conductas internalizantes en las mujeres (Caspi et al., 1987).

En el resto de las variables relacionadas con la personalidad, destaca el bajo nivel de autoestima y la escasa tolerancia a la frustración, especialmente entre las mujeres. Ambos factores están ampliamente reconocidos por contribuir a

comportamientos de riesgo (Donnellan et al., 2005) y en concreto a los consumos de drogas tanto legales como ilegales (Baumeister et al., 2003; Khajehdaloue et al. 2013; Khantzian, 1997; Patrick et al., 2002). Las pobres habilidades sociales encontradas principalmente entre las chicas, especialmente la baja asertividad y las dificultades para resolver conflictos, señalan áreas específicas para intervenciones focalizadas entre las adolescentes que ingresan en el Programa.

En el ámbito familiar se evidencia un deterioro en la relación familiar, con baja afectividad, escasa comunicación y estrategias manipuladoras. Estas dinámicas pueden tener implicaciones profundas en el bienestar emocional y la autonomía de los adolescentes (Smetana, 2008). El conflicto familiar también se presenta como un factor de riesgo reconocido por los adolescentes al ingresar al programa, lo cual concuerda con la literatura que destaca la influencia del entorno familiar en el desarrollo de conductas problemáticas en la adolescencia (Laursen & Collins, 2009).

Las diferencias de género en estas dimensiones, donde las chicas muestran medias más bajas y mayores puntuaciones en el control psicológico negativo, sugieren que las experiencias familiares se presentan de manera diferente entre chicos y chicas (Leadbeater et al., 1999). No obstante, también se identifican en nuestros datos elementos protectores como apego, refuerzo, implicación y gestión familiar. Estos datos avalan la necesidad de intervenir en el ámbito familiar en este tipo de intervenciones. En este sentido, ya se han destacado los importantes niveles de malestar con el que acuden los progenitores de los/as menores (Ituráin et al., 2017) así como la mejoría que se produce con la intervención del programa Suspertu (Fernández-Montalvo et al., 2020).

El principal motivo de ingreso en el Programa Suspertu es el consumo de drogas ilegales. Habitualmente las familias no se alertan por el consumo de alcohol o tabaco. La sustancia que impulsa a la búsqueda de ayuda es la marihuana. Este dato se ha encontrado previamente y es el principal motivo de ingreso en programas en la adolescencia (SAMHSA, 2019). Por lo tanto, se observa que la mayoría de los/as adolescentes ha experimentado con alcohol, tabaco y marihuana. La alta prevalencia de patrones de consumo diario y habitual de tabaco y alcohol subrayan la necesidad de abordar estos comportamientos desde una edad temprana (Organización Mundial de la Salud, 2018). En este estudio se observa un inicio más temprano en los consumos que los informados en el Plan Nacional sobre Drogas (ESTUDES, 2021), siendo este factor ampliamente documentado como de alto riesgo para la progresión de los consumos de drogas y sus derivados problemas añadidos (Jordan y Andersen, 2017; Rial et al., 2020;

Rioux et al., 2018). . En concreto frente a las edades de inicio en Navarra del alcohol (13,6 años), tabaco (14,3 años) y cannabis (15 años) reflejadas en ese estudio, los datos de esta muestra presentan edades de inicio de 12,5 años para los consumos de alcohol y tabaco y de 11,6 años para el consumo de cannabis. El inicio temprano aceleraría la tendencia hacia el consumo diario de marihuana y sugiere la importancia de intervenciones preventivas específicas tempranas (Cerdá et al., 2016). No obstante, hay que ser cauteloso con este dato, puesto que implicaría que la muestra de este estudio comienza a consumir marihuana antes que alcohol o tabaco.

La influencia del grupo de iguales en los consumos se refleja en que la mayoría de los amigos de los/as asistentes al programa consumen drogas y subraya la importancia de considerar el entorno de iguales en las estrategias de prevención (Lipperman-Kreda et al., 2018).

Se han identificado actitudes favorables y percepciones de riesgo bajas respecto al consumo de sustancias. Bien es cierto que dependen de la sustancia y del tipo de frecuencia. En general, consideran perjudicial cualquier sustancia consumida frecuentemente, y minimizan el riesgo de consumos más esporádicos. La poca percepción de riesgo respalda la importancia de intervenciones para mejorar la percepción de consecuencias negativas del consumo (Klein, 2003). Por lo tanto, como las actitudes favorables hacia el consumo de sustancias y la percepción del riesgo varían según el tipo de droga, es necesario abordar las percepciones y actitudes de manera diferenciada según la sustancia (Degenhardt et al., 2013).

En cuanto a otras conductas de riesgo, la implicación en actividades ilegales como el tráfico de drogas, el robo y la participación en comportamientos peligrosos, como viajar con un conductor bajo la influencia del alcohol o mantener relaciones sexuales de riesgo, resalta la complejidad y gravedad de los desafíos que enfrentan estos adolescentes (Fleming et al., 2019). Las diferencias de género en ciertos comportamientos sugieren la necesidad de enfoques de intervención personalizados que aborden las especificidades de cada grupo (Bright et al., 2017; Connell et al., 2009; Tuchman, 2011).

Finalmente, el análisis del nivel de problemática percibida revela que, al iniciar el Programa Suspertu, los/as adolescentes experimentan una mayor afectación en el ámbito escolar y familiar, siendo este último un área de especial preocupación. La elevada puntuación en el ámbito familiar sugiere la necesidad de intervenciones que aborden las dinámicas familiares y fortalezcan las relaciones parentales (Dishion &

Patterson, 2015; Van Ryzin et al., 2012). La menor afectación en el ámbito de pareja, en gran medida debido a la ausencia de relaciones sentimentales, señala una oportunidad para centrarse en el desarrollo de habilidades sociales y relaciones saludables en futuras intervenciones (Bouchev & Furman, 2006).

Las diferencias de género en la percepción de la problemática son notables, con las chicas mostrando un nivel de afectación general y específica en áreas clave, como la familiar y la social, más elevado que los chicos. Este hallazgo destaca la importancia de considerar las diferencias de género al diseñar intervenciones, reconociendo las necesidades específicas de cada grupo (Connell & Goodman, 2002). Las chicas pueden beneficiarse de enfoques que aborden la autoestima, las habilidades sociales y la gestión emocional, mientras que los chicos pueden requerir estrategias centradas en la construcción de relaciones positivas y el manejo del estrés (Rose & Rudolph, 2006).

La identificación de estas áreas específicas proporciona una base sólida para el diseño de intervenciones personalizadas que aborden los desafíos únicos de cada adolescente. Integrar enfoques basados en la evidencia, como la terapia cognitivo-conductual y programas de desarrollo de habilidades sociales, puede ser fundamental para mejorar los resultados y promover un ajuste positivo en diversas áreas de la vida de estos adolescentes (Hogue et al., 2018). Además, en su conjunto, estos hallazgos validan la orientación teórica del programa Suspertu (véase capítulo 3).

En conjunto, estos resultados ofrecen una imagen detallada de la complejidad de la población estudiada, resaltando la necesidad de intervenciones personalizadas que aborden tanto los aspectos individuales como contextuales de la vida de estos adolescentes. La consideración de diferencias de género y la implementación de estrategias basadas en evidencia son cruciales para optimizar los resultados del programa. Esta visión que parte de la premisa de adaptar las estrategias preventivas a la diversidad de perfiles dentro de esta población es respaldada en otras investigaciones (Dishion, 2016).

6.2. ¿Cómo se van los chicos y chicas después de finalizar el proceso?

En líneas generales, se observa una mejoría en todos los ámbitos valorados en este estudio. Este resultado está en línea con el encontrado en el estudio previo de Ituráin (2017) realizado con los progenitores que acudieron a los programas Suspertu e Hirusta. A continuación, se discuten los principales resultados.

En el análisis de la evolución de las características de personalidad de los adolescentes que participaron en el Programa Suspertu, se observan mejoras significativas en la introversión y los niveles de ansiedad desde el inicio hasta la finalización de la intervención. Este resultado era el esperado ya que en la medida que los/as adolescentes encuentran un espacio para verbalizar y exponer su situación les ayuda a vivir menos encerrados en sí mismos y con menor preocupación de ser descubiertos. En el seguimiento a los tres meses, se evidencian diferencias significativas en la búsqueda de sensaciones, mostrando un aumento de interés en esta dimensión por parte de los adolescentes. Existe una relación clara entre los comportamientos de riesgo (especialmente el consumo de drogas) y la búsqueda de sensaciones (del Carmen et al., 2019; Fernández et al., 2018; Malmberg et al., 2012; Morello et al., 2019; Pérez de Albéniz et al., 2019; Sánchez y Riba, 2022). El incremento de esta dimensión en esta muestra apoyaría la hipótesis de que la búsqueda de sensaciones es un rasgo inherente a la adolescencia, incluso adaptativa, y por tanto difícilmente modificable (Alcázar et al., 2015; Freund et al., 2021; Gázquez et al., 2016; Schmidt et al., 2015; Steinberg, 2017). Además, el cambio en el modo de vida y de las dinámicas familiares (en las que probablemente se les obliga a autocontrolarse más) puede acentuar esta dimensión.

Las mujeres, a pesar de llegar más afectadas al programa en las diferentes dimensiones valoradas, muestran menos cambios significativos a lo largo de la intervención y el seguimiento en comparación con los hombres, con mejoras principalmente en la introversión. Esta mejoría señala nuevamente en la dirección de la mayor internalización de los conflictos de las mujeres (Caspi et al., 1987).

En el bloque de variables personales, al concluir la intervención, se observan mejoras significativas en autoestima, autoeficacia, planificación y toma de decisiones, y aumento en tolerancia a la frustración con tamaños del efecto moderados a grandes. Estas mejoras se mantienen en el seguimiento a los tres meses, incluso con mejoras adicionales en empatía y autoeficacia percibida. Los chicos experimentan mejoras en todas las variables, incluida la empatía, excepto en la asertividad. Las chicas muestran mejoras significativas en autoestima, planificación, toma de decisiones, tolerancia a la frustración, resolución de conflictos y asertividad. Este resultado se ajusta a lo esperado con la intervención, porque son módulos específicos que se trabajan con los/as adolescentes/as.

En resumen, la intervención en el Programa Suspertu parece tener efectos positivos en diversas dimensiones de la personalidad de los adolescentes, a partir del

trabajo realizado en los aspectos relacionados con la autoestima, habilidades sociales y toma de decisiones. Sin embargo, parece haber un menor efecto en la magnitud y la naturaleza de estos cambios en las mujeres, subrayando la importancia de considerar enfoques diferenciados según el sexo en futuras intervenciones.

Los resultados relacionados con la sintomatología psicopatológica revelan mejoras significativas en todas las dimensiones analizadas tanto después de la intervención como en el seguimiento a los tres meses. Después de la intervención, solo las variables de obsesión-compulsión, hostilidad e índice total de sintomatología superan mínimamente el percentil 50, indicando una disminución generalizada de la sintomatología psicopatológica en los adolescentes participantes. Estas mejoras no solo se mantienen en el seguimiento, sino que aumentan, evidenciando una consolidación positiva de los cambios a lo largo del tiempo subrayando la efectividad a largo plazo de la intervención. Probablemente, estos resultados son el reflejo de que los pasos dados en el programa redundan en el bienestar emocional de los/as adolescentes.

En el ámbito familiar, se registraron mejoras sustanciales en la percepción de los/as adolescentes del estilo parental promoviendo mayor afecto, comunicación y autonomía, así como una reducción en la conflictividad familiar. El estudio de la muestra completa destaca cambios significativos en todas las variables del ámbito familiar entre la finalización de la intervención y el seguimiento a los tres meses, con tamaños del efecto moderados. Específicamente, se observa un descenso en la percepción de conflictividad familiar, un aumento en el apego, una mayor sensación de refuerzo por parte de los padres, y un reconocimiento de mayor dedicación e implicación en el hogar.

Un objetivo claro del trabajo con las familias en Suspertu consiste en establecer u ordenar normas claras, límites adecuados a situaciones de riesgo y el establecimiento de consecuencias predecibles para los/as adolescentes (Ituráin, 2017). Llama la atención que los/as adolescentes perciban al inicio una buena gestión o un adecuado control conductual por parte de sus padres y que este se mantenga incluso bajo en la finalización. Quizás el ordenar y establecer normas claras, límites y consecuencias y asumir la responsabilidad de sus actos por parte de los/as adolescentes (como, por ejemplo, con el plan de analíticas) parece rebajar la percepción de control conductual, aunque realmente lo que se haya producido es un cambio de estrategia por parte de sus progenitores.

Parte de la intervención parental desarrolladas en el programa es evitar las estrategias desde el control psicológico (chantaje emocional, traslado de la culpa, retirar la palabra, etc.). Parece que una respuesta más adecuada y tranquila por parte de los progenitores mejora el malestar en las familias y favorecen avances en la revelación y mejorías significativas en el clima familiar (Fernández-Montalvo et al., 2020). Las mejoras en este ámbito se mantienen en el seguimiento a los tres meses, evidenciando una sostenibilidad en el tiempo de los cambios introducidos

Al desglosar los resultados por género, se evidencian diferencias más acentuadas entre las chicas que entre los chicos. Las mejoras son significativas tanto entre la preintervención y la posintervención como entre la primera y el seguimiento. Se destacan cambios significativos con un tamaño del efecto grande en el estilo reforzador por parte de los progenitores y en el aumento del apego o relación con los padres. Además, se observan cambios importantes y significativos, con un tamaño del efecto moderado, relacionados con la reducción del nivel de conflictividad familiar.

En resumen, los resultados sugieren que la intervención en el Programa Suspertu influye positivamente en las dinámicas familiares, promoviendo cambios significativos en factores de riesgo y protección, con impactos diferenciados según el género de los adolescentes involucrados. Estos hallazgos respaldan la efectividad del programa en la mejora de la dinámica familiar y la promoción de factores protectores en este ámbito.

En cuanto al ámbito escolar y de ocio, se encuentran ligeras mejorías en el rendimiento y en la percepción de los resultados académicos y una reducción del absentismo escolar, especialmente entre los chicos. Las variables seleccionadas para este ámbito no han sido sensibles al cambio. El calendario escolar no se corresponde con los procesos en el programa Suspertu. Por ejemplo, un adolescente que llega en mayo con el curso acabado puede terminar el programa con el inicio del curso siguiente y no verse reflejada la mejoría en este cambio. El ámbito escolar y de ocio es central en la intervención y en el futuro hay que mejorar la recogida de información para que se valoren adecuadamente los cambios.

En cualquier caso, la evolución del nivel de implicación y de motivación en el ámbito escolar revela diferencias significativas en la muestra total, con un aumento significativo en el interés por el curso y el esfuerzo realizado para completar tareas. Estas mejoras se mantienen en el seguimiento. También se observan pequeñas mejoras en la percepción de la utilidad de lo aprendido y su importancia para el futuro, aunque no sean estadísticamente significativas. Las diferencias más notables se encuentran

entre los chicos, quienes experimentan mejoras significativas en su interés por los estudios y en su capacidad de esfuerzo.

El análisis detallado de los consumos de drogas y otras conductas de riesgo revela importantes mejoras en el comportamiento de los adolescentes que participaron en el Programa Suspertu. Es crucial destacar que la marihuana era la droga más consumida entre los jóvenes ingresados en el programa, y se observó un marcado descenso en su consumo a lo largo del proceso. Al inicio de la intervención, casi la mitad de los participantes manifestaban ser consumidores diarios de marihuana, pero al finalizar el programa, el 70% había abandonado o reducido significativamente su consumo. Entre las diferencias notables, se observa que el 70% de los que finalizaron el programa sin consumir cannabis al inicio mantuvieron su abstinencia. Por lo tanto, se puede decir que se cumple uno de los principales objetivos del programa. Además, la percepción clínica es que la base de muchas de las mejorías encontradas en el resto de ámbitos de este estudio se debe al abandono o reducción del consumo de marihuana. Esta percepción refutaría las hipótesis que asocian el consumo en la adolescencia con un síntoma de otras problemáticas. Por otro lado, además de en el consumo, se evidenciaron cambios positivos en la percepción de riesgo asociada al consumo de drogas, especialmente en la visión negativa de la marihuana entre las chicas. Este es otro ámbito importante sobre el que se trabaja en el programa.

Un dato importante a considerar es que, en el seguimiento a los tres meses, se observa un ligero aumento en el consumo de cannabis. Este es un resultado habitual en los programas de este tipo (Álvarez & Morales, 2015; Mazariegos, 2021; Williams & Chang, 2000). Después de un periodo de abstinencia este dato resaltaría la necesidad de un seguimiento más intensivo después de la intervención.

En relación con otras conductas de riesgo, se observó un descenso generalizado en comportamientos como robos, tráfico de drogas, actos vandálicos, peleas y consumo de drogas durante la jornada escolar. Nuevamente parece que el descenso en la implicación de este tipo de conductas se debe a la cesación del consumo. Muchos de estos comportamientos están asociados o vinculados a las dinámicas de los consumidores de drogas.

En resumen, los resultados indican que el Programa Suspertu ha tenido un impacto positivo en los consumos de drogas y otras conductas de riesgo entre los adolescentes participantes. Sin embargo, la necesidad de un mayor seguimiento tras la

finalización parece un aspecto clave para maximizar los beneficios a largo plazo del programa.

En cuanto a la percepción que muestran los/as adolescentes de su problemática al llegar al programa, la escala de problemática percibida reveló, por un lado, que su principal preocupación estaba relacionada con el ámbito familiar, seguida del escolar, y que, globalmente, se encontraban muy afectados por su situación. Nuevamente, esta percepción está muy alejada del adolescente despreocupado. Por otro lado, lo que se ha encontrado es una reducción muy significativa de estos niveles de preocupación.

En el ámbito escolar, se registraron cambios significativos, especialmente entre los chicos, con tamaños de efecto considerables. Esto sugiere que el programa ha tenido un impacto positivo en la percepción de los problemas académicos y escolares entre los participantes masculinos. Además, apoya la percepción de que los indicadores empleados para valorar la evolución en el ámbito escolar han sido poco sensibles al cambio.

En el ámbito familiar, se encontraron mejoras significativas, especialmente entre las chicas, con tamaños de efecto grandes. Esto vuelve a sugerir que el programa ha tenido un impacto considerable en la percepción de las relaciones familiares y la dinámica en el hogar, aspecto crucial para el desarrollo integral de los adolescentes.

A nivel general y global, también se observaron descensos significativos en la problemática percibida, destacando tamaños de efecto grandes, especialmente entre las chicas. Esto indica que el programa no solo ha impactado en áreas específicas, sino que también ha contribuido a una mejora generalizada en la percepción de la problemática entre los participantes.

El Programa Suspertu es un programa exigente que requiere un compromiso importante. Al adolescente se le exige la asistencia a citas semanales, asumir responsabilidades, negociar y aceptar normas, respetar límites y asumir consecuencias, a veces negativas. Y, sin embargo, la satisfacción con el programa es muy alta (el 100% de la muestra lo calificó como bueno o excelente). Probablemente la relación positiva con los/as profesionales sea un factor clave en el éxito (Huey et al., 2000). Poner al/la adolescente en el centro, escuchándole sin prejuicios, sin culpabilizarle, respetando las etapas y motivando para el cambio pueden ser las claves de las mejoras encontradas.

En suma, estos resultados respaldan la eficacia del Programa Suspertu en abordar de manera integral la problemática individual, el ámbito familiar, el escolar y de

ocio junto a las conductas de riesgo, subrayando la importancia de intervenciones multicomponente en el abordaje de estos desafíos (Sandler et al., 2014).

6.3. Limitaciones

Una de las principales limitaciones de este estudio tiene que ver con la dificultad para recopilar datos de aquellos participantes que abandonan o finalizan el Programa incumpliendo las condiciones del mismo. Es decir, con aquellas salidas que no son positivas. La información disponible se limita a un único caso de abandono y ocho altas parciales, excluyendo el resto resultados negativos. Se identifican dificultades significativas en el proceso de recopilación de datos, tanto de aquellos participantes que abandonaron o incumplieron el programa como incluso de aquellos que lo completaron. Estas complicaciones surgen por diversas razones, como la movilidad de los profesionales del programa, lo cual destaca la necesidad de inculcar una cultura evaluativa en los equipos de intervención para garantizar la recolección de datos de manera efectiva. Además, se encuentran obstáculos relacionados con la participación de los adolescentes, quienes en algunos casos tienen dificultades para acudir a la cita de seguimiento a los tres meses de la finalización de la intervención. El deseo o la necesidad de los y las adolescentes de pasar página rápidamente y de sentirse “recuperados” podría entenderse como una de las causas que explican la ausencia a las últimas citas. En este sentido, la falta de asistencia a las citas de finalización del programa también se presenta como un desafío, al igual que las dificultades de algunos participantes para completar los cuestionarios en tiempo y forma. Estas complicaciones en la obtención de datos subrayan la importancia de abordar no solo la consistencia en la participación, sino también la colaboración efectiva de los participantes en la recopilación de información, aspecto crucial para el éxito y la validez del estudio.

Esta limitación ha condicionado parte del desarrollo de esta investigación. Inicialmente junto a los objetivos referidos al análisis de los y las adolescentes en el momento de ingresar en el Programa Susperu y su posterior evolución tras la intervención, se planteó como último objetivo determinar las posibles variables predictoras de éxito. El no haber podido recoger información suficiente sobre aquellos casos que terminaron el proceso con un resultado negativo, es decir abandonando o incumpliendo las condiciones de este, ha impedido este objetivo. No poder comparar aquellas salidas positivas con las negativas para el estudio de sus diferencias y el

establecimiento de las variables que predecirían un tipo de resultado u otro, obligó a descartar este objetivo.

En cualquier caso, esta dificultad es una problemática común en este tipo de investigaciones, donde la obtención de datos de los participantes que no concluyen el programa representa un auténtico reto (Dennis & Scott, 2007; García y Méndez, 2014; Schoenwald & Garland, 2013; Taddeo et al., 2008). El avance en la obtención de los datos con respecto a las salidas negativas permitiría identificar de manera más certera las respuestas o predictores de éxito o fracaso.

La muestra del estudio revela una disparidad significativa entre la representación de mujeres y hombres, siendo la presencia femenina notablemente menor. Esta discrepancia está relacionada directamente con los porcentajes de atenciones proporcionadas en el programa. Semejante desproporción entre géneros no solo es un hallazgo específico de este estudio, sino que también se puede considerar una limitación común en este tipo de intervenciones (Greenfield et al., 2007; Grella, 2006; Kumpfer, 2003). Como consecuencia de esta disparidad, la menor participación de mujeres podría influir en la generalización de los resultados y debe ser tomada en cuenta al interpretar y aplicar las conclusiones del estudio.

Otra de las limitaciones de esta investigación se basa en la ausencia de análisis de los resultados o el seguimiento del proceso paralelo de los progenitores en relación con sus hijos e hijas a lo largo del programa. Aunque se reconoce esta limitación, tal y como se recoge en un estudio previo acerca de la eficacia del trabajo con las familias en el Programa Suspertu (Ituráin, 2017) es plausible suponer que se habría dado una evolución positiva de los progenitores y que esta tendría relación con las mejoras experimentadas en los y las adolescentes. No obstante, este vacío en la evaluación de la dinámica entre padres e hijos constituye una limitación importante que podría enriquecer la comprensión integral de los efectos del programa.

Conviene destacar también, la limitación temporal del estudio, caracterizada por el breve lapso de tres meses entre la finalización del programa y el seguimiento. Esta elección se tomó debido a la dificultad para concertar citas con los adolescentes una vez concluido el programa. A pesar de la intención de facilitar el acceso a estas citas mediante un periodo corto, se experimentó la pérdida significativa de cuestionarios. Este aspecto resalta la importancia de considerar las dificultades logísticas al establecer el marco temporal de las evaluaciones. De esa manera no se ha llevado a cabo una medición adicional del impacto de la intervención más allá de los tres meses iniciales.

Este hecho impide evaluar de manera completa y precisa el mantenimiento a largo plazo de los cambios observados. La falta de seguimiento prolongado limita la capacidad del estudio para proporcionar una visión completa de la durabilidad de los efectos del programa y sugiere la necesidad de considerar medidas adicionales para evaluar el impacto a lo largo del tiempo.

Otra limitación importante en relación con los resultados obtenidos plantea que estos se basan exclusivamente en la percepción o las respuestas proporcionadas por los y las adolescentes respecto a la situación analizada. Parece recomendable la necesidad de considerar el contexto de maduración o desarrollo personal en el que se encuentran, ya que sus respuestas podrían experimentar variaciones significativas en breves espacios temporales. Esta limitación sugiere la importancia de contextualizar los hallazgos y reconocer la posible influencia de cambios individuales en la percepción de los participantes. Algunos de estos resultados como la edad de inicio en los consumos de drogas relatados, podrían no ajustarse a la realidad estadística. Esta discrepancia plantea interrogantes sobre la fiabilidad de ciertos datos autoinformados y subraya la importancia de considerar la veracidad de la información proporcionada. Sería recomendable abordar esta limitación mediante el uso de metodologías adicionales o la triangulación de datos para obtener una imagen más precisa y completa de la realidad estudiada (Harrison & Hughes, 1997; O'Malley et al., 1983).

En línea con la anterior limitación, una dificultad adicional del estudio cuestiona la propia utilización de cuestionarios, subrayando el riesgo inherente de sesgo en las respuestas influenciadas por la deseabilidad social u otras dimensiones internas. Este desafío es reconocido como un riesgo general asociado a la aplicación de este tipo de instrumentos en este tipo de investigaciones. La posibilidad de respuestas sesgadas plantea interrogantes sobre la precisión y la validez de los datos recopilados, ya que los participantes pueden tener la tendencia a presentar respuestas que consideran socialmente aceptables o deseables (Fisher, 1993; Tourangeau & Yan, 2007). Es importante tener en cuenta este riesgo al interpretar los resultados de los estudios y considerar estrategias adicionales para mitigar el sesgo, como la combinación de métodos cualitativos o la implementación de técnicas de validación de respuestas.

6.4. Líneas de futuro

A partir de las limitaciones del estudio planteadas en el epígrafe anterior, esta investigación deja abierta la posibilidad de incorporar nuevas propuestas de futuro.

La primera de las futuras líneas de investigación se centra en la mejora de la calidad de los datos a explotar. En este sentido un objetivo clave sería aumentar el tamaño de la muestra de próximas investigaciones, intentando incorporar a todos los participantes, incluso aquellos que no concluyan sus procesos. Esta ampliación de la muestra ofrecería la oportunidad de recopilar datos más exhaustivos y ricos en información. Incluso si algunos participantes no finalizan el programa, sus aportes podrían proporcionar información valiosa sobre los motivos del abandono y las posibles áreas de mejora. Un mayor tamaño de la muestra también fortalecería la validez estadística de los resultados, permitiendo generalizaciones más sólidas y ofreciendo una visión más completa de la diversidad de experiencias en el programa de prevención de consumos de drogas en la adolescencia. Para ello se sugiere analizar los cuestionarios al inicio del Programa de aquellos participantes que abandonan o incumplen condiciones, comparándolos con los de quienes completan todo el proceso. Esta comparación permitiría identificar patrones y diferencias en las respuestas iniciales entre ambos grupos, sirviendo como indicadores potenciales de éxito o fracaso en el programa de prevención de consumos de drogas. Explorar estas disparidades podría arrojar luz sobre factores específicos asociados con el abandono o el incumplimiento de condiciones, planteando así ajustes y mejoras para optimizar la efectividad del programa.

Otra línea de futuro interesante plantea abordar una estrategia integral para evaluar el impacto del programa. Sería beneficioso cruzar los datos de las familias con los de sus respectivos hijos e hijas en lugar de analizarlos por separado. Esta aproximación permitiría obtener una visión más completa de la dinámica familiar y comprender cómo los cambios en cada parte implicada podrían servir como indicadores de éxito o fracaso del programa de prevención de consumos de drogas en la adolescencia. Este enfoque holístico podría enriquecer significativamente la comprensión de la efectividad del programa y proporcionar información valiosa para futuras intervenciones.

Una propuesta de futuro adicional supondría llevar a cabo un análisis específico de perfiles particulares. Por ejemplo, aquellos de hijos e hijas adoptados, para comprender las posibles diferencias con respecto al resto de los participantes en el

programa de prevención indicada. Este enfoque permitiría examinar variaciones en el ámbito familiar, variables personales y patrones de consumo, brindando una visión más detallada de los factores que podrían influir en el éxito o fracaso de la intervención en estos casos particulares. De manera similar, otro ejemplo propondría explorar el perfil de aquellos participantes que ingresan al programa con un diagnóstico de TDAH, aunque es importante destacar la necesidad de una muestra más amplia para abordar estas especificidades. En este contexto, se subraya la importancia de inculcar una cultura evaluativa entre los profesionales para lograr una recopilación de datos más extensa y enriquecedora. Este enfoque diferenciado podría proporcionar información valiosa para personalizar y mejorar la efectividad del programa en subgrupos específicos.

Otra sugerencia relevante es la incorporación de datos adicionales que aborden el uso de pantallas, tecnologías de la información y la comunicación (TICS), así como la participación en juegos de azar y apuestas deportivas. Al expandir el alcance de las variables estudiadas, se podría obtener una comprensión más completa de los factores de riesgo o influencias externas que podrían contribuir a los comportamientos de riesgo en la adolescencia. Esta ampliación del espectro permitiría analizar de manera más integral las dinámicas contemporáneas que podrían estar relacionadas con los comportamientos de riesgo, y proporcionaría información valiosa para el diseño de estrategias preventivas más ajustadas a las realidades actuales de los y las adolescentes.

Otra línea estratégica importante sería implementar ajustes en el programa de prevención a partir de los resultados obtenidos en esta investigación. Identificar áreas específicas con sus fortalezas y debilidades permitiría mejorar la efectividad general de la intervención. Esto podría implicar la revisión y mejora de las herramientas de evaluación, incluyendo cuestionarios más específicos sobre drogas y variables de personalidad, entre otros aspectos. La adaptación de estas herramientas podría proporcionar una evaluación más precisa y detallada, permitiendo una intervención más eficaz y personalizada. Esta retroalimentación continua y la disposición para realizar mejoras incrementarían la capacidad del programa para abordar las necesidades cambiantes de los adolescentes y optimizar su impacto preventivo.

Una perspectiva valiosa para el futuro de la investigación podría ser la realización de estudios longitudinales a largo plazo para conocer la situación de los usuarios y usuarias que participaron en el programa tras varios años. Esta estrategia permitiría obtener información significativa sobre la durabilidad de los efectos y la

trayectoria a largo plazo de los participantes. Se sugiere la posibilidad de utilizar entrevistas o cuestionarios ad-hoc para recopilar datos cualitativos, que podrían brindar datos más profundos sobre la evolución de los participantes en áreas como la prevención de consumos de drogas, otros comportamientos de riesgo, relaciones familiares y variables personales. Este enfoque a largo plazo proporcionaría una visión más completa y matizada de la eficacia del programa en el tiempo y ayudaría a identificar áreas en las que se pueden realizar mejoras continuas.

En esta misma línea de trabajo, una propuesta adicional sería explorar el ingreso de aquellos participantes que anteriormente formaron parte del Programa Suspertu, en los programas de adultos de la fundación Proyecto Hombre de Navarra. Tanto en el programa ambulatorio Aldatu como en la Comunidad Terapéutica. Este enfoque permitiría realizar un análisis más completo de la trayectoria de los antiguos participantes y obtener indicadores de riesgo asociados con su posterior ingreso en programas para adultos. Aprovechar la base de datos de la Fundación para este estudio proporcionaría una fuente rica en información. Este análisis podría arrojar luz sobre la efectividad a largo plazo del Programa Suspertu y proporcionar información clave sobre la continuidad de la prevención de consumos de drogas en la transición a la edad adulta.

Referencias

- Agbaria, Q., Mahamid, F., & Ziya Berte, D. (2017). Social support, self-control, religiousness and engagement in high risk-behaviors among adolescents. *The International Journal of Indian Psychology*, 4(4), 13-33.
- Aguilar Gil, P. E., & García Castillo, G. (2021). Tolerancia a la frustración en adolescentes: una revisión sistemática de la literatura científica en los últimos 10 años.
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational behavior and human decision processes*, 50(2), 179-211.
- Ajzen, I. y Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Albertos, A., Koning, I., Benítez, E., & De Irala, J. (2021). Consumo de alcohol en adolescentes: ¿importa el tipo de actividad de ocio? Un estudio transnacional. *Revista internacional de investigación ambiental y salud pública*, 18 (21), 11477.
- Alcázar, M. Á., Verdejo, A., Bouso, J. C., & Ortega, J. (2015). Búsqueda de sensaciones y conducta antisocial. *Anuario de psicología jurídica*, 25(1), 75-80.
- Aleixandre, N. L., del Río, M. P., & Pol, A. P. (2004). Estrategias de afrontamiento: factores de protección en el consumo de alcohol, tabaco y cannabis. *Adicciones*, 16(4), 259-264.
- Alonso, C., Salvador, L., Suelves, J., Jiménez, R., & Martínez, I. (2004). *Prevención de la A a la Z. Glosario sobre Prevención del Abuso de Drogas*. Centro de Estudios sobre Promoción de la Salud. Ministerio del Interior. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Madrid.
- Alonso, D., Freijo, E. & Freijo, A. (1996). *Actuar es posible. La prevención de las drogodependencias en la comunidad escolar*. Ministerio del Interior. Delegación del gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Madrid.
- Alsaker, F., & Flammer, A. (2006). Pubertal development.
- Álvarez Fresno, E., Fraile Martínez, A. M., Secades Villa, R. et al., (2005). *Percepción de riesgo del consumo de drogas en escolares de enseñanza secundaria del principado de Asturias*. Colegio Oficial de Psicólogos de Asturias.
- Álvarez Sarapura, J. N., & Boza Cáceres, R. (2021). Impulsividad y consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes y adultos: una revisión sistemática de la literatura y metaanálisis (2010-2020).
- Álvarez, T. B., & Morales, S. J. (2015). Factores de riesgo que influyen en la recaída de consumo de drogas lícitas e ilícitas en adolescentes atendidos en el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. *Revista Costarricense de Psicología*, 34(2), 147-157.

- Álvarez-López, Á. M., Carmona-Valencia, N. J., Pérez-Rendón, Á. L., & Jaramillo-Roa, A. (2020). Factores psicosociales asociados al consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes de Pereira, Colombia. *Universidad y Salud*, 22(3), 213-222.
- Alvira, F. (2002). *Manual para la elaboración y evaluación de Programas de Prevención del Abuso de Drogas*. Ed. Agencia Antidroga de la Comunidad de Madrid. Madrid.
- Allahverdipour, H., Hidarnia, A., Kazamnegad, A., Shafii, F., Fallah, P. A., & Emami, A. (2006). The status of self-control and its relation to drug abuse-related behaviors among Iranian male high school students. *Social Behavior and Personality: an international journal*, 34(4), 413-424.
- Allara, E., Ferri, M., Bo, A., Gasparrini, A., & Faggiano, F. (2015). ¿Are mass-media campaigns effective in preventing drug use? A Cochrane systematic review and meta-analysis. *BMJ open*, 5(9), e007449.
- Allen, B., & Waterman, H. (2019). *Etapas de la adolescencia*. Healthy children.
- Amato, L., Mitrova, Z., Davoli, M., Ferri, M., Burkhart, G., Bo, A., & Faggiano, F. (2017). *Communities That Care (CTC): a comprehensive prevention approach for communities* (pp. 1-28). EMCDDA.
- Anderson, P., Chisholm, D., & Fuhr, D. C. (2009). Effectiveness and cost-effectiveness of policies and programmes to reduce the harm caused by alcohol. *The lancet*, 373(9682), 2234-2246.
- Anderson, V. A., Anderson, P., Northam, E., Jacobs, R., & Catroppa, C. (2001). Development of executive functions through late childhood and adolescence in an Australian sample. *Developmental neuropsychology*, 20(1), 385-406.
- Arbex, C. (2002). *Guía de intervención: Menores y consumos de drogas*. Asociación de Técnicos para el Desarrollo de Programas Sociales.
- Arbex, C. (2013). *Guía metodológica para la implementación de una intervención preventiva selectiva e indicada*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Asociación de Técnicos para el Desarrollo de Programas Sociales.
- Argani, J. I. C. (2018). Factores de riesgo y protección ante el consumo de drogas en jóvenes del municipio de La Paz. *Drugs and Addictive Behavior*, 3 (1), 52-74.
- Ariza, C., Nebot, M., Tomás, Z., Giménez, E., Valmayor, S., Tarilonte, V. & De Vries, H. (2008), Efectos longitudinales del enfoque del marco europeo de prevención del tabaquismo (ESFA) en adolescentes españoles. *The European Journal of Public Health* 18, pp. 491-497.
- Ariza, C., Pérez, A., Sánchez-Martínez, F., Diéguez, M., Espelt, A., Pasarín, M. I., & Nebot, M. (2013). Evaluation of the effectiveness of a school-based cannabis prevention programme. *Drug and Alcohol Dependence* 132, pp. 257-26

- Armendáriz García, N. A., Rodríguez Aguilar, L., & Guzmán Facundo, F. R. (2008). Efecto de la autoestima sobre el consumo de tabaco y alcohol en adolescentes del área rural de Nuevo León, México. *SMAD. Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas*, 4(1), 00-00.
- Artazcoz, L. & Borrell, C. (2007). Género y Salud. En I. Nerín y M. Jané, (Ed.). *Libro blanco sobre mujeres y tabaco: Abordaje con una perspectiva de género* (pp. 9-22). Zaragoza: Comité para la Prevención del Tabaquismo y Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Arthur, M.W., Hawkins, J.D., Pollard, J.A., Catalano, R.F. & Baglioni, A.J. (2002). Measuring risk and protective factors for substance use, delinquency and other adolescent problem behaviors. *The communities that care youth survey. Evaluation Review*, 26 (6), 575-601.
- Ashton, L. M., Morgan, P. J., Hutchesson, M. J., Rollo, M. E., Young, M. D., & Collins, C. E. (2015). A systematic review of SNAPO (Smoking, Nutrition, Alcohol, Physical activity and Obesity) randomized controlled trials in young adult men. *Preventive medicine*, 81, 221-231.
- Baessler, J., and Schwarzer, R. (1996). Evaluación de la autoeficacia: adaptación española de la escala de autoeficacia general. *Ansiedad y Estrés* 2, 1–8.
- Baker, A. L., Thornton, L. K., Hiles, S., Hides, L., & Lubman, D. I. (2012). Psychological interventions for alcohol misuse among people with co-occurring depression or anxiety disorders: a systematic review. *Journal of affective disorders*, 139(3), 217-229.
- Baker, P. R. A., Thomas, R. E., Thomas, B. C., Lorenzetti, D. L., Sully, E. P., & Dobbins, M. (2015). Family-based programmes for preventing smoking by children and adolescents: Evidence and implications for public health. *Health Evidence*, 2015(June).
- Bandura, A. (1969). *Principles of behavior modification*. Englewood Cliffs, NJ:Prentice-Hall (trad. cast.: Salamanca, Sígueme, 1984).
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological review*, 84(2), 191.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1999). Social cognitive theory of personality. *Handbook of personality*, 2, 154-96.
- Bandura, A. (2010). Self-efficacy. *The Corsini encyclopedia of psychology*, 1-3.
- Barajas, D. D., & Rodríguez, M. M. (2021). Moduladores del bienestar psicológico en adolescentes en condición vulnerable: autoestima y autoeficacia. *Revista electrónica sobre cuerpos académicos y grupos de investigación*, 8(15).
- Barnea, Z., Teichman, M., & Rahav, G. (1992). Personality, cognitive, and interpersonal factors in adolescent substance use: A longitudinal test of an integrative model. *Journal of Youth and adolescence*, 21, 187-201.

- Bar-On, R., & Parker, J.D.A. (2000). The Bar-On Emotional Quotient Inventory: Youth Version (EQ-i:YV): Technical manual. Toronto, Canada: Multi-Health Systems
- Baumeister, R. F., Campbell, J. D., Krueger, J. I., & Vohs, K. D. (2003). Does high self-esteem cause better performance, interpersonal success, happiness, or healthier lifestyles? *Psychological science in the public interest*, 4(1), 1-44.
- Bausch, G. (2003): Pubertät bei Pflege- und Adoptivkindern. Zusammen hänge zwischen frühkindlichen Einflüssen und Schwierigkeiten in der Pubertät. Aichach: Documentos de la Jornada técnica de la PFAD für Kinder Bayern e.V.
- Bayés, R. (1979). *Psicología y medicina*. Barcelona: Fontanella
- Becerra, J. A. (2008). Variables familiares y drogodependencia: la influencia de los componentes de la Emoción Expresada. *Rev Psic Cient com [Internet]*, 10, 16.
- Becker, M. H., & Maiman, L. A. (1975). Sociobehavioral determinants of compliance with health and medical care recommendations. *Medical care*, 10-24.
- Becoña, B. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Ministerio del Interior. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. ISBN 92-1-348117-9)
- Becoña, E. (1997). Pathological gambling in Spanish children and adolescents: An emerging problem. *Psychological reports*, 81(1), 275-287.
- Becoña, E. (2001). *Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas*. Ministerio del Interior. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Becoña, E. (2002). *Factores de riesgo y protección familiar para el uso de drogas*. En J. R. Fernández-Hermida y R. Secades. (Eds.), *Intervención Familiar en la prevención de drogodependencias* (pp. 117-140). Madrid: Plan Nacional sobre drogas.
- Becoña, E., Cortés, M., Pedrero, E. J., Fernández, J. R., Casete, L., Bermejo, M. P., & Tomás, V. (2008). *Guía clínica de intervención psicológica en adicciones*. Barcelona: Socidroalcohol, 100.
- Becoña, E., Martínez, Ú., Calafat, A., Juan, M., Duch, M., & Fernández-Hermida, J. R. (2012). ¿Cómo influye la desorganización familiar en el consumo de drogas de los hijos? Una revisión. *Adicciones*, 24(3), 253-268.
- Becoña, E., Martínez, Ú., Calafat, A., Juan, M., Fernández-Hermida, J. R., & Secades-Villa, R. (2012). Parental styles and drug use: A review. *Drugs: education, prevention and policy*, 19(1), 1-10.
- Belintxon, M., Calatrava, M., Osorio, A., Balaguer, Á., & Vidaurreta, M. (2022). Activos de desarrollo interno y uso de sustancias entre adolescentes hispanos. Un estudio transversal. *Revista de Enfermería Avanzada*, 78 (7), 1990-2003.

- Belošević, M., & Ferić, M. (2022). Contribution of frequency and structured leisure activities features to the alcohol use: perception of adolescents from the northwest county of Croatia. *International Journal of Adolescence and Youth*, 27(1), 249-263.
- Benson, PL (2007). *Activos de desarrollo: una descripción general de la teoría, la investigación y la práctica*. En RK Silbereisen y RM Lerner (Eds.), *Enfoques para el desarrollo positivo de la juventud* (págs. 33 a 58). Publicaciones SAGE Ltd.
- Berner, J. E., & Santander, J. (2012) Abuso y dependencia de internet: la epidemia y su controversia. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 50(3), 181-190.
- Bertholet, N., Daeppen, J. B., Wietlisbach, V., Fleming, M., & Burnand, B. (2005). Reduction of alcohol consumption by brief alcohol intervention in primary care: systematic review and meta-analysis. *Archives of internal medicine*, 165(9), 986-995.
- Blair, K. A., Denham, S. A., Kochanoff, A., & Whipple, B. (2004). Playing it cool: Temperament, emotion regulation, and social behavior in preschoolers. *Journal of school psychology*, 42(6), 419-443.
- Blakemore, S. J. (2008). The social brain in adolescence. *Nature Reviews Neuroscience*, 9(4), 267-277.
- Blakemore, S. J., & Choudhury, S. (2006). Development of the adolescent brain: implications for executive function and social cognition. *Journal of child psychology and psychiatry*, 47(3-4), 296-312.
- Blasco, V. J. V., Pérez, D. E., Martínez, A. V., & Amado, B. G. (2019). Perfiles de menores policonsumidores de drogas y su relación con la conducta antisocial: orientaciones para la prevención. *Informació psicològica*, (117), 17-31.
- Blau, G. M., Gillespie, J. F., Felner, R. D., & Evans, E. G. (1988). Predisposition to drug use in rural adolescents: Preliminary relationships and methodological considerations. *Journal of Drug Education*, 18(1), 13-22.
- Blos, P. (1962). *Sobre la adolescencia: una interpretación psicoanalítica* (Vol. 90433). Simón y Schuster.
- Bolier, L., Voorham, L., Monshouwer, K., Hasselt, N. V., & Bellis, M. (2011). Alcohol and drug prevention in nightlife settings: a review of experimental studies. *Substance use & misuse*, 46(13), 1569-1591.
- Borg, W. R., Gall, J. P., & Gall, M. D. (1993). *Applying Educational Research*. White Plains.
- Botvin, G. J. (1995). Entrenamiento en habilidades para la vida y prevención del consumo de drogas en adolescentes: consideraciones teóricas y hallazgos empíricos. *Psicología conductual*, 3(3), 333-356.
- Botvin, G. J. (1996). Through life skills training. Preventing childhood disorders, substance abuse, and delinquency, 215.

- Botvin, G. J., & Griffin, K. W. (2005). Prevention science, drug abuse prevention, and life skills training: Comments on the state of the science. *Journal of Experimental Criminology*, 1, 63-78.
- Botvin, G. J., & Tortu, S. (1988). Preventing Adolescent Substance Abuse Through Life Skills Training.
- Bouchard, M., Gallupe, O., Dawson, K., & Anamali, M. (2018). No place like home? Availability, opportunity, and substance use in adolescence. *Journal of Youth Studies*, 21(6), 747-764.
- Bouchey, H. A., & Furman, W. (2006). *Dating and romantic experiences in adolescence*. Blackwell handbook of adolescence, 312-329.
- Bradshaw, C. P., Zmuda, J. H., Kellam, S. G., & Ialongo, N. S. (2009). Longitudinal impact of two universal preventive interventions in first grade on educational outcomes in high school. *Journal of educational psychology*, 101(4), 926.
- Bravo, O. F. V., Castro, R. F. E., & Vines, Z. M. M. (2021). Síntomas de ansiedad y depresión asociados a los niveles de riesgo del consumo de alcohol y tabaco en adolescentes de la ciudad de Loja, Ecuador. *Health and addictions: Salud y drogas*, 21(1), 279-293.
- Brehmer, Y., Westerberg, H., & Bäckman, L. (2012). Working-memory training in younger and older adults: training gains, transfer, and maintenance. *Frontiers in human neuroscience*, 6, 63.
- Brennan, I., Moore, S. C., Byrne, E., & Murphy, S. (2011). Interventions for disorder and severe intoxication in and around licensed premises, 1989–2009. *Addiction*, 106(4), 706-713.
- Bright, C. L., Sacco, P., Kolivoski, K. M., Stapleton, L. M., Jun, H. J., & Morris-Compton, D. (2017). Gender differences in patterns of substance use and delinquency: A latent transition analysis. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*, 26(2), 162-173.
- Brook, J. S., Brook, D. W., Gordon, A. S., Whiteman, M., & Cohen, P. (1990). *The psychosocial etiology of adolescent drug use: a family interactional approach*. Genetic, social, and general psychology monographs.
- Brook, J.S. Whiteman, M., Gordon, A.S. y Brook, D.W. (1988). The role of older brothers in younger brothers' use via wed in the context of parent and peer influences. *Journal of Genetic Psychology*, 151, 59-75.
- Brotherhood, A. y Sumnall, H. R. (2013). *Estándares europeos de calidad en prevención de drogas: Guía breve*. Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT).
- Brotherhood, A., & Sumnall, H. (2011). *European drug prevention quality standards A manual for prevention professionals*. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

- Buhler, A., & Kroger, C. (2008). EMCDDA Insights. Prevention of substance abuse. Luxembourg: Office for official publications of the European communities.
- Burkhardt, G. (2011). Prevención ambiental de drogas en la Unión Europea. ¿Por qué es tan impopular este tipo de prevención? *Adicciones*, 23(2), 87-100.
- Byck, G. R., Bolland, J., Dick, D., Ashbeck, A. W., & Mustanski, B. S. (2013). Prevalence of mental health disorders among low-income African American adolescents. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 48, 1555-1567.
- Caballero-Hidalgo A., González B., Pinilla J. y Barber P. (2006). Factores predictores del inicio y consolidación del consumo de tabaco en adolescentes. *Gaceta Sanitaria*, 19, 6, 440-447.
- Caballo, V. (2005). *Manual de Evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. (6^o Edición). Madrid: Siglo XXI.
- Calafat, A., Amengual, M., Farrés, C., Mejías, G., & Borrás, M. (1992). *Tú decides. Programa de educación sobre drogas, 3a edición*. Mallorca: Sección de Promoción de la Salud. Servicio de Acción Social y Sanidad .
- Calafat, A., Amengual, M., Mejías, G., Borrás, M. y Palmer, A. (1989). Evaluación del programa de prevención escolar "Tú decides". *Adicciones*. 1,2, 96 111.
- Calafat, A., Amengual, M., Farrés, C. y Monserrat, M. (1984). Eficacia de un programa de prevención sobre drogas, especialmente centrado en la toma de decisiones, según sea desarrollado por especialistas o por profesores de los alumnos". *Drogalcohol*. IX, 3, 147-169.
- Calvete, E., Estévez, A. (2009). Consumo de drogas en adolescentes: El papel del estrés, la impulsividad y los esquemas relacionados con la falta de límites. *Adicciones*, 21(1), 49-56.
- Campbell, R., Starkey, F., Holliday, J., Audrey, S., Bloor, M., Parry-Langdon, N. & Moore, L. (2008). An informal school-based peer-led intervention for smoking prevention in adolescence (ASSIST): a cluster randomised trial. *The Lancet*, 371(9624), 1595-1602.
- Canales Quezada, G. F., Díaz de Paredes, T., Guidorizzi Zanetti, A. C., & Arena Ventura, C. A. (2012). Consumo de drogas psicoactivas y factores de riesgo familiar en adolescentes. *Revista cuidarte*, 3(1), 260-269.
- Caña, M. L., Michelini, Y. N., Acuña, H. I., & Godoy, J. C. (2015). Efectos de la impulsividad y el consumo de alcohol sobre la toma de decisiones en los adolescentes.
- Caplan, G. (1980). *Principios de psiquiatría preventiva*. In Principios de psiquiatría preventiva (pp. 306-306).

- Capriati, A. J., Camarotti, A. C., Di Leo, P. F., Wald, G. D., & Kornblit, A. L. F. (2015). *La prevención de los consumos problemáticos de drogas desde una perspectiva comunitaria: un modelo para armar*.
- Carey, K. B., Scott-Sheldon, L. A., Elliott, J. C., Garey, L., & Carey, M. P. (2012). Face-to-face versus computer-delivered alcohol interventions for college drinkers: A meta-analytic review, 1998 to 2010. *Clinical psychology review, 32*(8), 690-703.
- Carey, K. B., Scott-Sheldon, L. A., Garey, L., Elliott, J. C., & Carey, M. P. (2016). Alcohol interventions for mandated college students: A meta-analytic review. *Journal of consulting and clinical psychology, 84*(7), 619.
- Caria, MP, Faggiano, F., Bellocco, R., Galanti, MR y el EU-Dap Study Group (2010), 'Effects of a school-based Prevention Program on European Teenagers' Patterns of Alcohol Use', *Journal of Salud del Adolescente 48*, pp. 182-188.
- Carney, T. (2014). Evidence-based screening, brief intervention and referral to treatment for substance-using adolescents with delinquent-type behaviours.
- Carney, T., & Myers, B. (2012). Effectiveness of early interventions for substance-using adolescents: findings from a systematic review and meta-analysis. *Substance abuse treatment, prevention, and policy, 7*(1), 1-15.
- Carou, M., Romero, E., & Luengo, M. Á. (2016). Perfiles de drogodependientes en relación con variables y trastornos de personalidad. *Adicciones, 29*(2), 113-124.
- Carson, K. V., Brinn, M. P., Labiszewski, N. A., Esterman, A. J., Chang, A. B., & Smith, B. J. (2011). Community interventions for preventing smoking in young people. *Cochrane Database of Systematic Reviews, (7)*.
- Carson, K. V., Brinn, M. P., Peters, M., Veale, A., Esterman, A. J., & Smith, B. J. (2012). Interventions for smoking cessation in Indigenous populations. *Cochrane Database of Systematic Reviews, (1)*.
- Carson-Chahhoud, K. V., Ameer, F., Sayehmiri, K., Hnin, K., van Agteren, J. E., Sayehmiri, F., & Smith, B. J. (2017). Mass media interventions for preventing smoking in young people. *Cochrane Database of Systematic Reviews, (6)*.
- Caspi, A., Elder, G. H., & Bem, D. J. (1987). Moving against the world: Life-course patterns of explosive children. *Developmental psychology, 23*(2), 308.
- Catalano, R. F., & Hawkins, J. D. (1996). The social development model: a theory of antisocial behavior.
- Catalano, R. F., Kosterman, R., Hawkins, J. D., Newcomb, M. D., & Abbott, R. D. (1996). Modeling the etiology of adolescent substance use: A test of the social development model. *Journal of drug issues, 26*(2), 429-455.

- Cerdá, M., Mauro, C., Hamilton, A., Levy, N. S., Santaella-Tenorio, J., Hasin, D. & Martins, S. S. (2020). Association between recreational marijuana legalization in the United States and changes in marijuana use and cannabis use disorder from 2008 to 2016. *JAMA psychiatry*, 77(2), 165-171.
- Cerezo, F., & Méndez, I. (2015). Agresores en bullying y conductas antisociales. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 3(1), 5-14.
- Cid-Monckton, P., & Pedrão, L. J. (2011). Factores familiares protectores y de riesgo relacionados al consumo de drogas en adolescentes. *Revista Latinoamericana de Enfermagem*, 19, 738-745.
- Cisneros, M. A. L., & Terrero, J. Y. T. (2018). Autoeficacia y consumo de alcohol en mujeres adolescentes. NURE investigación: *Revista Científica de enfermería*, 15(95), 3.
- 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, DC: American Psychological Association.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*, Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Colom, R., Rubio, V. J., Shih, P. C., & Santacreu, J. (2006). Fluid intelligence, working memory and executive functioning. *Psicothema*, 816-821.
- Connell, A. M., & Goodman, S. H. (2002). The association between psychopathology in fathers versus mothers and children's internalizing and externalizing behavior problems: a meta-analysis. *Psychological bulletin*, 128(5), 746.
- Connell, C. M., Gilreath, T. D., & Hansen, N. B. (2009). A multiprocess latent class analysis of the co-occurrence of substance use and sexual risk behavior among adolescents. *Journal of studies on alcohol and drugs*, 70(6), 943-951.
- Conrod, P. J., Castellanos, N., & Mackie, C. (2008). Personality-targeted interventions delay the growth of adolescent drinking and binge drinking. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(2), 181-190.
- Conrod, P. J., Castellanos-Ryan, N., & Mackie, C. (2011). Long-term effects of a personality-targeted intervention to reduce alcohol use in adolescents. *Journal of consulting and clinical psychology*, 79(3), 296.
- Conrod, P. J., Castellanos-Ryan, N., & Strang, J. (2010). Brief, personality-targeted coping skills interventions and survival as a non-drug user over a 2-year period during adolescence. *Archives of general psychiatry*, 67(1), 85-93.
- Conrod, P. J., O'Leary-Barrett, M., Newton, N., Topper, L., Castellanos-Ryan, N., Mackie, C., & Girard, A. (2013). Effectiveness of a selective, personality-targeted prevention

program for adolescent alcohol use and misuse: a cluster randomized controlled trial. *JAMA psychiatry*, 70(3), 334-342.

- Coppo, A., Galanti, M. R., Giordano, L., Buscemi, D., Bremberg, S., & Faggiano, F. (2014). School policies for preventing smoking among young people. *Cochrane database of systematic reviews*, (10).
- Costa, F. M., Jessor, R., & Turbin, M. S. (1999). Transition into adolescent problem drinking: the role of psychosocial risk and protective factors. *Journal of studies on alcohol*, 60(4), 480-490.
- Costa, M. & López, E. (1989). *Salud comunitaria*. Barcelona: Martínez Roca
- Costa, M. & López, E. (1996). *Educación para la salud: Una estrategia para cambiar los estilos de vida*. España. Pirámide.
- Costa, M. y López, E. (2006). *Manual para la ayuda psicológica. Dar poder para vivir. Más allá del counseling*. Madrid: Pirámide.
- Cranford, J. A., Zucker, R. A., Jester, J. M., Puttler, L. I., & Fitzgerald, H. E. (2010). Parental alcohol involvement and adolescent alcohol expectancies predict alcohol involvement in male adolescents. *Psychology of addictive behaviors*, 24(3), 386.
- Crespo, J. L. C., Rodríguez, O. G., Villa, R. S., Hermida, J. R. F., Cueto, E. G., Pérez, J. M. E., & Díaz, S. A. H. (2004). Construcción y validación de un cuestionario de factores de riesgo interpersonales para el consumo de drogas en la adolescencia. *Psicothema*, 674-679.
- Crockett, L. J., & Petersen, A. C. (1993). Adolescent development: Health risks and opportunities for health promotion. Promoting the health of adolescents: New directions for the twenty-first century, 13-37.
- Cross, C. P., Copping, L. T., & Campbell, A. (2011). Sex differences in impulsivity: a meta-analysis. *Psychological bulletin*, 137(1), 97.
- Cservenka, A. (2016). "Neurobiological phenotypes associated with a family history of alcoholism." *Drug and alcohol dependence* 158: 8-21.
- Cuevas Carda, A., & Mezquita, L. (2016). El papel moderador de los estilos educativos en la relación entre la personalidad y el consumo de cannabis.
- Cuijpers, P. (2002). Effective ingredients of school-based drug prevention programs: A systematic review. *Addictive behaviors*, 27(6), 1009-1023.
- Cyders, M. A. (2013). Impulsivity and the sexes: Measurement and structural invariance of the UPPS-P Impulsive Behavior Scale. *Assessment*, 20(1), 86-97.

- Chambers, R. A., Taylor, J. R., & Potenza, M. N. (2003). Developmental neurocircuitry of motivation in adolescence: a critical period of addiction vulnerability. *American journal of psychiatry*, 160(6), 1041-1052.
- Champion, K. E., Newton, N. C., Barrett, E. L., & Teesson, M. (2013). A systematic review of school-based alcohol and other drug prevention programs facilitated by computers or the Internet. *Drug and alcohol review*, 32(2), 115-123.
- Charach, A., Yeung, E., Climans, T., & Lillie, E. (2011). Childhood attention-deficit/hyperactivity disorder and future substance use disorders: comparative meta-analyses. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 50(1), 9-21.
- Chatlos, J. C. (1996). Recent trends and a developmental approach to substance abuse in adolescents. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics*, 5(1), 1-27.
- Chen, L., Chen, X., Zhao, S., French, D. C., Jin, S., & Li, L. (2019). Predicting substance use and deviant behavior from prosociality and sociability in adolescents. *Journal of youth and adolescence*, 48, 744-752.
- Westling, E., Andrews, J. A., & Peterson, M. (2012). Gender differences in pubertal timing, social competence, and cigarette use: a test of the early maturation hypothesis. *Journal of Adolescent Health*, 51(2), 150-155.
- Chou, L. C., Ho, C. Y., Chen, C. Y., & Chen, W. J. (2006). Truancy and illicit drug use among adolescents surveyed via street outreach. *Addictive behaviors*, 31(1), 149-154.
- Darden, C. A., Ginter, E. J. y Gazda, G. M. (1996). Life skills development scale - adolescent form: The theoretical and therapeutic relevance of life-skills. *Journal of Mental Health Counseling*, 18, 142-163
- Davis, J. P., Smith, D. C., & Briley, D. A. (2017). Substance use prevention and treatment outcomes for emerging adults in non-college settings: A meta-analysis. *Psychology of Addictive Behaviors*, 31(3), 242.
- De Kleijn, M. J., Farmer, M. M., Booth, M., Motala, A., Smith, A., Sherman, S. & Shekelle, P. (2015). Systematic review of school-based interventions to prevent smoking for girls. *Systematic reviews*, 4(1), 1-12.
- De La Barrera, C. P. (2012). Habilidades para la vida y consumo de drogas en adolescentes escolarizados mexicanos. *Adicciones*, 24(2), 153-160.
- De la Rosa, A. (1995). *La prevención de las drogodependencias en el ámbito escolar. Una experiencia práctica evaluada*. Tesis doctoral. Universidad de Barcelona.
- De León, G. (2004). *La comunidad terapéutica y las adicciones. Teoría, Modelo y Método*. (1ª ed.) España: Editorial, Desclée de Brouwer, SA.

- Dedert, E. A., McDuffie, J. R., Stein, R., McNeil, J. M., Kosinski, A. S., Freiermuth, C. E., & Williams Jr, J. W. (2015). Electronic interventions for alcohol misuse and alcohol use disorders: a systematic review. *Annals of internal medicine*, 163(3), 205-214.
- Dedert, E., Williams Jr, J. W., Stein, R., McNeil, J. M., McDuffie, J., Ross, I., & Nagi, A. (2014). *E-intervention characteristics*. In *e-Interventions for Alcohol Misuse* [Internet]. Department of Veterans Affairs (US).
- Degenhardt, L., Whiteford, H. A., Ferrari, A. J., Baxter, A. J., Charlson, F. J., Hall, W. D., ... & Vos, T. (2013). Global burden of disease attributable to illicit drug use and dependence: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*, 382(9904), 1564-1574.
- Del Carmen Pérez-Fuentes, M., del Mar Molero, M., & Linares, J. J. G. (2019). Expectativas y búsqueda de sensaciones predictores del Binge Drinking en adolescentes. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 35(1), 124-130.
- Del Carmen Pérez-Fuentes, M., Gázquez, J. J., del Mar Molero, M., Cardila, F., Martos, Á., Barragán, A. B. & Mercader, I. (2015). Impulsividad y consumo de alcohol y tabaco en adolescentes. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 5(3), 371-382.
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. (2000). *Estrategia Nacional sobre Adicciones 2000-2008*. Recuperado de: <https://pnsd.sanidad.gob.es/pnsd/estrategiaNacional/docs/estrategia.pdf>
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. (2009). *Estrategia Nacional sobre Adicciones 2009-2016*. Recuperado de: <https://pnsd.sanidad.gob.es/pnsd/estrategiaNacional/docs/EstrategiaPNSD2009-2016.pdf>.
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. (2017). *Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024*. Recuperado de: http://www.pnsd.msssi.gob.es/pnsd/estrategiaNacional/docs/180209 ESTRATEGIA_N. ADICCIONES_2017-2024__aprobada_CM.pdf
- Delgado, A. O. (2007). Desarrollo cerebral y asunción de riesgos durante la adolescencia. *Apuntes de psicología*, 25(3), 239-254.
- Dennis, M., & Scott, C. K. (2007). Managing addiction as a chronic condition. *Addiction science & clinical practice*, 4(1), 45.
- Derogatis, L. R. (1992). *The SCL-90-R*. Baltimore: Clinical Psychometric Research.
- Diestelkamp, S., Drechsel, M., Baldus, C., Wartberg, L., Arnaud, N., & Thomasius, R. (2016). Brief in person interventions for adolescents and young adults following alcohol-related events in emergency care: a systematic review and European evidence synthesis. *European addiction research*, 22(1), 17-35.

- Dishion, T. J. (2016). Social influences on executive functions development in children and adolescents: Steps toward a social neuroscience of predictive adaptive responses. *Journal of abnormal child psychology*, *44*, 57-61.
- Dishion, T. J., & Patterson, G. R. (2015). *The development and ecology of antisocial behavior in children and adolescents*. Developmental psychopathology: Volume three: Risk, disorder, and adaptation, 503-541.
- Doggett, A., Qian, W., Godin, K., De Groh, M., & Leatherdale, S. T. (2019). Examining the association between exposure to various screen time sedentary behaviours and cannabis use among youth in the COMPASS study. *SSM-Population Health*, *9*, 100487.
- Donnellan, M. B., Trzesniewski, K. H., Robins, R. W., Moffitt, T. E., & Caspi, A. (2005). Low self-esteem is related to aggression, antisocial behavior, and delinquency. *Psychological science*, *16*(4), 328-335.
- Donoghue, K., Patton, R., Phillips, T., Deluca, P., & Drummond, C. (2014). The effectiveness of electronic screening and brief intervention for reducing levels of alcohol consumption: a systematic review and meta-analysis. *Journal of medical Internet research*, *16*(6), e3193.
- Donovan, J. E. (1996). Problem-behavior theory and the explanation of adolescent marijuana use. *Journal of drug issues*, *26*(2), 379-404.
- Dotson, K. B., Dunn, M. E., & Bowers, C. A. (2015). Stand-alone personalized normative feedback for college student drinkers: A meta-analytic review, 2004 to 2014. *PloS one*, *10*(10), e0139518.
- Dowling, N. A., Merkouris, S. S., Greenwood, C. J., Oldenhof, E., Toumbourou, J. W., & Youssef, G. J. (2017). Early risk and protective factors for problem gambling: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Clinical psychology review*, *51*, 109-124.
- Dryden, W., & Matweychuk, W. (2009). *Cómo superar las adicciones*. Editorial Hispano-Europea.
- Dunn, C., Deroo, L., & Rivara, F. P. (2001). The use of brief interventions adapted from motivational interviewing across behavioral domains: a systematic review. *Addiction*, *96*(12), 1725-1742.
- Durston, S., Davidson, M. C., Tottenham, N., Galvan, A., Spicer, J., Fossella, J. A., & Casey, B. J. (2006). A shift from diffuse to focal cortical activity with development. *Developmental science*, *9*(1), 1-8.
- Echeburúa, E., Corral, P y Fernández-Montalvo, J. (2000). Escala de Inadaptación: propiedades psicométricas en contextos clínicos. *Análisis y Modificación de Conducta*, *26*, 107, 325-340.

- El Kazdough, H., El-Ammari, A., Bouftini, S., El Fakir, S., & El Achhab, Y. (2018). Adolescents, parents and teachers' perceptions of risk and protective factors of substance use in Moroccan adolescents: a qualitative study. *Substance abuse treatment, prevention, and policy*, 13(1), 1-12.
- El Omari, F., Salomonsen-Sautel, S., Hoffenberg, A., Anderson, T., Hopfer, C., & Toufiq, J. (2015). Prevalence of substance use among moroccan adolescents and association with academic achievement. *World Journal of Psychiatry*, 5(4), 425.
- Elder, R. W., Lawrence, B., Ferguson, A., Naimi, T. S., Brewer, R. D., Chattopadhyay, S. K., & Task Force on Community Preventive Services. (2010). The effectiveness of tax policy interventions for reducing excessive alcohol consumption and related harms. *American journal of preventive medicine*, 38(2), 217-229.
- Elkind, D. (1974). *Children and adolescents: Interpretive essays on Jean Piaget*. Oxford U. Press.
- Elkind, D. (1984). *All grown up & no place to go: Teenagers in crisis*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Elzerbi, C., Donoghue, K., & Drummond, C. (2015). A comparison of the efficacy of brief interventions to reduce hazardous and harmful alcohol consumption between European and non-European countries: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Addiction*, 110(7), 1082-1091.
- Elzerbi, C., Donoghue, K., Boniface, S., & Drummond, C. (2017). Variance in the efficacy of brief interventions to reduce hazardous and harmful alcohol consumption between injury and noninjury patients in emergency departments: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Annals of emergency medicine*, 70(5), 714-723.
- Erikson, E. (1950). *Infancia y sociedad*. Buenos Aires: Hormé S. A.E., 1966.
- Esarte Eseverri, S. (2017). *Evaluación de la eficacia de un programa de tratamiento ambulatorio para pacientes alcohólicos*.
- ESPAD Group (2020), ESPAD Report 2019: Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs, EMCDDA Joint Publications, Publications Office of the European Union, Luxembourg.
- Espada, J. P., Botvin, G. J., Méndez, X., & Griffin, K. W. (2003). Adolescencia: consumo de alcohol y otras drogas. *Papeles del psicólogo*, 23(84), 9-17.
- Espada, J. P., Méndez, F. X., Botvin, G. J., Griffin, K. W., Orgilés, M., & Rosa, A. I. (2002). ¿Éxito o fracaso de la prevención del abuso de drogas en el contexto escolar? Un metaanálisis de los programas en España. *Psicología conductual*, 10(3), 581-602.

- Eysenck, S. B., & Eysenck, H. J. (1977). The place of impulsiveness in a dimensional system of personality description. *British journal of social and clinical psychology*, 16(1), 57-68.
- Faggiano, F., Galanti, MR, Bohrn, K., Burkhart, G., Vigna-Taglianti, F., Cuomo, L., Fabiani, L., et al. (2008), 'La eficacia de un programa de prevención del abuso de sustancias basado en la escuela: ensayo controlado aleatorio por conglomerados EU-Dap', *Preventive Medicine* 47, pp. 537-543.
- Faggiano, F., Minozzi, S., Versino, E., & Buscemi, D. (2014). Universal school-based prevention for illicit drug use. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (12).
- Faggiano, F., Richardson, C., Bohrn, K., Galanti, M. R., & EU-Dap Study Group. (2007). A cluster randomized controlled trial of school-based prevention of tobacco, alcohol and drug use: the EU-Dap design and study population. *Preventive medicine*, 44(2), 170-173.
- Faggiano, F., Vigna-Taglianti, F., Burkhart, G., Bohrn, K., Cuomo, L., Gregori, D., & EU-Dap Study Group. (2010). The effectiveness of a school-based substance abuse prevention program: 18-month follow-up of the EU-Dap cluster randomized controlled trial. *Drug and alcohol dependence*, 108(1-2), 56-64.
- Fallu, J. S., Janosz, M., Brière, F. N., Descheneaux, A., Vitaro, F., & Tremblay, R. E. (2010). Preventing disruptive boys from becoming heavy substance users during adolescence: A longitudinal study of familial and peer-related protective factors. *Addictive behaviors*, 35(12), 1074-1082.
- Farrington, D. P. (2007). Childhood risk factors and risk-focused prevention. *The Oxford handbook of criminology*, 4, 602-640.
- Farrington, D. P., Ttofi, M. M., & Piquero, A. R. (2016). Risk, promotive, and protective factors in youth offending: Results from the Cambridge study in delinquent development. *Journal of criminal justice*, 45, 63-70.
- Fátima Montes-Solís, M. E., Rodríguez Aguilar, L., Guzmán Facundo, F. R., & López García, K. S. (2023). Autoestima, autoeficacia, conducta prosocial y el consumo de alcohol en adolescentes escolarizados. *Health & Addictions/Salud y Drogas*, 23(1).
- Fergusson, D. M., & Woodward, L. J. (2002). Mental health, educational, and social role outcomes of adolescents with depression. *Archives of general psychiatry*, 59(3), 225-231.
- Fernández Cánoves, R. M. (2010). Absentismo escolar y su relación con el consumo de cannabis y alcohol en adolescentes de un colegio de Torrent (Valencia).
- Fernández, M. A., Dema, S. y Fontanil, Y. (2020). Género y políticas sobre drogas en España: avances y limitaciones. *Revista Española de Drogodependencias*, 45 (1), 10-25.

- Fernández, S., Nebot, M., & Jané, M. (2002). Evaluación de la efectividad de los programas escolares de prevención del consumo de tabaco, alcohol y cannabis:¿ Qué nos dicen los metaanálisis? *Revista española de salud pública*, 76, 175-187.
- Fernández, V. M., Irlés, D. L., & Heras, J. V. S. (2018). Impulsividad y búsqueda de sensaciones como predictores del consumo de drogas en adolescentes: Un estudio longitudinal. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 5(3), 9-15.
- Fernández-Artamendi, S., Martínez-Loredo, V., Fernández-Hermida, J. R., & Carballo-Crespo, J. L. (2016). The Impulsive Sensation Seeking (ImpSS): Psychometric properties and predictive validity regarding substance use with Spanish adolescents. *Personality and Individual Differences*, 90, 163-168.
- Fernández-Artamendi, S.; López-Núñez, C.; Coloma-Carmona, A. y Carballo, J.L. (2021). *Tratamientos psicológicos para las conductas adictivas en población infanto-juvenil*. En Fonseca-Pedrero, E. Manual de Tratamientos Psicológicos. Infancia y Adolescencia. Madrid: Pirámide
- Fernández-Castillo, E., Molerio-Pérez, O., Garcia de Nascimento, P., & Rodríguez-Martínez, Y. (2021). Consumo de alcohol y factores relacionados en estudiantes universitarios cubanos. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 20(2).
- Fernández-Montalvo, J. F., Vélez, A. P., & Irazabal, I. (2015). Hábitos de uso y conductas de riesgo en Internet en la preadolescencia. *Comunicar: Revista científica iberoamericana de comunicación y educación*, (44), 113-120.
- Fernandez-Montalvo, J., & López-Goñi, J. J. (2010). Comparison of completers and dropouts in psychological treatment for cocaine addiction. *Addiction Research & Theory*, 18(4), 433-441.
- Fernández-Montalvo, J., Arteaga, A., López-Goñi, J. J., & Ituráin, S. (2020). Are there gender-based effects for an educational program for parents of adolescents with risk behaviors? *Journal of Marital and Family Therapy*, 46(3), 431-441.
- Fernández-Montalvo, J., López-Goñi, J. J., Illescas, C., Landa, N., & Lorea, I. (2008). Evaluation of a therapeutic community treatment program: A long-term follow-up study in Spain. *Substance Use & Misuse*, 43(10), 1362-1377.
- Ferri, M., Allara, E., Bo, A., Gasparrini, A., & Faggiano, F. (2013). Media campaigns for the prevention of illicit drug use in young people. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (6).
- Fisher, R. J. (1993). Social desirability bias and the validity of indirect questioning. *Journal of consumer research*, 20(2), 303-315.
- Fize, M. (2009). *Antimanuel de l'adolescence: toute la vérité, rien que la vérité sur les adolescents*. Québec, Les Éditions de l'Homme.

- Flay, B.R. & Petraitis, J. (1994). The theory of triadic influence: A new theory of health behavior with implications for preventive interventions. *Advances in Medical Sociology*, 4, 19- 44.
- Fleming, C. M., Eisenberg, N., Catalano, R. F., Kosterman, R., Cambron, C., David Hawkins, J., & Watrous, J. (2019). Optimizing assessment of risk and protection for diverse adolescent outcomes: do risk and protective factors for delinquency and substance use also predict risky sexual behavior? *Prevention science*, 20, 788-799.
- Fletcher, A., Bonell, C., & Hargreaves, J. (2008). School effects on young people's drug use: a systematic review of intervention and observational studies. *Journal of Adolescent Health*, 42(3), 209-220.
- Folch, C., Álvarez, J. L., Casabona, J., Brotons, M., & Castellsagué, X. (2015). Determinantes de las conductas sexuales de riesgo en jóvenes de Cataluña. *Revista Española de Salud Pública*, 89(5), 471-485.
- Folgar, M. I., Rivera, F. F., Sierra, J. C., & Vallejo-Medina, P. (2015). Binge drinking: conductas sexuales de riesgo y drogas facilitadoras del asalto sexual en jóvenes españoles. *Suma psicológica*, 22(1), 1-8.
- Fonseca, H. (2010). Helping adolescents develop resilience: steps the pediatrician can take in the office. *Adolescent medicine: state of the art reviews*, 21(1), 152-60.
- Foxcroft, D. R. (2014). Can prevention classification be improved by considering the function of prevention? *Prevention Science*, 15(6), 818-822.
- Foxcroft, D. R., & Tsertsvadze, A. (2011). Universal multi-component prevention programs for alcohol misuse in young people. *Cochrane database of systematic reviews*, (9).
- Foxcroft, D. R., & Tsertsvadze, A. (2012). Cochrane Review: Universal school-based prevention programs for alcohol misuse in young people. *Evidence-Based Child Health: A Cochrane Review Journal*, 7(2), 450-575.
- Foxcroft, D. R., Coombes, L., Wood, S., Allen, D., Santimano, N. M. A., & Moreira, M. T. (2016). Motivational interviewing for the prevention of alcohol misuse in young adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (7).
- Foxcroft, D. R., Smith, L. A., Thomas, H., & Howcutt, S. (2015). Accuracy of alcohol use disorders identification test for detecting problem drinking in 18–35-year-olds in England: method comparison study. *Alcohol and alcoholism*, 50(2), 244-250.
- Fraguela, J. A. G., & Triñanes, E. R. (2002). Prevención del consumo de drogas en la escuela: cuatro años de seguimiento de un programa. *Psicothema*, 685-692.
- Fraguela, J. A. G., Luengo, M. Á., Romero, E., & Villar, P. (2003). El programa construyendo salud: un programa de prevención del abuso de drogas empíricamente fundamentado.

Revista Internacional de Ciencias Sociales y Humanidades, SOCIOTAM, 13(1), 165-202.

- Frazer, K., McHugh, J., Callinan, J. E., & Kelleher, C. (2016). Impact of institutional smoking bans on reducing harms and secondhand smoke exposure. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (5).
- Freud, A. (1936). *El yo y sus mecanismos de defensa*. Buenos Aires: Paidós, 1954. Freud, S. (1895). "Proyecto
- Freud, S. (1895). "*Proyecto de Psicología*". *Obras Completas*. Buenos Aires: Amorrortu, 1976, Vol. I, 323-446.
- Freund, V. A., Schulenberg, J. E., & Maslowsky, J. (2021). Boredom by sensation-seeking interactions during adolescence: associations with substance use, externalizing behavior, and internalizing symptoms in a US national sample. *Prevention science, 22*, 555-566.
- Fuentes, M. C., Garcia, O. F., & Garcia, F. (2020). Protective and risk factors for adolescent substance use in Spain: Self-esteem and other indicators of personal well-being and ill-being. *Sustainability, 12(15)*, 5962.
- Fumero, A., Marrero, R. J., Voltes, D., & Penate, W. (2018). Personal and social factors involved in internet addiction among adolescents: A meta-analysis. *Computers in Human Behavior, 86*, 387-400.
- Fumero, A., Marrero, RJ, Bethencourt, JM, & Peñate, W. (2020). Factores de riesgo de los síntomas del trastorno por juego en Internet en adolescentes españoles. *Computadoras en el comportamiento humano, 111*, 106416.
- Fundación de Ayuda contra la Drogadicción, FAD (2023). *Los factores de riesgo asociados al consumo de drogas*. <https://fad.es/siof/pildora-informativa/factores-riesgo-asociados-consumo>
- Fundación Proyecto Hombre Navarra (1997). *Memoria 1997. Proyecto Hombre Navarra Gizakia Helburu Nafarroa*. Pamplona: Fundación Proyecto Hombre Navarra.
- Fundación Proyecto Hombre Navarra (1998). *Memoria 1998. Proyecto Hombre Navarra Gizakia Helburu Nafarroa*. Pamplona: Fundación Proyecto Hombre Navarra.
- Fundación Proyecto Hombre Navarra (1999). *Memoria 1999. Proyecto Hombre Navarra Gizakia Helburu Nafarroa*. Pamplona: Fundación Proyecto Hombre Navarra.
- Fundación Proyecto Hombre Navarra (2000). *Memoria 2000. Proyecto Hombre Navarra Gizakia Helburu Nafarroa*. Pamplona: Fundación Proyecto Hombre Navarra.
- Fundación Proyecto Hombre Navarra (2001). *Memoria 2001. Proyecto Hombre Navarra Gizakia Helburu Nafarroa*. Pamplona: Fundación Proyecto Hombre Navarra.

Fundación Proyecto Hombre Navarra (2002). *Memoria 2002. Proyecto Hombre Navarra Gizakia Helburu Nafarroa*. Pamplona: Fundación Proyecto Hombre Navarra.

Fundación Proyecto Hombre Navarra (2003). *Memoria 2003. Proyecto Hombre Navarra Gizakia Helburu Nafarroa*. Pamplona: Fundación Proyecto Hombre Navarra.

Fundación Proyecto Hombre Navarra (2004). *Memoria 2004. Proyecto Hombre Navarra Gizakia Helburu Nafarroa*. Pamplona: Fundación Proyecto Hombre Navarra.

Fundación Proyecto Hombre Navarra (2005). *Memoria 2005. Proyecto Hombre Navarra Gizakia Helburu Nafarroa*. Pamplona: Fundación Proyecto Hombre Navarra.

Fundación Proyecto Hombre Navarra (2006). *Memoria 2006. Proyecto Hombre Navarra Gizakia Helburu Nafarroa*. Pamplona: Fundación Proyecto Hombre Navarra.

Fundación Proyecto Hombre Navarra (2007). *Memoria 2007. Proyecto Hombre Navarra Gizakia Helburu Nafarroa*. Pamplona: Fundación Proyecto Hombre Navarra.

Fundación Proyecto Hombre Navarra (2008). *Memoria 2008. Proyecto Hombre Navarra Gizakia Helburu Nafarroa*. Pamplona: Fundación Proyecto Hombre Navarra.

Fundación Proyecto Hombre Navarra (2009). *Memoria 2009. Proyecto Hombre Navarra Gizakia Helburu Nafarroa*. Pamplona: Fundación Proyecto Hombre Navarra.

Fundación Proyecto Hombre Navarra (2010). *Memoria 2010. Proyecto Hombre Navarra Gizakia Helburu Nafarroa*. Pamplona: Fundación Proyecto Hombre Navarra.

Fundación Proyecto Hombre Navarra (2011). *Memoria 2011. Proyecto Hombre Navarra Gizakia Helburu Nafarroa*. Pamplona: Fundación Proyecto Hombre Navarra.

Fundación Proyecto Hombre Navarra (2012). *Memoria 2012. Proyecto Hombre Navarra Gizakia Helburu Nafarroa*. Pamplona: Fundación Proyecto Hombre Navarra.

Fundación Proyecto Hombre Navarra (2013). *Memoria 2013. Proyecto Hombre Navarra Gizakia Helburu Nafarroa*. Pamplona: Fundación Proyecto Hombre Navarra.

Fundación Proyecto Hombre Navarra (2014). *Memoria 2014. Proyecto Hombre Navarra Gizakia Helburu Nafarroa*. Pamplona: Fundación Proyecto Hombre Navarra.

Fundación Proyecto Hombre Navarra (2015). *Memoria 2015. Proyecto Hombre Navarra Gizakia Helburu Nafarroa*. Pamplona: Fundación Proyecto Hombre Navarra.

Fundación Proyecto Hombre Navarra (2016). *Memoria 2016. Proyecto Hombre Navarra Gizakia Helburu Nafarroa*. Pamplona: Fundación Proyecto Hombre Navarra.

Fundación Proyecto Hombre Navarra (2017). *Memoria 2017. Proyecto Hombre Navarra Gizakia Helburu Nafarroa*. Pamplona: Fundación Proyecto Hombre Navarra.

Fundación Proyecto Hombre Navarra (2018). *Memoria 2018. Proyecto Hombre Navarra Gizakia Helburu Nafarroa*. Pamplona: Fundación Proyecto Hombre Navarra.

- Fundación Proyecto Hombre Navarra (2019). *Memoria 2019. Proyecto Hombre Navarra Gizakia Helburu Nafarroa*. Pamplona: Fundación Proyecto Hombre Navarra.
- Fundación Proyecto Hombre Navarra (2020). *Memoria 2020. Proyecto Hombre Navarra Gizakia Helburu Nafarroa*. Pamplona: Fundación Proyecto Hombre Navarra.
- Fundación Proyecto Hombre Navarra (2021). *Memoria 2021. Proyecto Hombre Navarra Gizakia Helburu Nafarroa*. Pamplona: Fundación Proyecto Hombre Navarra.
- Furr-Holden, C. D. M., Ialongo, N. S., Anthony, J. C., Petras, H., & Kellam, S. G. (2004). Developmentally inspired drug prevention: middle school outcomes in a school-based randomized prevention trial. *Drug and alcohol dependence*, 73(2), 149-158.
- Gaete, V. (2015). Desarrollo psicosocial del adolescente. *Revista chilena de pediatría*, 86(6), 436-443.
- Galanti, M. R., Coppo, A., Jonsson, E., Bremberg, S., & Faggiano, F. (2014). Anti-tobacco policy in schools: upcoming preventive strategy or prevention myth? *A review of 31 studies. Tobacco control*, 23(4), 295-301.
- Gallo, K. D. (2015). The relationship between age of onset of drug use, drug dependence, mental disorders, and offense type and severity.
- Garaigordobil, M. y Maganto, C. (2011). Empatía y resolución de conflictos durante la infancia y la adolescencia. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 43, 255-266.
- García Valencia, J., & Méndez Villanueva, M. P. (2014). Factors Associated With the Temporary Abandonment of Treatment for Disorders Due to Substance Abuse in an Institution in Medellin, Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 43(1), 7-17.
- García, C. C., & Jiménez, B. M. (1989). La búsqueda de sensaciones y la ingesta de alcohol en la adolescencia. *Revista de psicología general y aplicada: Revista de la Federación Española de Asociaciones de Psicología*, 42(3), 343-349.
- Garnier, H. E., Stein, J. A., & Jacobs, J. K. (1997). The process of dropping out of high school: A 19-year perspective. *American educational research journal*, 34(2), 395-419.
- Garrison, M. M., Christakis, D. A., Ebel, B. E., Wiehe, S. E., & Rivara, F. P. (2003). Smoking cessation interventions for adolescents: a systematic review. *American Journal of Preventive Medicine*, 25(4), 363-367.
- Gates, S., McCambridge, J., Smith, L. A., & Foxcroft, D. (2006). Interventions for prevention of drug use by young people delivered in non-school settings. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (1).
- Gázquez, J.J.; Pérez-Fuentes, M.C.; Molero, M.M.; Simón, M.M. Búsqueda de sensaciones e impulsividad como predictores de la agresión en adolescentes. *Psychol. Soc. Educ.* 2016, 8, 243–255.

- Ghobadi, M., Kazemnezhad Leili, E., Jafari Asl, M., & Shafipour, S. Z. (2020). The relationship between social skills and attitude towards substance abuse among high school students. *Journal of Holistic Nursing and Midwifery*, 30(3), 151-158.
- Giannotta, F., Vigna-Taglianti, F., Galanti, M. R., Scatigna, M., & Faggiano, F. (2014). Short-term mediating factors of a school-based intervention to prevent youth substance use in Europe. *Journal of Adolescent Health*, 54(5), 565-573.
- Gilbert, S. J., & Burgess, P. W. (2008). Executive function. *Current biology*, 18(3), R110-R114.
- Ginsburg, A., & Room, R. (1998). *Preventing substance use problems among youth: A literature review and recommendations* (ARF Document No. 142). Toronto, Ontario, Canada: Addiction Research Foundation.
- Ginsburg, I. H. (1982). Jean Piaget and Rudolf Steiner: Stages of child development and implications for pedagogy. *Teachers College Record*, 84(2), 327-337.
- Girón García, S. S., Martínez delgado, J. M., & González Saiz, F. (2002). Young substance abusers: review on usefulness of family based therapeutic approaches. *Trastornos adictivos*, 4(3), 161-170.
- Glantz, M. D. (1992). *A developmental psychopathology model of drug abuse vulnerability. In Vulnerability to drug abuse.* (pp. 389-418). American Psychological Association.
- Glaser, R. R., Horn, M. L. V., Arthur, M. W., Hawkins, J. D., & Catalano, R. F. (2005). Measurement properties of the Communities That Care® Youth Survey across demographic groups. *Journal of Quantitative Criminology*, 21, 73-102.
- Golpe, S., Isorna, M., Barreiro, C., Braña, T., & Rial, A. (2017). Consumo intensivo de alcohol en adolescentes: prevalencia, conductas de riesgo y variables asociadas. *Adicciones*, 29(4), 256-267.
- Gómez, J., & Muñoz, M. (2000). Factores de riesgo relacionados con la influencia del grupo de iguales para el consumo de drogas en adolescentes. *Psicología conductual*, 8, 19-32.
- Gómez-Fraguela, J. A., Pérez, N. F., & Tríñanes, E. R. (2008). El botellón y el consumo de alcohol y otras drogas en la juventud. *Psicothema*, 211-217.
- González Yubero, S., Palomera Martín, R., & Lázaro Visa, S. (2021). Empatía, estilos de afrontamiento y actitudes hacia el consumo como factores de protección del consumo intensivo de alcohol y el policonsumo en la adolescencia. *Psicología conductual= behavioral psychology: Revista internacional de psicología clínica y de la salud*, 29(2), 313-330.
- González, Antonio Martín. *Comportamientos de riesgo: violencia, prácticas sexuales de riesgo y consumo de drogas ilegales en la juventud.* Comunidad de Madrid, Consejería de Educación y Cultura, 1998.

- González, E., González, D., Molina, T., & Larrondo, P. (2019). Variables familiares, nivel socioeconómico y apoyo social asociadas a comportamientos de riesgo en salud en adolescentes chilenos. *Cuadernos Médico Sociales*, 59(2), 23-35.
- González-Iglesias, B., Gómez-Fraguela, J. A., Gras, M. E., & Planes, M. (2014). Búsqueda de sensaciones y consumo de alcohol: el papel mediador de la percepción de riesgos y beneficios. *Anales de psicología*, 30(3), 1061-1068.
- Gonzálvez, M. T., Espada Sánchez, J. P., Guillén Riquelme, A., & Orgilés Amorós, M. (2014). *¿Consumen más drogas los adolescentes con déficit en habilidades sociales?*
- Gordon Jr, R. S. (1983). An operational classification of disease prevention. *Public health reports*, 98(2), 107.
- Gould, G. S., McEwen, A., Watters, T., Clough, A. R., & van der Zwan, R. (2013). Should anti-tobacco media messages be culturally targeted for Indigenous populations? A systematic review and narrative synthesis. *Tobacco control*, 22(4), e7-e7.
- Gran, B. C., & Nieto, M. Á. P. (2013). El efecto del absentismo y el fracaso escolar en el consumo de tabaco, en una muestra de estudiantes de 3 y 4 de la educación secundaria obligatoria. *Salud y drogas*, 13(1), 53-58.
- Grant, B. F., & Dawson, D. A. (1998). Age of onset of drug use and its association with DSM-IV drug abuse and dependence: results from the National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey. *Journal of substance abuse*, 10(2), 163-173.
- Greene, K., Krmar, M., Walters, L. H., Rubin, D. L., & Hale, L. (2000). Targeting adolescent risk-taking behaviors: the contributions of egocentrism and sensation-seeking. *Journal of adolescence*, 23(4), 439-461.
- Greenfield, S. F., Brooks, A. J., Gordon, S. M., Green, C. A., Kropp, F., McHugh, R. K., ... & Miele, G. M. (2007). Substance abuse treatment entry, retention, and outcome in women: A review of the literature. *Drug and alcohol dependence*, 86(1), 1-21.
- Grella, C. E. (2006). The drug abuse treatment outcomes studies: outcomes with adolescent substance abusers. *Adolescent substance abuse: Research and clinical advances*, 148-173.
- Griffiths, M. D., & Beranuy, M. (2009). Adicción a los videojuegos: una breve revisión psicológica. *Revista de psicoterapia*, 73, 33-49.
- Grinder, R. E. (1990) *Adolescencia*. Editorial Limusa. México.
- Gubbels, J., van der Put, C. E., & Assink, M. (2019). Risk factors for school absenteeism and dropout: A meta-analytic review. *Journal of youth and adolescence*, 48, 1637-1667.
- Güemes-Hidalgo, M., Ceñal, M., & Hidalgo, M. (2017). Pubertad y adolescencia. *Revista de Formación Continuada de la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia*, 5(1), 7-22.

- Guillaumier, A., Bonevski, B., & Paul, C. (2012). Anti-tobacco mass media and socially disadvantaged groups: A systematic and methodological review. *Drug and alcohol review, 31*(5), 698-708.
- Gulliver, A., Farrer, L., Chan, J. K., Tait, R. J., Bennett, K., Calex, A. L., & Griffiths, K. M. (2015). Technology-based interventions for tobacco and other drug use in university and college students: a systematic review and meta-analysis. *Addiction science & clinical practice, 10*(1), 1-10.
- Guttmanova, K., Skinner, M. L., Oesterle, S., White, H. R., Catalano, R. F., & Hawkins, J. D. (2019). The interplay between marijuana-specific risk factors and marijuana use over the course of adolescence. *Prevention Science, 20*, 235-245.
- Guzmán Facundo, F. R., Vargas Martínez, J. I., Candia Arredondo, J. S., Rodríguez Aguilar, L., & Lopez Garcia, K. S. (2019). Influencia de la presión de pares y facebook en actitudes favorecedoras al consumo de drogas ilícitas en jóvenes universitarios mexicanos. *Health & Addictions/Salud y Drogas, 19*(1).
- Haggerty, R. J., & Mrazek, P. J. (Eds.). (1994). *Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research*. National Academies Press.
- Hahn, R. A., Kuzara, J. L., Elder, R., Brewer, R., Chattopadhyay, S., Fielding, J., & Task Force on Community Preventive Services. (2010). Effectiveness of policies restricting hours of alcohol sales in preventing excessive alcohol consumption and related harms. *American journal of preventive medicine, 39*(6), 590-604.
- Hahn, R. A., Middleton, J. C., Elder, R., Brewer, R., Fielding, J., Naimi, T. S., & Community Preventive Services Task Force. (2012). Effects of alcohol retail privatization on excessive alcohol consumption and related harms: a community guide systematic review. *American Journal of Preventive Medicine, 42*(4), 418-427.
- Hale, D. R., Fitzgerald-Yau, N., & Viner, R. M. (2014). A systematic review of effective interventions for reducing multiple health risk behaviors in adolescence. *American journal of public health, 104*(5), e19-e41.
- Hall, S. (1904). *Adolescence: its Psychology and its relation to phisiology, anthropology, sociology, sex, crime, religion and education*. New York: D. Appleton and Company.
- Hankin, B. L., Young, J. F., Abela, J. R., Smolen, A., Jenness, J. L., Gulley, L. D., ... & Oppenheimer, C. W. (2015). Depression from childhood into late adolescence: Influence of gender, development, genetic susceptibility, and peer stress. *Journal of abnormal psychology, 124*(4), 803.
- Harrison, L. D., & Hughes, A. (Eds.). (1997). *The validity of self-reported drug use: Improving the accuracy of survey estimates (Vol. 167)*. US Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Institute on Drug Abuse, Division of Epidemiology and Prevention Research.

- Harter, S. (2011). *Self-development during adolescence*.
- Haugland, S. H., Holmen, T. L., Krokstad, S., Sund, E. R., & Bratberg, G. H. (2015). Intergenerational hazardous alcohol use and area factors: the HUNT study, Norway. *Substance Use & Misuse*, 50(14), 1753-1764.
- Hawkins, J. D., & Catalano Jr, R. F. (1992). *Communities that care: Action for drug abuse prevention*. Jossey-Bass.
- Hawkins, J. D., & Weis, J. G. (1985). The social development model: An integrated approach to delinquency prevention. *Journal of primary prevention*, 6(2), 73-97.
- Hawkins, J. D., Arthur, M. W., & Catalano, R. F. (1995). Preventing substance abuse. *Crime and justice*, 19, 343-427.
- Hawkins, J. D., Catalano, R. F., & Arthur, M. W. (2002). Promoting science-based prevention in communities. *Addictive behaviors*, 27(6), 951-976.
- Hawkins, J. D., Catalano, R. F., & Miller, J. Y. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: implications for substance abuse prevention. *Psychological bulletin*, 112(1), 64.
- Hawkins, J. D., Catalano, R. F., Morrison, D. M., O'Donnell, J., Abbott, R. D., & Day, L. E. (1992). *The Seattle Social Development Project: effects of the first four years on protective factors and problem behaviors*. In An earlier version of this chapter was presented at the Society for Research in Child Development, Kansas City, Missouri, Apr 1989. Guilford Press.
- Hawkins, J.D., Catalano, R.F. y Miller, J.Y. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adult hood: Implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin*, 112, 64 - 105.
- Hawks, D., Scott, K., McBride, N., Jones, P., & Stockwell, T. (2002). Prevention of psychoactive substance use: A selected review of what works in the area of prevention. *Prevention of psychoactive substance use: a selected review of what works in the area of prevention*, 261-p.
- Hefler, M., Liberato, S. C., & Thomas, D. P. (2017). Incentives for preventing smoking in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (6).
- Hennessy, E. A., & Tanner-Smith, E. E. (2015). Effectiveness of brief school-based interventions for adolescents: A meta-analysis of alcohol use prevention programs. *Prevention Science*, 16(3), 463-474.
- Hernandis, S. P., Diez, J. P., & Rouma, A. C. (2002). El consumo de inhalables y cannabis en la preadolescencia: Análisis multivariado de factores predisponentes. *Anales de Psicología*, 18(1), 77-93.

- Hodder, R. K., Freund, M., Wolfenden, L., Bowman, J., Nepal, S., Dray, J., & Wiggers, J. (2017). Systematic review of universal school-based 'resilience' interventions targeting adolescent tobacco, alcohol or illicit substance use: A meta-analysis. *Preventive medicine, 100*, 248-268.
- Hogue, A., Henderson, C. E., Becker, S. J., & Knight, D. K. (2018). Evidence base on outpatient behavioral treatments for adolescent substance use, 2014–2017: Outcomes, treatment delivery, and promising horizons. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 47*(4), 499-526.
- Hopkins, D. P., Briss, P. A., Ricard, C. J., Husten, C. G., Carande-Kulis, V. G., Fielding, J. E., & Task Force on Community Preventive Services. (2001). Reviews of evidence regarding interventions to reduce tobacco use and exposure to environmental tobacco smoke. *American journal of preventive medicine, 20*(2), 16-66.
- Horrocks, J. E. (1984). Psychology of adolescence.
- Horvath, P., & Zuckerman, M. (1993). Sensation seeking, risk appraisal, and risky behavior. *Personality and individual differences, 14*(1), 41-52.
- Huey Jr, S. J., Henggeler, S. W., Brondino, M. J., & Pickrel, S. G. (2000). Mechanisms of change in multisystemic therapy: reducing delinquent behavior through therapist adherence and improved family and peer functioning. *Journal of consulting and clinical psychology, 68*(3), 451.
- International Standards on Drug Use Prevention, Second updated edition. Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime and the World Health Organization, 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
- Ituráin Jiménez de Bentrosa, S. (2017). *Evaluación de los resultados de la intervención familiar en programas de prevención indicada para adolescentes con conductas de riesgo*.
- Ituráin, S., López-Goñi, J. J., Arteaga, A., Deusto, C., & Fernandez-Montalvo, J. (2017). Educational styles, parenting stressors and psychopathological symptoms in parents of adolescents with high-risk behaviours. *Drugs: Education, Prevention and Policy, 24*(2), 163-169.
- Jackson, C. A., Henderson, M., Frank, J. W., & Haw, S. J. (2012). An overview of prevention of multiple risk behaviour in adolescence and young adulthood. *Journal of public health, 34*(suppl_1), i31-i40.
- Jackson, C., Geddes, R., Haw, S., & Frank, J. (2012). Interventions to prevent substance use and risky sexual behaviour in young people: a systematic review. *Addiction, 107*(4), 733-747.

- Jang, S.J. y Smith, C.A. (1991). A test of reciprocal causal relationships among parental supervision, affective ties, and delinquency. *Journal of Research in Crime and Delinquency*, 34, 307-336.
- Jennison, K. M. (2014). The impact of parental alcohol misuse and family environment on young people's alcohol use and behavioral problems in secondary schools. *Journal of substance use*, 19(1-2), 206-212.
- Jensen, C. D., Cushing, C. C., Aylward, B. S., Craig, J. T., Sorell, D. M., & Steele, R. G. (2011). Effectiveness of motivational interviewing interventions for adolescent substance use behavior change: a meta-analytic review. *Journal of consulting and clinical psychology*, 79(4), 433.
- Jessor, R. (1992). Risk behavior in adolescence: A psychosocial framework for understanding and action. *Developmental review*, 12(4), 374-390.
- Jessor, R. Donovan, J.E. y Costa, F.M. (1991). *Beyond adolescence: Problem behavior and young adult development*. Cambridge, Inglaterra: Cambridge University Press.
- Jessor, R., & Jessor, S. (1980). A social-psychological framework for studying drug use. *NIDA research monograph*, 30, 102-109.
- Jessor, R., & Jessor, S. L. (1977). *Problem behavior and psychosocial development: A longitudinal study of youth*. New York: Academic Press.
- Jessor, R., Donovan, J. E., & Costa, F. (1990). Personality, perceived life chances, and adolescent health behavior.
- Jessor, R., Van den Bos, J., Vanderryn, J., Costa, F. y Turbin, M. (1995). Protective factors in adolescent problem behaviour: Moderator effects and developmental change. *Developmental Psychology*, 31, 923 - 933.
- Jiang, S., Wu, L., & Gao, X. (2017). Beyond face-to-face individual counseling: A systematic review on alternative modes of motivational interviewing in substance abuse treatment and prevention. *Addictive behaviors*, 73, 216-235.
- Jiménez, T. I. (2011). Autoestima de riesgo y protección: una mediación entre el clima familiar y el consumo de sustancias en adolescentes. *Psychosocial Intervention*, 20(1), 53-61.
- Jiménez, T. I., Musitu, G., & Murgui, S. (2008). Funcionamiento familiar y consumo de sustancias en adolescentes: el rol mediador de la autoestima. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8(1), 139-151.
- Jiménez, TI, Murgui, S., Estévez, E., & Musitu, G. (2007). Comunicación familiar y comportamientos delictivos en adolescentes españoles:: el doble rol mediador de la autoestima¹. *Revista latinoamericana de psicología*, 39 (3), 473-485.

- Johnson, E. E., Hamer, R., Nora, R. M., Tan, B., Eisenstein, N., & Engelhart, C. (1997). The Lie/Bet Questionnaire for screening pathological gamblers. *Psychological reports*, 80(1), 83-88.
- Jolliffe, D. y Farrington, D. P. (2006). Development and validation of the Basic Empathy Scale. *Journal of adolescence*, 29, 589-611.
- Jones, L., Sumnall, H., Witty, K., Wareing, M., McVeigh, J., & Bellis, M. (2006). A review of community-based interventions to reduce substance misuse among vulnerable and disadvantaged young people. London: *National Institute for Health and Clinical Excellence*.
- Jongenelis, M., Pettigrew, S., Lawrence, D., & Rikkers, W. (2019). Factors associated with poly drug use in adolescents. *Prevention Science*, 20(5), 695-704.
- Jordan, C. J., & Andersen, S. L. (2017). Sensitive periods of substance abuse: Early risk for the transition to dependence. *Developmental cognitive neuroscience*, 25, 29-44.
- Jøsendal, O., Aarø, L. E., Torsheim, T. and Rasbah, J. (2005), 'Evaluation of the school-based smoking prevention programme "BE smokeFREE"', *Scandinavian Journal of Psychology* 46, pp. 189-199
- Kandel, D. (1975). Stages in adolescent involvement in drug use. *Science*, 190(4217), 912-914.
- Kandel, D. B. (1980). Drug and drinking behavior among youth. *Annual review of sociology*, 235-285.
- Kandel, D. B., & Logan, J. A. (1984). Patterns of drug use from adolescence to young adulthood: I. Periods of risk for initiation, continued use, and discontinuation. *American journal of public health*, 74(7), 660-666.
- Kandel, D. B., Kessler, R. C., & Margulies, R. Z. (1978). Antecedents of adolescent initiation into stages of drug use: A developmental analysis. *Journal of Youth and adolescence*, 7(1), 13-40.
- Kandel, D.B. (1980). Developmental stages in adolescent drug involvement. En D.J. Lettieri, M. Sayers y H.W. Pearson (dirs.), *Theories on drug abuse: Selected contemporary perspectives* (NIDA Research Monograph 30, DHHS). Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- Kaner, E. F., Beyer, F. R., Muirhead, C., Campbell, F., Pienaar, E. D., Bertholet, N., ... & Burnand, B. (2018). Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. *Cochrane database of systematic reviews*, (2).
- Kantor, J. R. (1978). *Psicología interconductual*. México: Trillas.
- Kaplan, H.B. (1996). Empirical validation of a the applicability of an integrative theory of deviant behavior to the study of drug use. *Journal of Drug Issues*, 262, 345-377.

- Kaplan, H.B., Johnson, R.J. y Bailey, C.A. (1986). Self-rejection and the explanation of deviance: Refinement and elaboration of a latent structure. *Social Psychology Quarterly*, 49, 110-128.
- Kazemi, D. M., Levine, M. J., Dmochowski, J., Shou, Q., & Angbing, I. (2013). Brief motivational intervention for high-risk drinking and illicit drug use in mandated and voluntary freshmen. *Journal of Substance Use*, 18(5), 392-404.
- Kearney, C. A., & Graczyk, P. (2014, February). *A response to intervention model to promote school attendance and decrease school absenteeism*. In Child & Youth Care Forum (Vol. 43, pp. 1-25). Springer US.
- Keeley, H. S., Mongwa, T., & Corcoran, P. (2015). The association between parental and adolescent substance misuse: findings from the Irish CASE study. *Irish Journal of Psychological Medicine*, 32(1), 107-116.
- Kellam, S. G., & Rebok, G. W. (1992). Building developmental and etiological theory through epidemiologically based preventive intervention trials.
- Kellam, S. G., Wang, W., Mackenzie, A. C., Brown, C. H., Ompad, D. C., Or, F., ... & Windham, A. (2014). The impact of the Good Behavior Game, a universal classroom-based preventive intervention in first and second grades, on high-risk sexual behaviors and drug abuse and dependence disorders into young adulthood. *Prevention science*, 15, 6-18.
- Kelly, A. B., Chan, G. C., Mason, W. A., & Williams, J. W. (2015). The relationship between psychological distress and adolescent polydrug use. *Psychology of Addictive Behaviors*, 29(3), 787.
- Kendler, K. S., Ohlsson, H., Sundquist, K., & Sundquist, J. (2013). Within-family environmental transmission of drug abuse: a Swedish national study. *JAMA psychiatry*, 70(2), 235-242.
- Khajehdaluae, M., Zavar, A., Alidoust, M., & Pourandi, R. (2013). The relation of self-esteem and illegal drug usage in high school students. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 15(11).
- Khantzian, E. J. (1997). The self-medication hypothesis of substance use disorders: A reconsideration and recent applications. *Harvard review of psychiatry*, 4(5), 231-244.
- Kiell, Norman (1969): *The Universal Experience of Adolescence*. London: University of London Press.
- Kim, S., Crutchfield, C., Williams, C., & Hepler, N. (1998). Toward a new paradigm in substance abuse and other problem behavior prevention for youth: Youth development and empowerment approach. *Journal of drug education*, 28(1), 1-17.

- Kingsland, M., Wiggers, J. H., Vashum, K. P., Hodder, R. K., & Wolfenden, L. (2016). Interventions in sports settings to reduce risky alcohol consumption and alcohol-related harm: a systematic review. *Systematic reviews*, 5(1), 1-14.
- Klein, William MP. "Self-prescriptive, perceived, and actual attention to comparative risk information." *Psychology and Health* 18.5 (2003): 625-643.
- Kohlberg, L. (1978). *Revisions in the theory and practice of moral development*. New directions for child and adolescent development, 1978(2), 83-87.
- Korhonen, T., Huizink, A. C., Dick, D. M., Pulkkinen, L., Rose, R. J., & Kaprio, J. (2008). Role of individual, peer and family factors in the use of cannabis and other illicit drugs: a longitudinal analysis among Finnish adolescent twins. *Drug and alcohol dependence*, 97(1-2), 33-43.
- Kristjansson, A. L., Mann, M. J., Sigfusson, J., Thorisdottir, I. E., Allegrante, J. P., & Sigfusdottir, I. D. (2020). Development and guiding principles of the Icelandic model for preventing adolescent substance use. *Health promotion practice*, 21(1), 62-69.
- Kristjansson, A. L., Mann, M. J., Sigfusson, J., Thorisdottir, I. E., Allegrante, J. P., & Sigfusdottir, I. D. (2020). Implementing the Icelandic model for preventing adolescent substance use. *Health promotion practice*, 21(1), 70-79.
- Kröger, C. H., Winter, H., & Shaw, R. (1998). *Guía para la evaluación de las intervenciones preventivas en el ámbito de las drogodependencias*. Manual para responsables de planificación y evaluación de programas.
- Kumpfer, K. L., Alvarado, R., & Whiteside, H. O. (2003). Family-based interventions for substance use and misuse prevention. *Substance use & misuse*, 38(11-13), 1759-1787.
- Labouvie, E. (1996). Maturing out of substance use: Selection and self-correction. *Journal of Drug Issues*, 26(2), 457-476.
- LaBrie, J. W., Kenney, S. R., Napper, L. E., & Miller, K. (2014). Impulsivity and alcohol-related risk among college students: Examining urgency, sensation seeking and the moderating influence of beliefs about alcohol's role in the college experience. *Addictive behaviors*, 39(1), 159-164.
- Lacunza, A. B., & de González, N. C. (2011). Las habilidades sociales en niños y adolescentes. Su importancia en la prevención de trastornos psicopatológicos. *Fundamentos en humanidades*, 12(23), 159-182.
- Landy, M. S., Davey, C. J., Quintero, D., Pecora, A., & McShane, K. E. (2016). A systematic review on the effectiveness of brief interventions for alcohol misuse among adults in emergency departments. *Journal of substance abuse treatment*, 61, 1-12.

- Larrosa, S. L., & Palomo, J. L. R. A. (2012). Factores de riesgo y de protección en el consumo de drogas y la conducta antisocial en adolescentes y jóvenes españoles. *International Journal of Psychological Research*, 5(1), 25-33.
- Larsen, D.L., Attkinsson, CC., Hargreaves, W.A., LeVois, M., Nguyen, T.D., Roberts, R.E. & Stegner, B. (1979). Assessment of client / patient satisfaction: development of a general scale. *Evaluation and program planning*, 2, 197-207
- Laure, P., Binsinger, C., Ambard, M. F. y Friser, A. (2004). L'intention des pré-adolescents de consommer des substances psychoactives. *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, 62, 89-95.
- Laursen, B., & Collins, W. A. (2009). Parent-child relationships during adolescence. *Handbook of adolescent psychology*, 2, 1-42.
- Leadbeater, B. J., Kuperminc, G. P., Blatt, S. J., & Hertzog, C. (1999). A multivariate model of gender differences in adolescents' internalizing and externalizing problems. *Developmental psychology*, 35(5), 1268.
- Lee, S. S., Humphreys, K. L., Flory, K., Liu, R., & Glass, K. (2011). Prospective association of childhood attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and substance use and abuse/dependence: a meta-analytic review. *Clinical psychology review*, 31(3), 328-341.
- Leeman, R. F., Perez, E., Nogueira, C., & DeMartini, K. S. (2015). Very-brief, web-based interventions for reducing alcohol use and related problems among college students: a review. *Frontiers in psychiatry*, 6, 129.
- Legleye, S., Karila, L., Beck, F., & Reynaud, M. (2007). Validation of the CAST, a general population Cannabis Abuse Screening Test. *Journal of substance use*, 12(4), 233-242.
- Leimberg, A., & Lehmann, P. S. (2022). Unstructured socializing with peers, low self-control, and substance use. *International journal of offender therapy and comparative criminology*, 66(1), 3-27.
- Lewin, K. (1939). Field theory and experiment in social psychology: Concepts and methods. *American journal of sociology*, 44(6), 868-896.
- Li, S. D., Zhang, X., Tang, W., & Xia, Y. (2017). Predictors and implications of synthetic drug use among adolescents in the gambling capital of China. *Sage open*, 7(4), 2158244017733031.
- Li, X., Zhou, Y., & Stanton, B. (2002). Illicit drug initiation among institutionalized drug users in China. *Addiction*, 97(5), 575-582.
- Libby, A. M., Orton, H. D., Stover, S. K., & Riggs, P. D. (2005). What came first, major depression or substance use disorder? Clinical characteristics and substance use comparing teens in a treatment cohort. *Addictive behaviors*, 30(9), 1649-1662.

- Liddle, H. A. (2004). Family-based therapies for adolescent alcohol and drug use: Research contributions and future research needs. *Addiction*, *99*, 76-92.
- Liddle, H. A., Rowe, C. L., Dakof, G. A., Henderson, C. E., & Greenbaum, P. E. (2009). Multidimensional family therapy for young adolescent substance abuse: Twelve-month outcomes of a randomized controlled trial. *Journal of consulting and clinical psychology*, *77*(1), 12.
- Lipperman-Kreda, S., Finan, L. J., & Grube, J. W. (2018). Social and situational characteristics associated with adolescents' drinking at party and non-party events. *Addictive behaviors*, *83*, 148-153.
- Liu, L., Wang, N., & Tian, L. (2019). The parent-adolescent relationship and risk-taking behaviors among Chinese adolescents: The moderating role of self-control. *Frontiers in psychology*, *10*, 542.
- Loeber, R., Farrington, D. P., Stouthamer-Loeber, M., Moffitt, T. E., Caspi, A., White, H. R., & Beyers, J. M. (2003). The development of male offending. *Taking stock of delinquency*, 93-136.
- López Goñi, J. J., Arteaga Olleta, A., Ituráin Jiménez de Bentraosa, S., & Fernández Montalvo, J. (2021). Completers and dropouts in a prevention programme for parents of adolescents with high-risk behaviours. *Psicothema*.
- López, E. & Costa, M.(2012). Desvelar el secreto de los enigmas despatologizar la psicología clínica. *Papeles del Psicólogo*, *33*(3), 162-171.
- López, E., & Costa, M. (2013). Manual de consejo psicológico: una visión despatologizada de la psicología clínica. *Papeles del Psicólogo*, *34*(1), 74-75.
- López, E., & Costa, M. (2015). Los problemas psicológicos no son enfermedades. *Papeles del Psicólogo*, *36*(1), 77-80.
- López, S., y Rodríguez-Arias, J. L. (2010). Factores de riesgo y de protección en el consumo de drogas en adolescentes y diferencias según edad y sexo. *Psicothema*, *22*(4), 568-573.
- López-Goñi, J. J., Fernández-Montalvo, J., & Arteaga, A. (2012). Addiction treatment dropout: Exploring patients' characteristics. *The American Journal on Addictions*, *21*(1), 78-85.
- López-Goñi, J. J., Fernández-Montalvo, J., Arteaga, A., & Esarte, S. (2017). Searching objective criteria for patient assignment in addiction treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, *76*, 28-35.
- López-Goñi, J. J., Fernández-Montalvo, J., Arteaga, A., & Leza, L. (2023). Relationship between family mental health problems and substance use disorders: a gender perspective analysis. *Journal of Substance Use*, 1-9.

- López-Goñi, JJ, Fernández-Montalvo, J., Cacho, R., & Arteaga, A. (2014). Perfil de los pacientes adictos que reingresan a programas de tratamiento. *Abuso de sustancias*, 35 (2), 176-183.
- López-Goñi, JJ, Fernández-Montalvo, J., Menéndez, JC, Yudego, F., García, AR, & Esarte, S. (2010). Cambio grupal e individual en el tratamiento de las drogodependencias: un estudio de seguimiento en comunidades terapéuticas. *La Revista Española de Psicología*, 13 (2), 906-913.
- López-Torrecillas, F., Salvador, M., Verdejo, A., & Cobo, P. (2002). Autoeficacia y consumo de drogas: una revisión. *Psicopatología clínica, legal y forense*, 2(1), 33-51.
- Lovato, C., Watts, A., & Stead, L. F. (2011). Impact of tobacco advertising and promotion on increasing adolescent smoking behaviours. *Cochrane database of systematic reviews*, (10).
- Luengo Martín, M. D. L. Á., Gómez Fragueta, J. A., Garra López, A., & Romero Triñanes, E. (2002). *Construyendo la salud: promoción del desarrollo personal y social II*. Madrid: Ministerio de Educación y Cultura, 2003.
- Luengo, A., Otero, J.M., Mirón, L. y Romero, E. (1992). *Análisis psicosocial del consumo de drogas en los adolescentes gallegos*. Xunta de Galicia. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Comisionado del Plan Autonómico sobre Drogodependencias.
- Luengo, M. A., Otero, J. M., Mirón, L., & Romero, E. (1995). *Análisis psicosocial del consumo de drogas en los adolescentes gallegos*. Colección drogodependencias. Santiago: Consellería de Sanidade e Servizos Sociais.
- Luthar, S. S., & Latendresse, S. J. (2005). Children of the affluent: Challenges to well-being. *Current directions in psychological science*, 14(1), 49-53.
- MacArthur, G. J., Harrison, S., Caldwell, D. M., Hickman, M., & Campbell, R. (2016). Peer-led interventions to prevent tobacco, alcohol and/or drug use among young people aged 11–21 years: a systematic review and meta-analysis. *Addiction*, 111(3), 391-407.
- MacArthur, G., Caldwell, D. M., Redmore, J., Watkins, S. H., Kipping, R., White, J., & Campbell, R. (2018). Individual-, family-, and school-level interventions targeting multiple risk behaviours in young people. *Cochrane database of systematic reviews*, (10).
- Magalhães, C., Ribeiro, MF, Esteves, MR, Aires, L., Lima, S., Silva, G., ... & Pedras, S. (2021). Perfil conductual, estilo de vida y habilidades sociales en adolescentes portugueses. *Salud Pública de BMC*, 21, 1-10.
- Malmberg, M., Kleinjan, M., Vermulst, A. A., Overbeek, G., Monshouwer, K., Lammers, J., & Engels, R. C. M. E. (2012). Do substance use risk personality dimensions predict the onset of substance use in early adolescence? A variable-and person-centered approach. *Journal of Youth and Adolescence*, 41(11), 1512-1525.

- Malone, S. M., McGue, M., & Iacono, W. G. (2010). Mothers' maximum drinks ever consumed in 24 hours predicts mental health problems in adolescent offspring. *Journal of child psychology and psychiatry*, 51(9), 1067-1075.
- Mantilla, L. (1993). *Enseñanza en los colegios de las habilidades para vivir para niños y adolescentes: introducción y directrices para facilitar el desarrollo e implementación de Programas en Habilidades para Vivir*. In Enseñanza en los colegios de las habilidades para vivir para niños y adolescentes: introducción y directrices para facilitar el desarrollo e implementación de Programas en Habilidades para Vivir (pp. 54-54).
- Marina, J. A. (2014). Bases neurológicas del nuevo paradigma adolescente. *Revista Metamorfosis: Revista del Centro Reina Sofía sobre Adolescencia y Juventud*, (1), 21-36.
- Marina, J.A., Rodríguez de Castro, M.T., Lorente, M. (2014). *El nuevo paradigma de la adolescencia*.
- Martín, M. Á. L., López, X. M. O., Triñanes, E. R., & Fragueta, J. A. G. (1996). Efectos de la necesidad de búsqueda de sensaciones sobre la involucración en el consumo de drogas de los adolescentes. *Análisis y Modificación de conducta*, 22(86), 683-708.
- Martínez Maldonado, R., Pedrão, L. J., Alonso Castillo, M. M., López García, K. S., & Oliva Rodríguez, N. N. (2008). Autoestima, autoeficacia percibida, consumo de tabaco y alcohol entre estudiantes de enseñanza fundamental, de áreas urbana y rural, de Monterrey, Nuevo León, México. *Revista Latinoamericana de Enfermagem*, 16, 614-620.
- Martínez, I., Fuentes, M. C., García, F., & Madrid, I. (2013). El estilo de socialización familiar como factor de prevención o riesgo para el consumo de sustancias y otros problemas de conducta en los adolescentes españoles. *Adicciones*, 25(3), 235-242.
- Martínez, L. C., Banqueri, V. M., & Lozano, M. C. C. (2012). Consumo de drogas en adolescentes con conductas infractoras: análisis de variables psicosociales implicadas. *Adicciones*, 24(1), 31-38.
- Maruska, K., Morgenstern, M., Isensee, B., & Hanewinkel, R. (2010). Influencing antecedents of adolescent risk-taking behaviour in elementary school: results of a 4-year quasi-experimental controlled trial. *Health education research*, 25(6), 1021-1030.
- Massey, S. H., Newmark, R. L., & Wakschlag, L. S. (2018). Explicating the role of empathic processes in substance use disorders: A conceptual framework and research agenda. *Drug and Alcohol Review*, 37(3), 316-332.
- Mateo, I. M., & Ramírez, F. C. (2018). La repetición escolar en educación secundaria y factores de riesgo asociados. *Educación xx1*, 21(1), 41-61.

- Mateo-Crisóstomo, Y., Rivas-Acuña, V., González-Suárez, M., Ramírez, G. H., & Victorino-Barra, A. (2018). Funcionalidad y satisfacción familiar en el consumo de alcohol y tabaco en los adolescentes. *Health & Addictions/Salud y Drogas*, 18(2).
- Mazariegos, J. D. (2021). Estimación del tiempo de recaída al consumo de drogas en adolescentes-San Jose, Costa Rica, 2014-2017. *Revista Cúpula*, 35(2), 9-22.
- McDermott, D. (1984). The relationship of parental drug use and parents' attitude concerning adolescent drug use to adolescent drug use. *Adolescence*, 19(73), 89.
- McGinnes, R. A., Hutton, J. E., Weiland, T. J., Fatovich, D. M., & Egerton-Warburton, D. (2016). Effectiveness of ultra-brief interventions in the emergency department to reduce alcohol consumption: a systematic review. *Emergency Medicine Australasia*, 28(6), 629-640.
- McKinney, C., & Renk, K. (2008). Differential parenting between mothers and fathers: Implications for late adolescents. *Journal of family Issues*, 29(6), 806-827.
- Mead, M. (1928). *Coming of age in Samoa. A psychological study of primitive youth for western civilisation*. New York, William Morrow & Company.
- Medina, C. O., & Almagiá, E. B. (2005). Influencia de la autoeficacia y la autoestima en la conducta de fumar en adolescentes. *Terapia psicológica*, 23(2), 5-11.
- Meier, M. H., Hall, W., Caspi, A., Belsky, D. W., Cerdá, M., Harrington, H., ... & Moffitt, T. E. (2016). Which adolescents develop persistent substance dependence in adulthood? Using population-representative longitudinal data to inform universal risk assessment. *Psychological medicine*, 46(4), 877-889.
- Melo Hurtado, D. S., & Nascimento, L. C. (2010). Autoeficacia y actitud hacia el consumo de drogas en la infancia: explorando los conceptos. *Revista Latinoamericana de Enfermagem*, 18, 655-662.
- Mendigutxia, G., García, S., Martínez, B. (2021). *Aproximación a la realidad de los juegos de azar en la juventud de Navarra*. Fundación Caja Navarra.
- Mendigutxia-Sorabilla, G., & López-Goñi, J. J. (2020). Comportamientos de riesgo y dimensiones de personalidad en la adolescencia. *Terapia psicológica*, 38(3), 383-401.
- Merz, V., Baptista, J., & Haller, D. M. (2015). Brief interventions to prevent recurrence and alcohol-related problems in young adults admitted to the emergency ward following an alcohol-related event: a systematic review. *J Epidemiol Community Health*, 69(9), 912-917.
- Middleton, J. C., Hahn, R. A., Kuzara, J. L., Elder, R., Brewer, R., Chattopadhyay, S., & Task Force on Community Preventive Services. (2010). Effectiveness of policies maintaining or restricting days of alcohol sales on excessive alcohol consumption and related harms. *American journal of preventive medicine*, 39(6), 575-589.

- Mihalic, S., Huizinga, D. y Ladika, A. (2011), *Una evaluación de la intervención Good Behavior Game*. Fundación Robert Wood Johnson, Princeton, NJ.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2012). *Motivational interviewing: Helping people change*. Guilford press.
- Miovsky, M., Novak, P., Stastna, L., Gabrhelik, R., Jurystova, L., & Vopravil, J. (2012). The effect of the school-based unplugged preventive intervention on tobacco use in the Czech Republic. *Adicciones*, 24(3), 211-217.
- Mira, A. N., & Ruiz-Callado, R. (2017). Consumo de sustancias psicoactivas y rendimiento académico. Una investigación en estudiantes de educación secundaria obligatoria. *Salud y drogas*, 17(1), 45-52.
- Miyamoto Dávila, D. D. R. (2020). Programa de habilidades sociales para prevenir la violencia escolar en adolescentes: Una revisión sistemática.
- Moncada Bueno, S. (1997). *Factores de riesgo y de protección en el consumo de drogas*. En PND (Ed.), *Prevención de las drogodependencias. Análisis y propuestas de actuación*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Moral, M., Rodríguez, F. y Sirvent, C. (2006). Factores relacionados con las actitudes juveniles hacia el consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas. *Psicothema*, 18, 1, 52-58.
- Moreira, M. T., Smith, L. A., & Foxcroft, D. (2009). Social norms interventions to reduce alcohol misuse in university or college students. *Cochrane database of systematic reviews*, (3).
- Morello, P., Pérez, A., Peña, L., Braun, S. N., Thrasher, J. F., & Mejla, R. (2019). Factores predictores del consumo de sustancias en adolescentes argentinos: estudio longitudinal. *Revista Argentina de Salud Pública*, 10(40), 32-38.
- Moreno, A. G., & Jurado, M. D. M. M. (2022). Las habilidades sociales y su relación con otras variables en la etapa de la adolescencia: una revisión sistemática. *Revista Iberoamericana de Psicología: Ciencia y Tecnología*, 15(1), 113-123.
- Moreno, G. y Gamonal, A. (2006). *ODISEA. Proyecto piloto de prevención de drogas en centros de garantía social*. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Moreta, R., Reyes, C., Mayorga, M., & Tamayo, L. L. (2017). Estimación sobre niveles y factores de riesgo psicosocial en adolescentes escolarizados de Ambato, Ecuador. *Pensando Psicología*, 13(22), 29-40.
- Morgan, M., Morrow, R., Sheehan, AM y Lillis, M. (1996). Prevención del abuso de sustancias: justificación y eficacia del programa. *Revista del Departamento de Educación*, 44, 5-26.

- Mosquera, E. L. C., Rodríguez, J. P. P., & Parra, P. M. P. (2022). Tendencias actuales sobre la depresión, factores de riesgo y abuso de sustancias. *Journal of American health*, 5(1).
- Müller-Riemenschneider, F., Bockelbrink, A., Reinhold, T., Rasch, A., Greiner, W., & Willich, S. N. (2008). Long-term effectiveness of behavioural interventions to prevent smoking among children and youth. *Tobacco Control*, 17(5), 301-302.
- Muñoz-Rivas, M. J., & López, J. L. G. (2001). Factores familiares de riesgo y de protección para el consumo de drogas en adolescentes. *Psicothema*, 87-94.
- Muñoz-Rivas, M.J., Graña, J.L. y Cruzado, J.A. (2000). *Factores de riesgo en drogodependencias: Consumo de drogas en adolescentes*. Madrid: Sociedad Española de Psicología Clínica, Legal y Forense.
- Muraskin, L. D. (1993). *Understanding evaluation: The way to better prevention programs*. Washington, D.C.: U. S. Department of Education.
- Muratori, P., Bertacchi, I., Giuli, C., Lombardi, L., Bonetti, S., Nocentini, A., & Lochman, J. E. (2015). First adaptation of coping power program as a classroom-based prevention intervention on aggressive behaviors among elementary school children. *Prevention science*, 16, 432-439.
- Muratori, P., Bertacchi, I., Giuli, C., Nocentini, A., & Lochman, J. E. (2017). Implementing coping power adapted as a universal prevention program in Italian primary schools: A randomized control trial. *Prevention science*, 18, 754-761.
- Muratori, P., Milone, A., Manfredi, A., Polidori, L., Ruglioni, L., Lambruschi, F., ... & Lochman, J. E. (2017). Evaluation of improvement in externalizing behaviors and callous-unemotional traits in children with disruptive behavior disorder: A 1-year follow up clinic-based study. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 44, 452-462.
- Musitu, G., and J. F. García. "ESPA29. Escala de socialización parental en la adolescencia." Madrid: TEA ediciones (2001).
- Musitu, G., Buelga, S., Lila, M. y Cava, M. J. (2004). *Familia y Adolescencia*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Musitu, Gonzalo & Suárez, Cristian & del Moral Arroyo, Gonzalo & Villarreal González, María. (2015). El consumo de alcohol en adolescentes: El rol de la comunicación, el funcionamiento familiar, la autoestima y el consumo en la familia y amigos. Recuperado de <https://revistas.cecar.edu.co/index.php/Busqueda/article/view/58> doi: 10.21892/01239813.58.
- Mustaca, A. E. (2018). Frustración y conductas sociales. *Avances en psicología latinoamericana*, 36(1), 65-81.

- Nash, Susan G., Amy McQueen, and James H. Bray. "Pathways to adolescent alcohol use: Family environment, peer influence, and parental expectations." *Journal of adolescent health* 37.1 (2005): 19-28.
- Navarro Botella, J. (2000). Factores de riesgo y protección de carácter social relacionados con el consumo de drogas. *Idea prevención*, (21), 66-83.
- Newcomb, M. D. (1996). Pseudomaturity among adolescents: Construct validation, sex differences, and associations in adulthood. *Journal of Drug Issues*, 26(2), 477-504.
- Newton, A. S., Dong, K., Mabood, N., Ata, N., Ali, S., Gokiart, R., & Wild, T. C. (2013). Brief emergency department interventions for youth who use alcohol and other drugs: a systematic review. *Pediatric emergency care*, 29(5), 673-684.
- Nóbrega, D., Ferreira, A. S., Paredes, T. F. y Anjos, P. A. (2004). *Drugs consumption and its relation with self-concept*. IX Conference of the European Association for Research on Adolescence. Porto (Portugal).
- Noh-Moo, P. M., Ahumada-Cortez, J. G., Gámez-Medina, M. E., López-Cisneros, M. A., & Castillo-Arcos, L. D. C. (2021). Autoestima, autoeficacia y consumo de alcohol en adolescentes de preparatoria. *Health & Addictions/Salud y Drogas*, 21(1).
- Norberg, M. M., Kezelman, S., & Lim-Howe, N. (2013). Primary prevention of cannabis use: a systematic review of randomized controlled trials. *PloS one*, 8(1), e53187.
- Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (2021), *Aplicación de las normas de calidad para los servicios y sistemas de drogodependencia: una guía de seis pasos para reforzar el control de calidad*. Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, Luxemburgo.
- Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. (2020). *Currículum de prevención europeo: un manual para quienes toman decisiones, crean opinión y elaboran políticas sobre la prevención del uso de sustancias basada en la evidencia*. Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Ochoa-Mangado, E., Madoz-Gúrpide, A., Villaceros-Durbán, I., Llama-Sierra, P., & Sancho-Acero, J. L. (2010). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) y consumo de sustancias: datos preliminares de seguimiento en una población de sujetos jóvenes. *Trastornos adictivos*, 12(2), 79-86.
- Oetting, E. R., & Donnermeyer, J. F. (1998). Primary socialization theory: The etiology of drug use and deviance. I. *Substance use & misuse*, 33(4), 995-1026.
- Oliva Delgado, A., Antolín Suárez, L., Pertegal Vega, M. Á., Ríos Bermúdez, M., Parra Jiménez, Á., Hernando Gómez, Á., & Reina Flores, MDC (2011). *Instrumentos para la evaluación de la salud mental y el desarrollo positivo adolescente y los activos que lo promueven*.

- Oliva, A., Antolín-Suárez, L., & Rodríguez-Meirinhos, A. (2019). Uncovering the link between self-control, age, and psychological maladjustment among Spanish adolescents and young adults. *Psychosocial Intervention*, 28(1), 49-55.
- Oliva, A., Parra, A., Sánchez-Queija, I. y López, F. (2007). Estilos educativos materno y paterno: evaluación y relación con el ajuste adolescente. *Anales de Psicología*, 23, 1-10.
- Olivo Chang, D. P., Chau Pérez-Aranibar, C., Otiniano Campos, F., & Romero Saletti, S. M. (2021). Adaptación de la subescala de marihuana de la escala de Autoeficacia para el Rechazo del Consumo de Drogas (DURSE) en adolescentes. *Liberabit*, 27(2).
- O'malley, P. M., Bachman, J. G., & Johnston, L. D. (1983). Reliability and consistency in self-reports of drug use. *International Journal of the Addictions*, 18(6), 805-824.
- OMS. (2018). Global Status Report on Alcohol and Health 2018.
- Oncioiu, S. I., Burkhart, G., Calafat, A., Duch, M., Perman-Howe, P., & Foxcroft, D. R. (2018). *Environmental substance use prevention interventions in Europe*. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction: Lisbon, Portugal.
- Oosterveen, E., Tzelepis, F., Ashton, L., & Hutchesson, M. J. (2017). A systematic review of eHealth behavioral interventions targeting smoking, nutrition, alcohol, physical activity and/or obesity for young adults. *Preventive medicine*, 99, 197-206.
- Orcasita, L. T., Lara, V., Suárez, A., & Palma, D. M. (2018). Factores psicosociales asociados a los patrones de consumo de alcohol en adolescentes escolarizados. *Psicología desde el Caribe*, 35(1), 33-48.
- Organización de Naciones Unidas. (2023, Mayo). *Desafíos globales: juventud*. <https://www.un.org/es/global-issues/youth#:~:text=No%20existe%20una%20definici%C3%B3n%20internacional,entre%2015%20y%2024%20a%C3%B1os>
- Organización Mundial de la Salud. (2004). *Prevención de los Trastornos Mentales: Intervenciones efectivas y opciones de políticas*. Informe Compendiado Ed.
- Organización Mundial de la Salud. (2023, mayo). *Salud del adolescente*. https://www.who.int/es/health-topics/adolescent-health#tab=tab_1
- Oropesa, F., Moreno, C., Pérez, P., & Muñoz-Tinoco, V. (2014). Routine leisure activities: Opportunity and risk in adolescence/Rutinas de tiempo libre: oportunidad y riesgo en la adolescencia. *Cultura y Educación*, 26(1), 159-183.
- Ortega Guevara, N. M., Imbaquingo, G., del Rocio, M., Gualoto Díaz, V., Guayasamín Vargas, D., & Carranza Abad, A.(2021). La depresión en los adolescentes como factor de riesgo para el consumo de psicoactivos. Consejo Editorial.
- Ospino, G. A. C., & Rodríguez-De Ávila, U. (2016). Relación entre el consumo de alcohol y relaciones sexuales en adolescentes. *Duazary*, 13(2), 76-78.

- Palma, D., Continente, X., López, M. J., Vázquez, N., Serral, G., Ariza, C., ... & Ramon Villalbí, J. (2022). Rasgos de la personalidad asociados al consumo de sustancias en jóvenes en contexto de vulnerabilidad. *Gaceta Sanitaria*, 35, 542-550.
- Pan, W., & Bai, H. (2009). A multivariate approach to a meta-analytic review of the effectiveness of the DARE program. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 6(1), 267-277.
- Pandina, R. J., Johnson, V., & Labouvie, E. W. (1992). Affectivity: A central mechanism in the development of drug dependence.
- Papalia, D. E., Olds, S. W., & Feldman, R. D. (2005). *Human Development*. published by Blacklick. Ohio, USA: McGra Hardcover Hardcover.
- Pardini, D., White, H. R., & Stouthamer-Loeber, M. (2007). Early adolescent psychopathology as a predictor of alcohol use disorders by young adulthood. *Drug and alcohol dependence*, 88, S38-S49.
- Park, E., & Drake, E. (2015). Systematic review: internet-based program for youth smoking prevention and cessation. *Journal of Nursing Scholarship*, 47(1), 43-50.
- Passon, A. M., Gerber, A., & Schröer-Günther, M. (2011). *Wirksamkeit von schulbasierten Gruppeninterventionen zur Depressionsprävention*. Kindheit und Entwicklung.
- Patrício do Amaral, M., Maia Pinto, F. J., & Bezerra de Medeiros, C. R. (2015). Las habilidades sociales y el comportamiento infractor en la adolescencia. *Subjetividad y procesos cognitivos*, 19(2), 17-38.
- Patrick Miller, Martin Plant, Marie Choquet y Sylvie Ledoux, "Cigarettes, alcohol, drugs and self-esteem: a comparison of 15-16-years-olds from France and the UK", *Journal of Substance Use*, vol. 7, núm. 2, 2002, pp. 71-77.
- Patrick, C. J., Curtin, J. J., & Tellegen, A. (2002). Development and validation of a brief form of the Multidimensional Personality Questionnaire. *Psychological assessment*, 14(2), 150.
- Pavlov, I. (1968). *Fisiología y psicología*. Madrid: Alianza Editorial.
- Pavón León, P., Salas García, B., San Jorge Cárdenas, X. D., & Cruz Juárez, A. D. L. Á. (2022). Factores asociados al consumo de drogas en estudiantes de Artes. *Nova scientia*, 14(28).
- Pedersen, W., Clausen, S. E., & LAVIK, N. J. (1988). Sensation seeking og ungdommers bruk av rusmidler. *Nordisk psykologi*, 40(5), 358-370.
- Pedersen, W., Clausen, S. E., & Lavik, N. J. (1989). Patterns of drug use and sensation-seeking among adolescents in Norway. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 79(4), 386-390.

- Pedrosa, E. M. P. (2009). Factores de riesgo y protección en el consumo de sustancias en adolescentes. *Pulso: revista de educación*, (32), 147-173.
- Peele, S. (1985). *The meaning of addiction: Compulsive experience and its interpretation*. Lexington Books/DC Heath and Com.
- Peirson, L., Ali, M. U., Kenny, M., Raina, P., & Sherifali, D. (2016). Interventions for prevention and treatment of tobacco smoking in school-aged children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. *Preventive medicine*, 85, 20-31.
- Peláez Peláez, O. L. (2018). Relación entre pautas de crianza y el consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes.
- Pentz, M. A., Bonnie, R. J., & Shopland, D. R. (1996). Integrating supply and demand reduction strategies for drug abuse prevention. *American Behavioral Scientist*, 39(7), 897-910.
- Pérez de Albéniz Garrote, M. G., Medina Gómez, M. B., & Rubio Rubio, L. (2019). Influencia de la impulsividad y de la búsqueda de sensaciones en el consumo precoz de cannabis: diferencias de género y orientaciones para la prevención. *Revista española de orientación y psicopedagogía*.
- Pérez Trullén, A., Clemente Jiménez, L., Mezquita, H., & Morales Blánquez, C. (2001). La autoeficacia como método de deshabituación tabáquica. *An. Psiquiatría*, 22-29.
- Pérez, D. E., López-Crespo, G., & Freire, E. E. (2019). Relación entre la búsqueda de sensaciones y conductas de riesgo en adolescentes ecuatorianos desde una perspectiva de género. *Informació psicològica*, (117), 32-46.
- Pérez, J. M. E., Hermida, J. R. F., Villa, R. S., & Seco, G. V. (2002) Guía de referencia para la evaluación de programas de prevención de ocio alternativo.
- Pérez, S. P., & Santiago, M. A. (2002). El concepto de adolescencia. *Manual de prácticas clínicas para la atención integral a la salud en la adolescencia*, 2(3), 15-23.
- Perlman, S. B., Luna, B., Hein, T. C., & Huppert, T. J. (2014). NIRS evidence of prefrontal regulation of frustration in early childhood. *Neuroimage*, 85, 326-334.
- Perry, C. L., Williams, C. L., Komro, K. A., Veblen-Mortenson, S., Stigler, M. H., Munson, K. A., ... & Forster, J. L. (2002). Project Northland: Long-term outcomes of community action to reduce adolescent alcohol use. *Health education research*, 17(1), 117-132.
- Perry, C. L., Williams, C. L., Veblen-Mortenson, S., Toomey, T. L., Komro, K. A., Anstine, P. S., & Wolfson, M. (1996). Project Northland: outcomes of a communitywide alcohol use prevention program during early adolescence. *American Journal of Public Health*, 86(7), 956-965.
- Piaget, Jean (1986): *La epistemología genética*. Madrid: Debate.

- Pineda, S., & Aliño, M. (2002). Manual de prácticas clínicas para la atención integral a la salud en la adolescencia. Cuba: MINSAP.
- Piquero, A. R., Jennings, W. G., & Farrington, D. P. (2010). Self-control interventions for children under age 10 for improving self-control and delinquency and problem behaviors. *Campbell Systematic Reviews*, 6(1), 1-117.
- Plan Nacional sobre Drogas. *Encuesta sobre el uso de drogas en enseñanzas secundarias en España (ESTUDES) 1994-2021*. Madrid, España: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2021.
Disponible en:
http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/ESTUDES_2021_Informe.pdf
- Plan Nacional sobre Drogas. *Encuesta sobre el uso de drogas en enseñanzas secundarias en España (ESTUDES) 1994-2014*. Madrid, España: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2016.
Disponible en:
http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/ESTUDES_2016_Informe.pdf
- Pollard, J. A., Hawkins, J. D., & Arthur, M. W. (1999). Risk and protection: Are both necessary to understand diverse behavioral outcomes in adolescence? *Social work research*, 23(3), 145-158.
- Popova, S., Giesbrecht, N., Bekmuradov, D., & Patra, J. (2009). Hours and days of sale and density of alcohol outlets: impacts on alcohol consumption and damage: a systematic review. *Alcohol & Alcoholism*, 44(5), 500-516.
- Pozveh, Z. A., & Saleh, Z. (2020). The role of social skills in the prevention of drug addiction in adolescents. *Advanced biomedical research*, 9.
- Prieto-Montoya, J. A., Cardona-Castañeda, L. M., & Vélez-Álvarez, C. (2016). Estilos parentales y consumo de sustancias psicoactivas en estudiantes de 8º a 10º. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 14(2), 1345-1356.
- Promocio I Desenvolupament Social, PDS. (2015). Evaluación del programa PROTEGO: Informe de resultados para los equipos territoriales: Resumen Ejecutivo (Rep.)
- Promocio I Desenvolupament Social, PDS. (2016). Evaluación del programa PROTECT: seguimiento de 12 meses – Resumen ejecutivo (Rep.)
- Radzik, M. (2008). Psychosocial development in normal adolescents. *Adolescent health care: A practical guide*, 27-31.
- Ramirez-Castillo, D., Garcia-Roda, C., Guell, F., Fernandez-Montalvo, J., Bernacer, J., & Morón, I. (2019). Frustration tolerance and personality traits in patients with substance use disorders. *Frontiers in psychiatry*, 10, 421.

- Rammohan, V., Hahn, R. A., Elder, R., Brewer, R., Fielding, J., Naimi, T. S., & Task Force on Community Preventive Services. (2011). Effects of dram shop liability and enhanced overservice law enforcement initiatives on excessive alcohol consumption and related harms: Two community guide systematic reviews. *American journal of preventive medicine*, 41(3), 334-343.
- Rao, U., Ryan, N. D., Dahl, R. E., Birmaher, B., Rao, R., Williamson, D. E., & Perel, J. M. (1999). Factors associated with the development of substance use disorder in depressed adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38(9), 1109-1117.
- Reavley, N. J., Cvetkovski, S., Jorm, A. F., & Lubman, D. I. (2010). Help-seeking for substance use, anxiety and affective disorders among young people: results from the 2007 Australian National Survey of Mental Health and Wellbeing. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 44(8), 729-735.
- Rhodes, T., Lilly, R., Fernández, C., Giorgino, E., Kemmesis, U. E., Ossebaard, H. C., ... & Spannow, K. E. (2003). Risk factors associated with drug use: the importance of 'risk environment'. *Drugs: education, prevention and policy*, 10(4), 303-329.
- Rial, A., Golpe, S., Barreiro, C., Gomez, P., & Isorna, M. (2020). The age of onset for alcohol consumption among adolescents: Implications and related variables/La edad de inicio en el consumo de alcohol en adolescentes: implicaciones y variables asociadas. *Adicciones*, 32(1), 52-63.
- Rioux, C., Castellanos-Ryan, N., Parent, S., Vitaro, F., Tremblay, R. E., & Séguin, J. R. (2018). Age of cannabis use onset and adult drug abuse symptoms: A prospective study of common risk factors and indirect effects. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 63(7), 457-464.
- Riper, H., Blankers, M., Hadiwijaya, H., Cunningham, J., Clarke, S., Wiers, R., & Cuijpers, P. (2014). Effectiveness of guided and unguided low-intensity internet interventions for adult alcohol misuse: a meta-analysis. *PloS one*, 9(6), e99912.
- Riper, H., van Straten, A., Keuken, M., Smit, F., Schippers, G., & Cuijpers, P. (2009). Curbing problem drinking with personalized-feedback interventions: a meta-analysis. *American journal of preventive medicine*, 36(3), 247-255.
- Riquelme, M., García, O. F., & Serra, E. (2018). Psychosocial maladjustment in adolescence: Parental socialization, self-esteem, and substance use. *Anales de psicología*, 34(3), 536.
- Robertson, E., David, S., & Rao, S. (2004). National Institute on Drug Abuse. NIDA. How to Prevent the Use of Drugs in children and adolescents. A science-based guide for parents, educators, and community leaders. Second edition. Abbreviated version. Maryland. USA.

- Rockloff, M. J. (2012). Validation of the consumption screen for problem gambling (CSPG). *Journal of Gambling Studies*, 28(2), 207-216.
- Rocque, M., Jennings, W. G., Piquero, A. R., Ozkan, T., & Farrington, D. P. (2017). The importance of school attendance: Findings from the Cambridge study in delinquent development on the life-course effects of truancy. *Crime & Delinquency*, 63(5), 592-612.
- Rodríguez, M. M. (2021). Promoción de habilidades socioemocionales para la resolución de conflictos y conductas de riesgo en adolescentes en condiciones de vulnerabilidad social. *Religación: Revista de Ciencias Sociales y Humanidades*, 6(30), 1.
- Roe, S., & Becker, J. (2005). Drug prevention with vulnerable young people: A review. *Drugs: education, prevention and policy*, 12(2), 85-99.
- Rojas Valero, M. (2016). Programa curso on-line. Consumo de alcohol y otras drogas: prevención basada en la evidencia. Módulo 8. Ámbitos de intervención preventiva: revisión de evidencia de efectividad en cada ámbito.
- Romero, E., Gómez-Fraguela, X.A., Villar, P., Rodríguez, C. (2019). Prevención indicada de los problemas de conducta: Entrenamiento de habilidades socioemocionales en el contexto escolar. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*. Vol. 6 nº. 3-agosto 2019 - pp 1-9
- Romero, E., Rodríguez, C., Villar, P. & Gómez-Fraguela, X.A. (2017). Intervención sobre problemas de conducta de inicio temprano como prevención indicada para el uso de sustancias: un seguimiento de siete años. *Adicciones*, 29(3), 150-162. doi: 10.20882/adicciones.722.
- Romo, N. (2010). La mirada de género en el abordaje de los usos y abusos de drogas. *Revista Española de Drogodependencias*, 35(3), 269-272.
- Roncero C, Daigre C, Grau-López L, Rodríguez-Cintas L, Barral C, Pérez-Pazos J, Gonzalvo, B., Corominas, M. & Casas, M. (2013). Cocaine-induced psychosis and impulsivity in cocaine dependent patients. *Journal of Addictive Diseases*, 32(3), 263-73.
- Rosabal García, E., Romero Muñoz, N., Gaquín Ramírez, K., Mérida, H., & Rosa, A. (2015). Conductas de riesgo en los adolescentes. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 44(2), 218-229.
- Rose, A. J., & Rudolph, K. D. (2006). A review of sex differences in peer relationship processes: potential trade-offs for the emotional and behavioral development of girls and boys. *Psychological bulletin*, 132(1), 98.
- Rosenberg, M. (1965). Rosenberg self-esteem scale (RSE). Acceptance and commitment therapy. *Measures package*, 61(52), 18.

- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press. <https://science.sciencemag.org/content/148/3671/804/tab-pdf>
- Rosenstock, I. M. (1974). The health belief model and preventive health behavior. *Health education monographs*, 2(4), 354-386.
- Royuela Ruiz, P., Rodríguez Molinero, L., Marugán de Miguelsanz, J. M., & Carbajosa Rodríguez, V. (2015). Factores de riesgo de la precocidad sexual en adolescentes. *Pediatría Atención Primaria*, 17(66), 127-136.
- Ruiz Olivares, R., Lucena, V., Pino Osuna, M. J., & Herruzo Cabrera, J. (2010). Análisis del consumo de drogas legales como el alcohol, el tabaco y los psicofármacos, y la percepción del riesgo en jóvenes universitarios.
- Ruiz-Olivares, R., Lucena, V., Pino, M. J., Raya, A., & Herruzo, J. (2010). El consumo de cannabis y la percepción del riesgo en jóvenes universitarios. *Psicología Conductual*, 18(3), 579.
- Rusby, J. C., Light, J. M., Crowley, R., & Westling, E. (2018). Influence of parent–youth relationship, parental monitoring, and parent substance use on adolescent substance use onset. *Journal of family psychology*, 32(3), 310.
- Rutter, M., Giller, H., & Hagell, A. (1998). *Antisocial behavior by young people: A major new review*. Cambridge University Press.
- Saiz, M. S., Chacón, R. F., Abejar, M. G., Parra, M. S., Valentín, M. D., & Yubero, S. (2020). Perfil de consumo de drogas en adolescentes. Factores protectores. *Medicina de Familia. Semergen*, 46(1), 33-40.
- Salmela-Aro, K. (2011). *Etapas de la adolescencia*. En Enciclopedia de la adolescencia (pp. 360-368). Prensa académica.
- Salvador-Llivina, T., de-Silva-Rivera, A., Puerta-Ortuño, C., Jiménez-Roset, J., Alcaraz-Velasco, A., Villar-Lorenzo, A. B., & Cascales-García, I. (2011). *Guía de buenas prácticas y calidad en la prevención de drogodependencias en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia*.
- Salvo, N., Bennett, K., Cheung, A., Chen, Y., Rice, M., Rush, B., & Evidence on Tap Concurrent Disorders Collaborative Team. (2012). Prevention of substance use in children/adolescents with mental disorders: a systematic review. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 21(4), 245.
- Sánchez, C. A. (2002). *Guía de intervención: Menores y consumos de drogas*. ADES.
- Sánchez, J. G. S., & i Riba, S. S. (2022). Predictores asociados al consumo de tabaco en adolescentes: una revisión sistemática. *Retos: nuevas tendencias en educación física, deporte y recreación*, (46), 1065-1072.

- Sánchez, J. P. E., Pereira, J. R., & García-Fernández, J. M. (2008). Influencia de los modelos sociales en el consumo de alcohol de los adolescentes. *Psicothema*, 20(4), 531-537.
- Sánchez, J. P., González Maestre, M. T., Orgilés Amorós, M., Lloret Irlés, D., & Guillén Riquelme, A. (2015). Meta-analysis of the effectiveness of school substance abuse prevention programs in Spain. *Psicothema*.
- Sánchez, L. (2011). *Instrumentos para la evaluación de los programas incluidos en la cartera de servicios en materia de prevención de drogodependencias*. Galicia: Editorial La Coruña: Xunta de Galicia. Servicio de drogodependencia y trastornos adictivos.
- Sánchez, L. (2014). *Prevención del consumo de drogas con perspectiva de género recomendaciones con base en la evidencia. Guía para el desarrollo de programas de prevención*. Alicante: Diputación de Alicante.
- Sandler, I., Wolchik, S. A., Cruden, G., Mahrer, N. E., Ahn, S., Brincks, A., & Brown, C. H. (2014). Overview of meta-analyses of the prevention of mental health, substance use, and conduct problems. *Annual review of clinical psychology*, 10, 243-273.
- Scoppetta, O., Prieto, B. L. A., & Miranda, C. C. (2022). Factores individuales asociados al consumo de sustancias ilícitas: una revisión de revisiones. *Revista colombiana de Psiquiatría*, 51(3), 206-217.
- Scott-Sheldon, L. A., Carey, K. B., Elliott, J. C., Garey, L., & Carey, M. P. (2014). Efficacy of alcohol interventions for first-year college students: a meta-analytic review of randomized controlled trials. *Journal of consulting and clinical psychology*, 82(2), 177.
- Scott-Sheldon, L. A., Carey, K. B., Kaiser, T. S., Knight, J. M., & Carey, M. P. (2016). Alcohol interventions for Greek letter organizations: A systematic review and meta-analysis, 1987 to 2014. *Health psychology*, 35(7), 670.
- Schinke, S. P., Fang, L., & Cole, K. C. (2008). Substance use among early adolescent girls: Risk and protective factors. *Journal of Adolescent Health*, 43(2), 191-194
- Schlegel, A. (1995). A cross-cultural approach to adolescence. *Ethos*, 23(1), 15-32.
- Schleimer, J. P., Rivera-Aguirre, A. E., Castillo-Carniglia, A., Laqueur, H. S., Rudolph, K. E., Suárez, H., ... & Cerdá, M. (2019). Investigating how perceived risk and availability of marijuana relate to marijuana use among adolescents in Argentina, Chile, and Uruguay over time. *Drug and alcohol dependence*, 201, 115-126.
- Schmidt, V. I., Leibovich, N. B., Molina, M. F., & Giménez, M. (2015). ¿Puede la búsqueda de sensaciones facilitar la experiencia óptima (fluidez) en la adolescencia? *Anuario de Investigaciones*, 22(1), 343-350
- Schmidt-Traub, s. (2003). *Pflegekrise im Jugendalter oder die Jugendkrise in der Pflegefamilie*. Aichach: Documentos de la Jornada técnica de la PFAD für Kinder Bayern e.V.

- Schoenwald, S. K., & Garland, A. F. (2013). A review of treatment adherence measurement methods. *Psychological assessment, 25*(1), 146.
- Schroeder, D., Laflin, M. y Weis, D. (1993). The relationship between self-esteem and drug use: Methodological and statistical limitations of the research. *Journal of Drug Issues, 23*, 645-665.
- Schroer-Gunther, M. A., Zhou, M., Gerber, A., & Passon, A. M. (2011). Primary tobacco prevention in China-a systematic review. *Asian Pac J Cancer Prev, 12*(11), 2973-80.
- Secades Villa, R., & Fernández Hermida, J. R. (2003). Consumos de drogas y factores de riesgo en los jóvenes ovetenses.
- Secades, R, Fernández, J.R, García, G,& Al-Halabi,S (2011). Estrategias de intervención en el ámbito familiar: Guía para promover la implicación y la participación de la familia en los programas preventivos.
- Secades-Villa, R., & Fernández-Hermida, J. R. (2003). The validity of self-reports in a follow-up study with drug addicts. *Addictive behaviors, 28*(6), 1175-1182.
- Secades-Villa, R., Fernandez-Hermida, J. R., & Vallejo-Seco, G. (2005). Family risk factors for adolescent drug misuse in Spain. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse, 14*(3), 1-15.
- Settles, R.E., Zapolski, T.C. & Smith, G.T. (2014). Longitudinal test of a developmental model of the transition to early drinking. *Journal of Abnormal Psychology, 123*(1), 141-151.
- Sexton, T. L., & Alexander, J. F. (2004). *Functional family therapy clinical training manual*. Baltimore, MD: Annie E. Casey Foundation.
- Shelef, K., Diamond, G. M., Diamond, G. S., & Liddle, H. A. (2005). Adolescent and parent alliance and treatment outcome in multidimensional family therapy. *Journal of consulting and clinical psychology, 73*(4), 689.
- Shorey, R. C., Fite, P. J., Elkins, S. R., Frissell, K. C., Tortolero, S. R., Stuart, G. L., & Temple, J. R. (2013). The association between problematic parental substance use and adolescent substance use in an ethnically diverse sample of 9th and 10th graders. *The journal of primary prevention, 34*, 381-393.
- Simons, L. G., & Conger, R. D. (2007). Linking mother-father differences in parenting to a typology of family parenting styles and adolescent outcomes. *Journal of family issues, 28*(2), 212-241.
- Skara, S., & Sussman, S. (2003). A review of 25 long-term adolescent tobacco and other drug use prevention program evaluations. *Preventive medicine, 37*(5), 451-474.
- Skinner, B. F. (2019). *The behavior of organisms: An experimental analysis*. BF Skinner Foundation.

- Sloboda, Z., Glantz, M. D., & Tarter, R. E. (2012). Revisiting the concepts of risk and protective factors for understanding the etiology and development of substance use and substance use disorders: Implications for prevention. *Substance use & misuse, 47*(8-9), 944-962.
- Sloboda, Z., Pyakuryal, A., Stephens, P. C., Teasdale, B., Forrest, D., Stephens, R. C., & Grey, S. F. (2008). Reports of substance abuse prevention programming available in schools. *Prevention Science, 9*, 276-287.
- Sloboda, Z., Stephens, R. C., Stephens, P. C., Grey, S. F., Teasdale, B., Hawthorne, R. D., ... & Marquette, J. F. (2009). The Adolescent Substance Abuse Prevention Study: A randomized field trial of a universal substance abuse prevention program. *Drug and alcohol dependence, 102*(1-3), 1-10.
- Smedslund, G., Berg, R. C., Hammerstrøm, K. T., Steiro, A., Leiknes, K. A., Dahl, H. M., & Karlsen, K. (2011). Motivational interviewing for substance abuse. *Campbell Systematic Reviews, 7*(1), 1-126.
- Smedslund, G., Wollscheid, S., Fang, L., Nilsen, W., Steiro, A., & Larun, L. (2017). Effects of early, computerized brief interventions on risky alcohol use and risky cannabis use among young people. *Campbell Systematic Reviews, 13*(1), 1-192.
- Smetana, J. G. (2008). "It's 10 o'clock: Do you know where your children are?" Recent advances in understanding parental monitoring and adolescents' information management. *Child Development Perspectives, 2*(1), 19-25.
- Smetana, J. G., Campione-Barr, N., & Metzger, A. (2006). Adolescent development in interpersonal and societal contexts. *Annual review of psychology, 57*, 255.
- Soole, D. W., Mazerolle, L., & Rombouts, S. (2008). School-based drug prevention programs: A review of what works. *Australian & New Zealand Journal of Criminology, 41*(2), 259-286.
- Spilt, J. L., Koot, J. M., & van Lier, P. A. (2013). For whom does it work? Subgroup differences in the effects of a school-based universal prevention program. *Prevention Science, 14*, 479-488.
- Spillane, N. S., Schick, M. R., Kirk-Provencher, K. T., Hill, D. C., Wyatt, J., & Jackson, K. M. (2020). Structured and unstructured activities and alcohol and marijuana use in middle school: the role of availability and engagement. *Substance Use & Misuse, 55*(11), 1765-1773.
- Spoth, R., Greenberg, M., & Turrisi, R. (2008). Preventive interventions addressing underage drinking: State of the evidence and steps toward public health impact. *Pediatrics, 121*(Supplement_4), S311-S336.
- Spoth, R., Trudeau, L., Shin, C., & Redmond, C. (2008). Long-term effects of universal preventive interventions on prescription drug misuse. *Addiction, 103*(7), 1160-1168.

- Starkey, F., Audrey, S., Holliday, J., Moore, L., & Campbell, R. (2009). Identifying influential young people to undertake effective peer-led health promotion: the example of A Stop Smoking In Schools Trial (ASSIST). *Health education research*, 24(6), 977-988.
- Starkey, F., Moore, L., Campbell, R., Sidaway, M., & Bloor, M. (2005). Rationale, design and conduct of a comprehensive evaluation of a school-based peer-led anti-smoking intervention in the UK: the ASSIST cluster randomised trial [ISRCTN55572965]. *BMC public health*, 5(1), 1-10.
- Stead, L. F., & Lancaster, T. (2005). Interventions for preventing tobacco sales to minors. *Cochrane database of systematic reviews*, (1).
- Steinberg, L. (2005). Cognitive and affective development in adolescence. *Trends in cognitive sciences*, 9(2), 69-74.
- Steinberg, L. (2017). *A social neuroscience perspective on adolescent risk-taking*. In Biosocial theories of crime (pp. 435-463). Routledge.
- Storr, C. L., Ialongo, N. S., Kellam, S. G., & Anthony, J. C. (2002). A randomized controlled trial of two primary school intervention strategies to prevent early onset tobacco smoking. *Drug and alcohol dependence*, 66(1), 51-60.
- Stufflebeam, D. L., & Shinkfield, A. J. (1987). *Evaluación sistemática: guía teórica y práctica* (No. 371.26 S933e). Paidós.
- Suárez, P. S., García, A. M. P., & Moreno, J. B. (2000). Escala de autoeficacia general: datos psicométricos de la adaptación para población española. *Psicothema*, 12(Su2), 509-513.
- Suárez-Relinque, C., Arroyo, G. D. M., Ferrer, B. M., & Ochoa, G. M. (2017). Baja percepción de riesgo en el consumo de alcohol en adolescentes españoles. *Cadernos de Saúde Pública*, 33.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration: *Substance Misuse Prevention for Young Adults*. Publication No. PEP19-PL-Guide-1 Rockville, MD: National Mental Health and Substance Use Policy Laboratory. Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2019.
- Sumnall, H., McGrath, Y., McVeigh, J., Burrell, K., Wilkinson, L., & Bellis, M. A. (2006). *Drug use prevention among young people Evidence into practice briefing*.
- Taddeo, D., Egedy, M., & Frappier, J. Y. (2008). Adherence to treatment in adolescents. *Paediatrics & child health*, 13(1), 19-24.
- Tait, R. J., & Hulse, G. K. (2003). A systematic review of the effectiveness of brief interventions with substance using adolescents by type of drug. *Drug and Alcohol review*, 22(3), 337-346.
- Tait, R. J., Spijkerman, R., & Riper, H. (2013). Internet and computer based interventions for cannabis use: a meta-analysis. *Drug and alcohol dependence*, 133(2), 295-304.

- Tanner-Smith, E. E., Steinka-Fry, K. T., Hennessy, E. A., Lipsey, M. W., & Winters, K. C. (2015). Can brief alcohol interventions for youth also address concurrent illicit drug use? Results from a meta-analysis. *Journal of Youth and Adolescence*, 44(5), 1011-1023.
- Taylor, DN y Del Pilar, J. (1992). Autoestima, ansiedad y consumo de drogas. *Informes psicológicos*, 71 (3), 896-898.
- Taylor, Ozieta D. "Adolescent depression as a contributing factor to the development of substance use disorders." *Journal of Human Behavior in the Social Environment* 21.6 (2011): 696-710.
- Teixidó-Compañó, E., Sordo, L., Bosque-Prous, M., Puigcorbé, S., Barrio, G., Brugal, M. T., ... & Espelt, A. (2018). Factores individuales y contextuales relacionados con el binge drinking en adolescentes españoles: Un enfoque multinivel. *Adicciones*, 31(1), 41-51.
- Thomaes, S., Poorthuis, A. y Nelemans, S. (2011). Autoestima.
- Thomas, B. S., & Hsiu, L. T. (1993). The role of selected risk factors in predicting adolescent drug use and its adverse consequences. *International Journal of the Addictions*, 28(14), 1549-1563.
- Thomas, R. E., Lorenzetti, D. L., & Spragins, W. (2013). Systematic review of mentoring to prevent or reduce tobacco use by adolescents. *Academic Pediatrics*, 13(4), 300-307.
- Thomas, R. E., Lorenzetti, D., & Spragins, W. (2011). Mentoring adolescents to prevent drug and alcohol use. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (11).
- Thomas, R. E., McLellan, J., & Perera, R. (2013). School-based programmes for preventing smoking. *Evidence-Based Child Health: A Cochrane Review Journal*, 8(5), 1616-2040.
- Thomas, R. E., McLellan, J., & Perera, R. (2015). Effectiveness of school-based smoking prevention curricula: systematic review and meta-analysis. *BMJ open*, 5(3), e006976.
- Thomas, S., Fayter, D., Misso, K., Ogilvie, D., Petticrew, M., Sowden, A., ... & Worthy, G. (2008). Population tobacco control interventions and their effects on social inequalities in smoking: systematic review. *Tobacco control*, 17(4), 230-237.
- Thornberry, T. P. (1996). Empirical Support for Interactional Theory: A Review of the Literature (From Delinquency and Crime: Current Theories, P 198-235, 1996, J. David Hawkins, ed.--See NCJ-161769).
- Thornberry, T.P. (1987). Toward an interactional theory of delinquency. *Criminology*, 25(4), 863-892.
- Tobler, N. S., Roona, M. R., Ochshorn, P., Marshall, D. G., Streke, A. V., & Stackpole, K. M. (2000). School-based adolescent drug prevention programs: 1998 meta-analysis. *Journal of primary Prevention*, 20(4), 275-336.

- Torrecillas, F. L., Peralta, I., Rivas, M. J. M., & Godoy, J. F. (2003). *Autocontrol y consumo de drogas. Adicciones*, 15(2), 127-136.
- Tourangeau, R., & Yan, T. (2007). Sensitive questions in surveys. *Psychological bulletin*, 133(5), 859.
- Trujillo, K. L. G., & Pérez, C. L. (2017). Factores personales, sociales, ambientales y culturales de riesgo de consumo de marihuana en adolescentes. *Psicología y salud*, 27(2), 141-153.
- Tuchman, E. (2011). Women and addiction: The importance of gender issues in substance abuse research. *Focus*, 9(1), 90-90.
- United Nations Office on Drugs and Crime (2006). *Seguimiento y Evaluación de Programas de Prevención del Uso Indebido de Sustancias por los Jóvenes*. UNDOC United Nations publication Sales No. S.06.XI.7 ISBN 92-1-348117-9)
- United Nations Office on Drugs and Crime. (2013). *International Standards on Drug Use Prevention, Second updated edition*. Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime and the World Health Organization.
- United Nations Office on Drugs and Crime. (2018). *International Standards on Drug Use Prevention, Second updated edition*. Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime and the World Health Organization.
- Valiente Barroso, C., Marcos Sánchez, R., Arguedas Morales, M., & Martínez Vicente, M. (2021). Tolerancia a la frustración, estrés y autoestima como predictores de la planificación y toma de decisiones en adolescentes. *Revista de estudios e investigación en psicología y educación*, 8(1), 1-19.
- Vallejo Alviter, N. G., Arellanez Hernández, J. L., González Forteza, C. F., & Wagner Echeagaray, F. (2021). Impulsividad y conflicto familiar como predictores del consumo de sustancias psicoactivas ilegales en adolescentes. *Revista interamericana de Psicología*, 55(2).
- Van De Wiel, N. M., Matthys, W., Cohen-Kettenis, P. T., Maassen, G. H., Lochman, J. E., & Van Engeland, H. (2007). The effectiveness of an experimental treatment when compared to care as usual depends on the type of care as usual. *Behavior Modification*, 31(3), 298-312.
- Van Lier, P. A., Huizink, A., & Crijnen, A. (2009). Impact of a preventive intervention targeting childhood disruptive behavior problems on tobacco and alcohol initiation from age 10 to 13 years. *Drug and Alcohol Dependence*, 100(3), 228-233.
- Van Ryzin, M. J., Roseth, C. J., Fosco, G. M., Lee, Y. K., & Chen, I. C. (2016). A component-centered meta-analysis of family-based prevention programs for adolescent substance use. *Clinical Psychology Review*, 45, 72-80.

- Van Ryzin, M. J., Stormshak, E. A., & Dishion, T. J. (2012). Engaging parents in the family check-up in middle school: Longitudinal effects on family conflict and problem behavior through the high school transition. *Journal of Adolescent Health, 50*(6), 627-633.
- Vasilaki, E. I., Hosier, S. G., & Cox, W. M. (2006). The efficacy of motivational interviewing as a brief intervention for excessive drinking: a meta-analytic review. *Alcohol and Alcoholism, 41*(3), 328-335.
- Veenstra, R., Dijkstra, J. K., Steglich, C., & Van Zalk, M. H. (2013). Network-behavior dynamics. *Journal of Research on Adolescence, 23*(3), 399-412.
- Vega-Cauich, J. I., & Zumárraga-García, F. M. (2019). Variables asociadas al inicio y consumo actual de sustancias en adolescentes en conflicto con la ley. *Anuario de Psicología Jurídica, 29*, 21-29.
- Velleman, R. D., Templeton, L. J., & Copello, A. G. (2005). The role of the family in preventing and intervening with substance use and misuse: a comprehensive review of family interventions, with a focus on young people. *Drug and alcohol review, 24*(2), 93-109.
- Ventura-León, J., Caycho-Rodríguez, T., Vargas-Tenazoa, D., & Flores-Pino, G. (2018). Adaptation and validation of the Frustration Tolerance Scale (ETF) in Peruvian children [Adaptación y validación de la Escala de Tolerancia a la Frustración (ETF) en niños peruanos].
- Verdejo-García, A., & Bechara, A. (2010). Neuropsicología de las funciones ejecutivas. *Psicothema, 227-235*.
- Vigna-Taglianti, F. D., Galanti, M. R., Burkhart, G., Caria, M. P., Vadrucchi, S., & Faggiano, F. (2014). "Unplugged," a European school-based program for substance use prevention among adolescents: Overview of results from the EU-Dap trial. *New directions for youth development, 2014*(141), 67-82.
- Vigna-Taglianti, F., Vadrucchi, S., Faggiano, F., Burkhart, G., Siliquini, R., Galanti, M. R., & EU-Dap Study Group. (2009). Is universal prevention against youths' substance misuse really universal? Gender-specific effects in the EU-Dap school-based prevention trial. *Journal of Epidemiology & Community Health, 63*(9), 722-728.
- Voisin, D. R., Kim, D. H., Bassett, S. M., & Marotta, P. L. (2020). Pathways linking family stress to youth delinquency and substance use: Exploring the mediating roles of self-efficacy and future orientation. *Journal of health psychology, 25*(2), 139-151.
- Von Sydow, K., Lieb, R., Pfister, H., Höfler, M., & Wittchen, H. U. (2002). What predicts incident use of cannabis and progression to abuse and dependence? A 4-year prospective examination of risk factors in a community sample of adolescents and young adults. *Drug and alcohol dependence, 68*(1), 49-64.

- Wagner, F. A., & Anthony, J. C. (2002). From first drug use to drug dependence: developmental periods of risk for dependence upon marijuana, cocaine, and alcohol. *Neuropsychopharmacology*, 26(4), 479-488.
- Wallin, E., & Andreásson, S. (2004). Can I have a beer, please? A study of alcohol service to young adults on licensed premises in Stockholm. *Prevention Science*, 5, 221-229.
- Wang, Y., Browne, D. C., Petras, H., Stuart, E. A., Wagner, F. A., Lambert, S. F., & Ialongo, N. S. (2009). Depressed mood and the effect of two universal first grade preventive interventions on survival to the first tobacco cigarette smoked among urban youth. *Drug and Alcohol Dependence*, 100(3), 194-203.
- Watson, J. (2013). Predictors of study setting (primary care vs. hospital setting) among studies of the effectiveness of brief interventions among heavy alcohol users: a systematic review. *Drug and alcohol review*, 32(4), 368-380.
- Werch, C. E., & DiClemente, C. C. (1994). A multi-component stage model for matching drug prevention strategies and messages to youth stage of use. *Health Education Research*, 9(1), 37-46.
- Werner, E. E. (1992). The children of Kauai: Resiliency and recovery in adolescence and adulthood. *Journal of Adolescent Health*, 13(4), 262-268.
- Werner, E. E. (1993). Risk, resilience, and recovery: Perspectives from the Kauai Longitudinal Study. *Development and psychopathology*, 5(4), 503-515.
- West, B., Abatemarco, D., Ohman-Strickland, P. A., Zec, V., Russo, A., & Milic, R. (2008). Project Northland in Croatia: results and lessons learned. *Journal of drug education*, 38(1), 55-70.
- West, S. L., & O'Neal, K. K. (2004). Project DARE outcome effectiveness revisited. *American journal of public health*, 94(6), 1027-1029.
- Westling, E., Andrews, J. A., & Peterson, M. (2012). Gender differences in pubertal timing, social competence, and cigarette use: a test of the early maturation hypothesis. *Journal of Adolescent Health*, 51(2), 150-155.
- Wild, L.G., Flisher, A.J., Bhana, A. y Lombard, C. (2004). Associations among adolescent risk behaviours and self-esteem in six domains. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45, 1454-1467.
- Williams, R. J., & Chang, S. Y. (2000). A comprehensive and comparative review of adolescent substance abuse treatment outcome. *Clinical psychology: Science and practice*, 7(2), 138-166.
- Wills, T. A. (1994). Self-esteem and perceived control in adolescent substance use: Comparative tests in concurrent and prospective analyses. *Psychology of Addictive Behaviors*, 8(4), 223.

- Wills, T. A., Ainette, M. G., Stoolmiller, M., Gibbons, F. X., & Shinar, O. (2008). Good self-control as a buffering agent for adolescent substance use: an investigation in early adolescence with time-varying covariates. *Psychology of Addictive Behaviors*, 22(4), 459.
- Winters, K. C., Stinchfield, R. D., & Fulkerson, J. (1993). Toward the development of an adolescent gambling problem severity scale. *Journal of gambling studies*, 9(1), 63-84.
- Wittchen, H. U., Fröhlich, C., Behrendt, S., Günther, A., Rehm, J., Zimmermann, P., & Perkonig, A. (2007). Cannabis use and cannabis use disorders and their relationship to mental disorders: a 10-year prospective-longitudinal community study in adolescents. *Drug and alcohol dependence*, 88, S60-S70.
- Woicik, P. A., Stewart, S. H., Pihl, R. O., & Conrod, P. J. (2009). The Substance Use Risk Profile Scale: A scale measuring traits linked to reinforcement-specific substance use profiles. *Addictive Behaviors*, 34(12), 1042-1055
- Wood, S. K., Eckley, L., Hughes, K., Hardcastle, K. A., Bellis, M. A., Schrooten, J., & Voorham, L. (2014). Computer-based programmes for the prevention and management of illicit recreational drug use: a systematic review. *Addictive behaviors*, 39(1), 30-38.
- Mdege, N. D., &
- Wu, P., Hoven, C. W., Okezie, N., Fuller, C. J., & Cohen, P. (2008). Alcohol abuse and depression in children and adolescents. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*, 17(2), 51-69.
- Xiao, L., Bechara, A., Gong, Q., Huang, X., Li, X., Xue, G., ... & Johnson, C. A. (2013). Abnormal affective decision making revealed in adolescent binge drinkers using a functional magnetic resonance imaging study. *Psychology of Addictive Behaviors*, 27(2), 443.
- Yang, C., Zhou, Y., Cao, Q., Xia, M., & An, J. (2019). The relationship between self-control and self-efficacy among patients with substance use disorders: resilience and self-esteem as mediators. *Frontiers in psychiatry*, 10, 388.
- Yoshikawa, H. (1994). Prevention as cumulative protection: effects of early family support and education on chronic delinquency and its risks. *Psychological bulletin*, 115(1), 28.
- Young, M. M., Stevens, A., Galipeau, J., Pirie, T., Garritty, C., Singh, K., & Moher, D. (2014). Effectiveness of brief interventions as part of the Screening, Brief Intervention and Referral to Treatment (SBIRT) model for reducing the nonmedical use of psychoactive substances: a systematic review. *Systematic reviews*, 3(1), 1-18.
- Zamora, P. M., Rodríguez, M. F. R., Macías, F. C., Brown, E. C., Gómez, A. P., Trujillo, J. M., ... & Aguilar, M. P. (2018). Uso de sustancias en adolescentes y su asociación con factores de riesgo y protección. Un análisis exploratorio de la encuesta escolar a gran escala de Comunidades Que se Cuidan, Colombia. *Adicciones*, 32(2), 105-115.

- Zonnevylle-Bender, M. J., Matthys, W., & LOCHMAN, J. E. (2007). Preventive effects of treatment of disruptive behavior disorder in middle childhood on substance use and delinquent behavior. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46(1), 33-39
- Zuckerman, M. (2007). The sensation seeking scale V (SSS-V): Still reliable and valid. *Personality and Individual Differences*, 43(5), 1303-1305.
- Zuckerman, M. (2014). *Sensation seeking (psychology revivals): Beyond the optimal level of arousal*. Psychology Press.

ANEXOS

Anexo 1: Autorización comité ética



COMITÉ DE ÉTICA, EXPERIMENTACIÓN ANIMAL Y BIOSEGURIDAD

AUTORIZACIÓN DE PROYECTO CON IMPLICACIONES ÉTICAS O DE BIOSEGURIDAD

La Comisión evaluadora de los aspectos bioéticos implicados en los proyectos de investigación, del Comité de Ética, Experimentación animal y Bioseguridad de la Universidad Pública de Navarra, en su reunión del día 22 de enero de 2014, ha considerado las circunstancias que concurren en el Proyecto de Investigación: PI-003/14 *"Evaluación de la eficacia de un programa de prevención indicada para adolescentes con conductas de riesgo"* que tiene como Investigador Principal a D. José Javier López Goñi.

A la vista de la documentación presentada por la Comisión evaluadora, la cual ha considerado informar favorablemente el proyecto de investigación, ya que cumple los requisitos éticos requeridos para su ejecución.

El Comité de Ética, Experimentación animal y Bioseguridad de la Universidad Pública de Navarra, conforme al Apartado 4.2 del Reglamento de funcionamiento del citado Comité, autoriza la tramitación administrativa del proyecto de investigación denominado "*Evaluación de la eficacia de un programa de prevención indicada para adolescentes con conductas de riesgo*", con código PI-003/14 y presentado por D. José Javier López Goñi, en cuanto a sus implicaciones éticas o de Bioseguridad.

Pamplona, 24 de enero de 2014


Fdo: Alfonso Carlosena García
Presidente


Fdo: Santiago Alvarez Folgueras
Secretario

Anexo 2: Consentimiento menores de 16 años

**INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR EN EL
PROYECTO DE EVALUACIÓN DE LA EFICACIA DE LA INTERVENCIÓN
CON ADOLESCENTES EN EL PROGRAMA SUSPERTU
Familias de adolescentes menores de 16 años**

El programa Suspertu realiza desde hace muchos años una intervención específica con los adolescentes y las familias que acuden en busca de ayuda a nuestro servicio. Tras estos años de atención, la Fundación Proyecto Hombre de Navarra y el departamento de Psicología y Pedagogía de la Universidad Pública de Navarra han elaborado un programa de evaluación de la atención prestada con el objetivo de poder mejorar el programa en el que vais a participar.

Para desarrollar este proyecto solicitamos vuestra colaboración y permiso para:

- Completar una serie de cuestionarios y responder a una serie de preguntas que se les plantearán a vuestro hijo/a

Con vuestra colaboración en esta experiencia podréis contribuir a la evaluación y mejora del programa de atención. Por ello os animamos a participar. Los datos obtenidos se tratarán de forma confidencial y en todo momento preservaremos la intimidad de vuestro hijo/a. Las publicaciones que puedan derivarse de este proyecto utilizarán datos disociados de cualquier referencia personal.

En cualquier caso, os recordamos que vuestra colaboración es totalmente voluntaria y, si no deseáis participar, no se derivará ningún perjuicio para vosotros.

Gracias por vuestra colaboración.

D./D^a.....D.N.I:.....

Ha comprendido la información anteriormente expuesta y acepta voluntariamente participar en el proyecto de evaluación de la eficacia del programa Suspertu.

En..... ade de 201... Firmado:.....

Anexo 3: Consentimiento mayores de 16 años

**INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR EN EL
PROYECTO DE EVALUACIÓN DE LA EFICACIA DE LA INTERVENCIÓN
CON ADOLESCENTES EN EL PROGRAMA SUSPERTU
Adolescentes mayores de 16 años**

El programa Suspertu realiza desde hace muchos años una intervención específica con los adolescentes y las familias que acuden en busca de ayuda a nuestro servicio. Tras estos años de atención, la Fundación Proyecto Hombre de Navarra y el departamento de Psicología y Pedagogía de la Universidad Pública de Navarra han elaborado un programa de evaluación de la atención prestada con el objetivo de poder mejorar el programa en el que vais a participar.

Para desarrollar este proyecto solicitamos tu colaboración y tu permiso para:

- Completar una serie de cuestionarios y responder a una serie de preguntas que se te plantearán.
- Contactar contigo nuevamente (aproximadamente dentro de un año) y completar algunos cuestionarios.

Con tu colaboración en esta experiencia podrás contribuir a la evaluación y mejora del programa de atención. Por ello te animamos a participar. Los datos obtenidos se tratarán de forma confidencial y en todo momento preservaremos tu intimidad. Las publicaciones que puedan derivarse de este proyecto utilizarán datos disociados de cualquier referencia personal.

En cualquier caso, te recordamos que tu colaboración es totalmente voluntaria y, si no deseas participar, no se derivará ningún perjuicio para ti.

Gracias por tu colaboración.

D./D^a.....D.N.I:.....

Ha comprendido la información anteriormente expuesta y acepta voluntariamente participar en el proyecto de evaluación de la eficacia del programa Suspertu.

En..... ade de 201... Firmado:.....

Anexo 4: Cuestionario CTCYS - Communities that Care Youth Survey

CTCYS Communities that Care Youth Survey (Arthur et al., 2002; Glaser, et al., 2005)

Antes de comenzar a responder, lee las instrucciones que aparecen a continuación.
Muchas gracias por ser una parte importante de este proyecto.

INSTRUCCIONES

1. Este no es un examen; por lo tanto, no hay respuestas correctas o incorrectas.
2. Para responder, deberás marcar uno de los espacios de las respuestas. Si no encuentras una respuesta que se ajuste exactamente a lo que tú quieres responder, escoge la que más se asemeje. Si hay alguna pregunta que no sea aplicable a tu caso o que no estés seguro/a de lo que significa, déjala en blanco.

ASPECTOS DEMOGRÁFICOS

1. Edad:

H M 2. Sexo:

3. ¿Qué estudias?

ESO	BACHILLER	GRADO MEDIO	GRADO SUPERIOR	PCPI	ESCUELA TALLER
-----	-----------	-------------	----------------	------	----------------

3.- Qué nivel?

1°	2°	3°	4°
----	----	----	----

4.- Has tenido o tienes alguna denuncia o SI NO medida judicial?

5.- En caso de tener alguna denuncia o medida judicial, ¿cuál fue el motivo?

6.- Tienes diagnosticado algún tipo de problema psicológico SI NO o emocional?

7.- En caso de tener diagnosticado algún tipo de problema psicológico o emocional, ¿cuál es?

8.- Has estado alguna ingresado en un hospital por SI NO estos problemas?

9.- En la actualidad tomas algún tipo de medicación para esos SI NO problemas?

10.- Cuál es el núcleo familiar que mejor responde a tu situación?

Vivo junto a mis padres	Mis padres están	Vivo solo con mi madre	Vivo solo con mi padre
-------------------------	------------------	------------------------	------------------------

y hermanos	separados o divorciados		
Familia adoptiva	Vivo junto a mi madre y su nueva pareja	Vivo junto a mi padre y su nueva pareja	Vivo en un centro de acogida

11. ¿Cuántos hermanos/as

1	2	3	4 o más
---	---	---	---------

 tienes?

12. ¿Cuál es el grado más alto de educación que alcanzó tu padre?

	Sin estudios		Grado Superior
	Graduado escolar		Estudios Universitarios
	Grado medio		No sé

13. ¿Cuál es el grado más alto de educación que alcanzó tu madre?

	Sin estudios		Grado Superior
	Graduado escolar		Estudios Universitarios
	Grado medio		No sé

14. ¿Dónde vives ahora?

	En un pueblo		En una ciudad		Centro de menores		Piso de acogida
--	--------------	--	---------------	--	-------------------	--	-----------------

AMBITO ESCOLAR

15. ¿Cuál de estas notas representa mejor tus calificaciones el pasado año en el Centro Educativo?

	Mayoría Suspenso		Mayoría notables
	Mayoría suficientes		Mayoría sobresalientes
	Mayoría bienes		

16. ¿Has repetido

SI	NO
----	----

 algún curso?

17. Durante las ÚLTIMAS CUATRO SEMANAS, ¿cuántos días enteros no has ido a clase

a. ¿Porque estabas enfermo?

	Ninguno		Entre 6 y 10 días
	Entre 1 y 5 días		Más de 10 días

b. ¿Porque no tenías ganas de ir?

	Ninguno		Entre 6 y 10 días
	Entre 1 y 5 días		Más de 10 días

c. Por otros motivos?

	Ninguno		Entre 6 y 10 días
	Entre 1 y 5 días		Más de 10 días

	NO	no	sí	SÍ
18. En mi Centro Educativo, los estudiantes tenemos muchas oportunidades de participar en la toma de decisiones sobre, por ejemplo, actividades en clase o los reglamentos.				
19. Los maestros me piden que trabaje en proyectos especiales de clase.				

20. Mi(s) maestro(s) se dan cuenta cuando hago las cosas bien y me lo hacen saber.				
21. En mi Centro Educativo, los estudiantes tenemos muchas oportunidades de hacer deportes, participar en clubes y en otras actividades escolares fuera del aula.				
22. En mi Centro Educativo, los estudiantes tenemos muchas oportunidades de conversar con los maestros, que nos atienden caso por caso.				
23. Me siento seguro en mi Centro Educativo.				
24. Mi Centro Educativo les hace saber a mis padres cuando hice algo bien				
25. Mis maestros me felicitan cuando me esfuerzo en clase.				
26. ¿Son tus notas en clase mejores que la mayoría del resto de tus compañeros?				
27. En clase, tenemos muchas oportunidades de discutir temas o hacer actividades.				

28. ¿Con qué frecuencia sientes que las tareas escolares son útiles e importantes?

	Nunca		Frecuentemente
	Pocas veces		Casi siempre
	A veces		

29. ¿Cómo de interesantes te parecen los cursos?

	Muy interesantes y despiertan mi curiosidad		Un poco aburridos
	Más o menos interesantes		Muy aburridos
	Bastante interesantes		

30. ¿Cómo de importante crees que será lo que aprendes en el Centro Educativo para tu futuro?

	Muy importante		Apenas importante
	Bastante importante		No tan importante
	Más o menos importante		

31. ¿Si tuvieras que pensar en tu experiencia en el Centro Educativo el año pasado, ¿con qué frecuencia:

a. Te gusta estar en el Centro Educativo?

	Casi siempre		frecuentemente		A veces		Pocas veces		Nunca
--	--------------	--	----------------	--	---------	--	-------------	--	-------

b. No te gusta estar en el Centro Educativo?

	Casi siempre		frecuentemente		A veces		Pocas veces		Nunca
--	--------------	--	----------------	--	---------	--	-------------	--	-------

c. Te esfuerzas por hacer tu trabajo lo mejor posible?

	Casi siempre		frecuentemente		A veces		Pocas veces		Nunca
--	--------------	--	----------------	--	---------	--	-------------	--	-------

ÁMBITO PERSONAL Y GRUPO DE IGUALES

32. Piensa en tus cuatro mejores amigos (los más cercanos). En los últimos doce meses (12 meses), cuántos de ellos:

	0	1	2	3	4
a. Fumaron cigarrillos					
b. Probaron cerveza, vino o alcohol fuerte (por ejemplo: vodka, whisky o ginebra) sin que sus padres lo supieran					

c. Consumieron marihuana o hachís					
d. Tomaron LSD, cocaína, heroína, anfetaminas u otra droga de consumo ilegal					
e. fueron expulsados del Centro Educativo					
f. llevaron arma/s					
g. Vendieron drogas de consumo ilegal					
h. Robaron o intentaron robar algún vehículo como un coche o una motocicleta.....					
i. Fueron arrestados					
j. Abandonaron el Centro Educativo					
k. Pertenecieron a una banda					
l. Estuvieron implicados en actos vandálicos (destrozos en mobiliario urbano, en coches...)					
m. Estuvieron implicados en alguna pelea					

33. ¿Cuántos años tenías cuando por primera vez

	nunca	10 años o menos	11	12	13	14	15	16 años o más
a. Fumaste marihuana o hachís								
b. Fumaste un cigarrillo, aunque haya sido sólo por probar								
c. Bebiste más de un trago o dos de cerveza, vino o alcohol fuerte (por ejemplo: vodka, whisky o ginebra)								
d. Comenzaste a tomar bebidas alcohólicas regularmente; es decir, por lo menos, una o dos veces al mes								
e. Te suspendieron en el Centro Educativo								
f. Te arrestaron?								
g. Llevaste un arma								
h. Atacaste a alguien con la idea de herirlo gravemente								
i. Perteneciste a una banda								
j. Participaste en un acto vandálico								

34. ¿Cómo de malo te parece que alguien de tu edad

	Muy mal	Mal	Un poco mal	No tiene nada de malo
Lleve un arma al Centro Educativo				
Robe algo que valga más de 5 euros				
Inicie una pelea con alguien				
Ataque a alguien con la idea de herirlo gravemente				
Falte al Centro Educativo todo el día mientras sus padres piensan que está en clase				
Beba cerveza, vino o alcohol fuerte (por ejemplo: vodka, whisky o ginebra) regularmente				
Fume cigarrillos				
Fume marihuana o hachís				
Tome LSD, cocaína, heroína, anfetaminas u otra droga de consumo ilegal				

35. Ignoro las reglas que me impiden hacer lo que quiero.

<input type="checkbox"/>	No es verdad	<input type="checkbox"/>	A veces no es verdad	<input type="checkbox"/>	Es un poco cierto	<input type="checkbox"/>	Es muy cierto
--------------------------	--------------	--------------------------	----------------------	--------------------------	-------------------	--------------------------	---------------

36. Está bien golpear a la gente si son ellos los que empiezan las peleas.

<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	no	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	SI
--------------------------	----	--------------------------	----	--------------------------	----	--------------------------	----

37. Es muy importante ser honesto (sincero) con los padres, aunque sea a costa de que se enfaden o te castiguen.

<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	no	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	SI
--------------------------	----	--------------------------	----	--------------------------	----	--------------------------	----

38. Hago lo contrario de lo que la gente me dice que haga, sólo para hacerlos enfadar.

<input type="checkbox"/>	No es verdad	<input type="checkbox"/>	A veces no es verdad	<input type="checkbox"/>	Es un poco cierto	<input type="checkbox"/>	Es muy cierto
--------------------------	--------------	--------------------------	----------------------	--------------------------	-------------------	--------------------------	---------------

39. Creo que está bien apropiarme de algo sin pedir permiso, cuando nadie se da cuenta.

<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	no	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	SI
--------------------------	----	--------------------------	----	--------------------------	----	--------------------------	----

40. ¿Cuántas veces hiciste lo siguiente?

a. lo que tuviste ganas de hacer que te hiciera sentir bien sin importar qué fuera

<input type="checkbox"/>	Una vez por semana o más	<input type="checkbox"/>	Menos de una vez al mes
<input type="checkbox"/>	Dos o tres veces al mes	<input type="checkbox"/>	Lo hice, pero no el año pasado
<input type="checkbox"/>	Aproximadamente una vez al mes	<input type="checkbox"/>	Nunca

b. algo peligroso porque te desafiaron a que no podías hacerlo

<input type="checkbox"/>	Una vez por semana o más	<input type="checkbox"/>	Menos de una vez al mes
<input type="checkbox"/>	Dos o tres veces al mes	<input type="checkbox"/>	Lo hice, pero no el año pasado
<input type="checkbox"/>	Aproximadamente una vez al mes	<input type="checkbox"/>	Nunca

c. cosas locas, aunque fueran peligrosas

<input type="checkbox"/>	Una vez por semana o más	<input type="checkbox"/>	Menos de una vez al mes
<input type="checkbox"/>	Dos o tres veces al mes	<input type="checkbox"/>	Lo hice, pero no el año pasado
<input type="checkbox"/>	Aproximadamente una vez al mes	<input type="checkbox"/>	Nunca

41. ¿Alguna vez perteneciste a SI NO una banda?

42. Si respondiste "Sí", ¿tenía nombre esa SI NO banda?

43. ¿Cuántas veces en el transcurso del pasado año (los últimos 12 meses)

	nunca	1 a 2 veces	3 a 5 veces	Más de 10 veces
a. Te echaron del Centro Educativo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Llevaste un arma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Vendiste drogas de consumo ilegal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Robaste o intentaste robar un vehículo como un coche o una motocicleta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Te arrestaron?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Participaste en un acto vandálico (destrozo de mobiliario urbano o coches)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Atacaste a alguien con la idea de herirlo gravemente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Estuviste borracho o drogado en el Centro Educativo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Llevaste un arma al Centro Educativo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. No utilizaste preservativo/anticonceptivo en alguna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

actividad sexual				
k. Viajé con un conductor/a que había bebido alcohol				

44. ¿Qué probabilidades habría de que tus compañeros te consideraran “guai” si
a. fumaras cigarrillos?

Todas	Muchas	Algunas	Pocas	Ninguna
-------	--------	---------	-------	---------

b. comenzaras a tomar bebidas alcohólicas regularmente; ¿por lo menos, una o dos veces al mes?

Casi siempre	frecuentemente	A veces	Pocas veces	Nunca
--------------	----------------	---------	-------------	-------

c. fumaras marihuana o hachís?

Casi siempre	frecuentemente	A veces	Pocas veces	Nunca
--------------	----------------	---------	-------------	-------

d. llevaras un arma

Casi siempre	frecuentemente	A veces	Pocas veces	Nunca
--------------	----------------	---------	-------------	-------

45. Imagínate que estás en una tienda de CDs con una amigo/a. De pronto, levantas la mirada y ves que el/ella está escondiendo un CD bajo su chaqueta. Sonríe y te dice: “¿Cuál quieres? Vamos, cógelo ahora que no hay nadie”. Y no hay nadie cerca, ni empleados ni clientes. ¿Qué harías en ese momento?

No hacerle caso	
Coger un CD e irte de la tienda	
Pedirle a tu amigo/a que devuelva el CD a su lugar	
Comportarte como si sólo se tratara de una broma y pedirle a tu amigo/a que devuelva el CD a su lugar	

46. Son las 11 de la noche de un día de semana y estás a punto de ir a la casa de un amigo/a cuando tu madre te pregunta adónde vas. Tú le contestas: “Bueno, voy a la casa de unos amigos” y ella te dice: “No, te meterás en problemas si sales. Quédate en casa esta noche”. ¿Qué harías?

Salir de todos modos	
Explicarle lo que voy a hacer con mis amigos, informarle a qué hora voy a regresar y pedirle permiso para salir	
No decir nada y sentarse a ver la televisión	
Pelear con ella	

47. Estás paseando por otro lado de la ciudad y no conoces a nadie de tu edad. Estás caminando por la calle y ves que un adolescente, más o menos tan alto como tú, viene caminando hacia ti. Cuando llega cerca de ti, se tropieza a propósito contigo y te hace perder el equilibrio. ¿Qué harías o qué le dirías?

Empujar a la persona hacia atrás	
Decir perdón y seguir caminando	
Decirle “fíjate por donde caminas” y seguir caminando	
Insultarle y alejarte	

48. Si estás en una fiesta en la casa de alguien y una persona amiga te ofrece una bebida alcohólica, ¿qué harías o qué le dirías?

Beberla	
Decirle a tu amigo, “No, gracias, yo no bebo” y sugerirle que debéis iros de la fiesta y hacer otra cosa	
Decir, “No, gracias” y alejarte	
Inventar una buena excusa, decirle a tu amigo que tienes algo que hacer y marcharte	

49. Creo que a veces está bien copiar de otros en un examen en el Centro Educativo.

<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	no	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	SI
--------------------------	----	--------------------------	----	--------------------------	----	--------------------------	----

50. ¿Cada cuánto vas a ceremonias o actividades religiosas?

<input type="checkbox"/>	Nunca	<input type="checkbox"/>	Pocas veces	<input type="checkbox"/>	1-2 veces al mes	<input type="checkbox"/>	Aproximadamente, una vez a la semana o más
--------------------------	-------	--------------------------	-------------	--------------------------	------------------	--------------------------	--------------------------------------------

51. Me gusta probar hasta dónde puedo salirme con la mía.

<input type="checkbox"/>	No es verdad	<input type="checkbox"/>	A veces no es verdad	<input type="checkbox"/>	Es un poco cierto	<input type="checkbox"/>	Es muy cierto
--------------------------	--------------	--------------------------	----------------------	--------------------------	-------------------	--------------------------	---------------

	NO	no	sí	SÍ
52. Es importante pensar antes de actuar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53. ¿Obtienes rápido lo que quieres?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
54. ¿Sueles pasar de una cosa a la otra en vez de concentrarte en una a la vez?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
55. En general, actúo sin pensar en lo que pueda pasar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

52. ¿Cuánto daño crees que una persona se hace a sí misma (ya sea físico o de otro tipo) cuando

a. fuma uno o dos paquetes de cigarrillos al día?

<input type="checkbox"/>	Mucho daño	<input type="checkbox"/>	Algo de daño	<input type="checkbox"/>	Poco daño	<input type="checkbox"/>	Nada de daño
--------------------------	------------	--------------------------	--------------	--------------------------	-----------	--------------------------	--------------

b. prueba marihuana una o dos veces?

<input type="checkbox"/>	Mucho daño	<input type="checkbox"/>	Algo de daño	<input type="checkbox"/>	Poco daño	<input type="checkbox"/>	Nada de daño
--------------------------	------------	--------------------------	--------------	--------------------------	-----------	--------------------------	--------------

c. fuma marihuana o hachís regularmente?

<input type="checkbox"/>	Mucho daño	<input type="checkbox"/>	Algo de daño	<input type="checkbox"/>	Poco daño	<input type="checkbox"/>	Nada de daño
--------------------------	------------	--------------------------	--------------	--------------------------	-----------	--------------------------	--------------

d. bebe uno o dos tragos de bebidas alcohólicas (cerveza, vino) casi todos los días?

<input type="checkbox"/>	Mucho daño	<input type="checkbox"/>	Algo de daño	<input type="checkbox"/>	Poco daño	<input type="checkbox"/>	Nada de daño
--------------------------	------------	--------------------------	--------------	--------------------------	-----------	--------------------------	--------------

DROGAS v/o ALCOHOL

53. ¿Has fumado cigarrillos alguna vez?

<input type="checkbox"/>	Nunca	<input type="checkbox"/>	Menos de una vez al mes	<input type="checkbox"/>	1 o 2 veces al mes	<input type="checkbox"/>	3 o 4 veces de semana al mes	<input type="checkbox"/>	Más de 4 días a la semana
--------------------------	-------	--------------------------	-------------------------	--------------------------	--------------------	--------------------------	------------------------------	--------------------------	---------------------------

54. ¿Con qué frecuencia fumaste cigarrillos en los últimos 30 días?

<input type="checkbox"/>	Nunca	<input type="checkbox"/>	De 1 a 5 cigarrillos por día	<input type="checkbox"/>	Alrededor de medio paquete por día	<input type="checkbox"/>	Alrededor de un paquete por día	<input type="checkbox"/>	Más de un paquete al día
--------------------------	-------	--------------------------	------------------------------	--------------------------	------------------------------------	--------------------------	---------------------------------	--------------------------	--------------------------

55. ¿En cuántas ocasiones (si es que las hubo)

a. tomaste bebidas alcohólicas (cerveza, vino o alcohol fuerte) en el último año?

<input type="checkbox"/>	Nunca	<input type="checkbox"/>	Menos de una vez al mes	<input type="checkbox"/>	1 o 2 veces al mes	<input type="checkbox"/>	3 o 4 fines de semana al mes	<input type="checkbox"/>	Más de 4 días a la semana
--------------------------	-------	--------------------------	-------------------------	--------------------------	--------------------	--------------------------	------------------------------	--------------------------	---------------------------

b. bebiste cerveza, vino o alcohol fuerte en los últimos 30 días?

<input type="checkbox"/>	Nunca	<input type="checkbox"/>	1 o 2 veces al mes	<input type="checkbox"/>	3 o 4 fines de semana al mes	<input type="checkbox"/>	Más de 4 días a la semana
--------------------------	-------	--------------------------	--------------------	--------------------------	------------------------------	--------------------------	---------------------------

c. ¿Has fumado marihuana o hachís alguna vez en tu vida?

<input type="checkbox"/>	Nunca	<input type="checkbox"/>	Menos de una vez al mes	<input type="checkbox"/>	1 o 2 veces al mes	<input type="checkbox"/>	3 o 4 fines de semana al mes	<input type="checkbox"/>	Más de 4 días a la semana
--------------------------	-------	--------------------------	-------------------------	--------------------------	--------------------	--------------------------	------------------------------	--------------------------	---------------------------

d. tomaste marihuana o hachís en los últimos 30 días?

<input type="checkbox"/>	Nunca	<input type="checkbox"/>	1 o 2 veces al mes	<input type="checkbox"/>	3 o 4 fines de semana al mes	<input type="checkbox"/>	Más de 4 días a la semana
--------------------------	-------	--------------------------	--------------------	--------------------------	------------------------------	--------------------------	---------------------------

e. tomaste LSD u otra droga psicodélica en tu vida?

<input type="checkbox"/>	Nunca	<input type="checkbox"/>	Menos de una vez al mes	<input type="checkbox"/>	1 o 2 veces al mes	<input type="checkbox"/>	3 o 4 fines de semana al mes	<input type="checkbox"/>	Más de 4 días a la semana
--------------------------	-------	--------------------------	-------------------------	--------------------------	--------------------	--------------------------	------------------------------	--------------------------	---------------------------

f. tomaste LSD u otra droga psicodélica en los últimos 30 días?

<input type="checkbox"/>	Nunca	<input type="checkbox"/>	1 o 2 veces al mes	<input type="checkbox"/>	3 o 4 fines de semana al mes	<input type="checkbox"/>	Más de 4 días a la semana
--------------------------	-------	--------------------------	--------------------	--------------------------	------------------------------	--------------------------	---------------------------

g. tomaste cocaína , speed o heroína en los últimos 30 días?

<input type="checkbox"/>	Nunca	<input type="checkbox"/>	Menos de una vez al mes	<input type="checkbox"/>	1 o 2 veces al mes	<input type="checkbox"/>	3 o 4 fines de semana al mes	<input type="checkbox"/>	Más de 4 días a la semana
--------------------------	-------	--------------------------	-------------------------	--------------------------	--------------------	--------------------------	------------------------------	--------------------------	---------------------------

h. tomaste cocaína, speed o heroína en tu vida?

<input type="checkbox"/>	Nunca	<input type="checkbox"/>	1 o 2 veces al mes	<input type="checkbox"/>	3 o 4 fines de semana al mes	<input type="checkbox"/>	Más de 4 días a la semana
--------------------------	-------	--------------------------	--------------------	--------------------------	------------------------------	--------------------------	---------------------------

i. tomaste otras drogas en tu vida?

<input type="checkbox"/>	Nunca	<input type="checkbox"/>	Menos de una vez al mes	<input type="checkbox"/>	1 o 2 veces al mes	<input type="checkbox"/>	3 o 4 fines de semana al mes	<input type="checkbox"/>	Más de 4 días a la semana
--------------------------	-------	--------------------------	-------------------------	--------------------------	--------------------	--------------------------	------------------------------	--------------------------	---------------------------

j. tomaste otras drogas en los últimos 30 días?

<input type="checkbox"/>	Nunca	<input type="checkbox"/>	1 o 2 veces al mes	<input type="checkbox"/>	3 o 4 fines de semana al mes	<input type="checkbox"/>	Más de 4 días a la semana
--------------------------	-------	--------------------------	--------------------	--------------------------	------------------------------	--------------------------	---------------------------

56. Piensa en las últimas dos semanas. ¿Cuántas veces tomaste una o dos bebidas alcohólicas seguidas?

<input type="checkbox"/>	Ninguna	<input type="checkbox"/>	1 vez	<input type="checkbox"/>	1 o 2 veces	<input type="checkbox"/>	3 o más veces
--------------------------	---------	--------------------------	-------	--------------------------	-------------	--------------------------	---------------

PERCEPCIÓN DE LA COMUNIDAD

57. Si quisieras conseguir cerveza, vino u otra bebida alcohólica fuerte (por ejemplo, vodka, whisky o ginebra), ¿cómo de difícil sería?

<input type="checkbox"/>	muy difícil	<input type="checkbox"/>	bastante difícil	<input type="checkbox"/>	bastante fácil	<input type="checkbox"/>	muy fácil
--------------------------	-------------	--------------------------	------------------	--------------------------	----------------	--------------------------	-----------

58. Si quisieras conseguir cigarrillos, ¿qué tan difícil sería?

<input type="checkbox"/>	muy difícil	<input type="checkbox"/>	bastante difícil	<input type="checkbox"/>	bastante fácil	<input type="checkbox"/>	muy fácil
--------------------------	-------------	--------------------------	------------------	--------------------------	----------------	--------------------------	-----------

59. Si un chico o chica fumara marihuana o hachís en tu vecindario o cerca de donde tú vives, ¿lo/la descubriría la policía (guardia civil)?

<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	no	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	SI
--------------------------	----	--------------------------	----	--------------------------	----	--------------------------	----

60. Si quisieras conseguir droga como cocaína, heroína, LSD o anfetaminas, ¿cómo de difícil sería?

<input type="checkbox"/>	muy difícil	<input type="checkbox"/>	bastante difícil	<input type="checkbox"/>	bastante fácil	<input type="checkbox"/>	muy fácil
--------------------------	-------------	--------------------------	------------------	--------------------------	----------------	--------------------------	-----------

61. Si un chico o chica bebieran cerveza, vino u otra bebida alcohólica fuerte (por ejemplo, vodka, whisky o ginebra), en tu vecindario o cerca de donde tú vives, ¿lo/la descubriría la policía (guardia civil)?

<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	no	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	SI
--------------------------	----	--------------------------	----	--------------------------	----	--------------------------	----

62. Si quisieras conseguir un arma de fuego ¿cómo de difícil sería?

<input type="checkbox"/>	muy difícil	<input type="checkbox"/>	bastante difícil	<input type="checkbox"/>	bastante fácil	<input type="checkbox"/>	muy fácil
--------------------------	-------------	--------------------------	------------------	--------------------------	----------------	--------------------------	-----------

63. Si un chico o chica llevara un arma, en tu vecindario o cerca de donde tú vives, ¿lo/la descubriría la policía (guardia civil)?

<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	no	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	SI
--------------------------	----	--------------------------	----	--------------------------	----	--------------------------	----

64. Si quisieras conseguir marihuana o hachís, ¿cómo de difícil sería?

<input type="checkbox"/>	muy difícil	<input type="checkbox"/>	bastante difícil	<input type="checkbox"/>	bastante fácil	<input type="checkbox"/>	muy fácil
--------------------------	-------------	--------------------------	------------------	--------------------------	----------------	--------------------------	-----------

65. ¿Qué pensaría la mayoría de los adultos que viven en tu vecindario o cerca de donde tú vives de que un chico o chica de tu edad?

a. fumase marihuana o hachís?

	que no tiene nada de malo		que está un poco mal		que está mal		que está muy mal
--	---------------------------	--	----------------------	--	--------------	--	------------------

b. bebiera alcohol?

	que no tiene nada de malo		que está un poco mal		que está mal		que está muy mal
--	---------------------------	--	----------------------	--	--------------	--	------------------

c. fumase cigarrillos?

	que no tiene nada de malo		que está un poco mal		que está mal		que está muy mal
--	---------------------------	--	----------------------	--	--------------	--	------------------

66. ¿Cuántos adultos que tú conoces personalmente hicieron lo siguiente el año pasado?

a. tomaron marihuana, hachís, crack, cocaína, heroína u otras drogas

	Ninguno		1 adulto		2 adultos		3 ó 4 adultos		5 adultos o más
--	---------	--	----------	--	-----------	--	---------------	--	-----------------

b. vendieron o comerciaron con drogas

	Ninguno		1 adulto		2 adultos		3 ó 4 adultos		5 adultos o más
--	---------	--	----------	--	-----------	--	---------------	--	-----------------

d. hicieron algo que pudo haberlos metido en problemas con la policía (guardia civil), como robar, vender mercancía robada, atracar o asaltar gente, etc.

	Ninguno		1 adulto		2 adultos		3 ó 4 adultos		5 adultos o más
--	---------	--	----------	--	-----------	--	---------------	--	-----------------

e. se emborracharon

	Ninguno		1 adulto		2 adultos		3 ó 4 adultos		5 adultos o más
--	---------	--	----------	--	-----------	--	---------------	--	-----------------

f. se drogaron

	Ninguno		1 adulto		2 adultos		3 ó 4 adultos		5 adultos o más
--	---------	--	----------	--	-----------	--	---------------	--	-----------------

	NO	no	sí	SÍ
67. Si tuviera que mudarme (marcharme), extrañaría el vecindario donde vivo.				
68. Mis vecinos saben cuándo hago bien las cosas y me lo hacen saber.				
69. Me gusta mi vecindario o el área cercana a donde vivo.				
70. Hay muchos adultos en mi vecindario con los que podría hablar de cosas importantes.				

71. ¿Las siguientes características describirían a tu pueblo/ciudad o el área cercana a donde tú vives?

	NO	no	sí	SÍ
a. delito y/o venta de drogas				
b. peleas				
c. muchos edificios vacíos o abandonados				
d. muchos graffitis				

72. En mi pueblo/ciudad, la gente se está mudando (cambiando de casa) todo el tiempo

	NO		no		Si		SI
--	----	--	----	--	----	--	----

73. ¿Cuántas veces has cambiado de casa desde la guardería?

	Nunca		1- 2 veces		3 – 4 veces		5 – 6 veces		7 veces o más
--	-------	--	------------	--	-------------	--	-------------	--	---------------

74. Hay gente de mi vecindario o del área cercana a donde vivo que se enorgullecen de mí cuando hago algo bien.

<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	no	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	SI
--------------------------	----	--------------------------	----	--------------------------	----	--------------------------	----

75. ¿Cuáles de las siguientes actividades para la gente de tu edad hay en tu comunidad?

	SÍ	NO
deportes en equipo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
scouts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
clubes para chicos y chicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
clases de música	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
clases de manualidades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
grupos religiosos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
otros (señalar.....)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

76. ¿Cambiaste de Centro Educativo en el último año?

<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
--------------------------	----	--------------------------	----

77. Me siento seguro/a en mi vecindario o el área cercana a donde vivo.

<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	no	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	SI
--------------------------	----	--------------------------	----	--------------------------	----	--------------------------	----

78. ¿Cuántas veces cambiaste de Centro Educativos desde la guardería?

<input type="checkbox"/>	Nunca	<input type="checkbox"/>	1- 2 veces	<input type="checkbox"/>	3 – 4 veces	<input type="checkbox"/>	5 – 6 veces	<input type="checkbox"/>	7 veces o más
--------------------------	-------	--------------------------	------------	--------------------------	-------------	--------------------------	-------------	--------------------------	---------------

79. Quisiera salir de mi vecindario o el área cercana a donde vivo

<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	no	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	SI
--------------------------	----	--------------------------	----	--------------------------	----	--------------------------	----

80. ¿Has cambiado de casa en el último año (los últimos 12 meses)?

<input type="checkbox"/>	SI	<input type="checkbox"/>	NO
--------------------------	----	--------------------------	----

81. ¿En mi vecindario o el área cercana a donde vivo, hay gente que me anima a esforzarme por hacer las cosas bien?

<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	no	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	SI
--------------------------	----	--------------------------	----	--------------------------	----	--------------------------	----

ÁMBITO FAMILIAR

82. ¿Qué les parecería a tus padres que tú

a. bebieras cerveza, vino o alguna bebida alcohólica fuerte (por ejemplo, vodka, whisky o ginebra) regularmente?

<input type="checkbox"/>	no tiene nada de malo	<input type="checkbox"/>	un poco mal	<input type="checkbox"/>	mal	<input type="checkbox"/>	muy mal
--------------------------	-----------------------	--------------------------	-------------	--------------------------	-----	--------------------------	---------

b. fumaras cigarrillos?

<input type="checkbox"/>	no tiene nada de malo	<input type="checkbox"/>	un poco mal	<input type="checkbox"/>	mal	<input type="checkbox"/>	muy mal
--------------------------	-----------------------	--------------------------	-------------	--------------------------	-----	--------------------------	---------

c. fumaras marihuana o hachís?

<input type="checkbox"/>	no tiene nada de malo	<input type="checkbox"/>	un poco mal	<input type="checkbox"/>	mal	<input type="checkbox"/>	muy mal
--------------------------	-----------------------	--------------------------	-------------	--------------------------	-----	--------------------------	---------

d. robaras algo que valiera más de 5 euros?

<input type="checkbox"/>	no tiene nada de malo	<input type="checkbox"/>	un poco mal	<input type="checkbox"/>	mal	<input type="checkbox"/>	muy mal
--------------------------	-----------------------	--------------------------	-------------	--------------------------	-----	--------------------------	---------

e. escribieras las paredes de los edificios con graffitis o dibujos (sin permiso de sus dueños)?

<input type="checkbox"/>	no tiene nada de malo	<input type="checkbox"/>	un poco mal	<input type="checkbox"/>	mal	<input type="checkbox"/>	muy mal
--------------------------	-----------------------	--------------------------	-------------	--------------------------	-----	--------------------------	---------

f. te pelearas con alguien?

	no tiene nada de malo		un poco mal		mal		muy mal
--	-----------------------	--	-------------	--	-----	--	---------

83. ¿Alguno de tus hermanos o hermanas hizo alguna vez lo siguiente?

a. tomar cerveza, vino o bebidas alcohólicas fuertes (por ejemplo, vodka, whisky o ginebra)

SI	NO
----	----

b. fumar cigarrillos

SI	NO
----	----

c. fumar marihuana o hachís

SI	NO
----	----

d. llevar un arma al Centro Educativo

SI	NO
----	----

e. ser expulsado del Centro Educativo

SI	NO
----	----

84. Las reglas en mi familia son muy claras

	NO			no		Si		SI
--	----	--	--	----	--	----	--	----

85. ¿Alguna vez alguien de tu familia tuvo un problema grave de alcohol o droga?

SI	NO
----	----

	NO	no	sí	SÍ
86. En mi familia, en general, se insultan o gritan.				
87. Cuando no estoy en casa, o mamá o papá saben dónde y con quién estoy.				
88. En mi familia, siempre peleamos por lo mismo.				
89. Mis padres quieren que los llame para avisarles que voy a llegar tarde a casa.				
90. Si tomaras cerveza, vino o alguna bebida alcohólica fuerte (por ejemplo, vodka, whisky o ginebra) sin permiso de tus padres, ¿ellos le descubrirían?				
91. En mi familia, las reglas están claras con respecto al consumo de alcohol y drogas.				
92. Si llevaras un arma sin permiso de tus padres, ¿ellos lo descubrirían?				
93. Si faltaras al Centro Educativo sin permiso de tus padres, ¿ellos lo descubrirían?				

94. Mis padres se dan cuenta cuando hago bien las cosas y me lo hacen saber.

	nunca o casi nunca		a veces		con frecuencia		todo el tiempo
--	--------------------	--	---------	--	----------------	--	----------------

95. ¿Sientes que te llevas bien con tu madre?

	NO			no		Si		SI
--	----	--	--	----	--	----	--	----

96. ¿Compartes tus pensamientos y sentimientos con tu madre?

	NO			no		Si		SI
--	----	--	--	----	--	----	--	----

97. Mis padres me piden mi opinión antes de tomar la mayoría de las decisiones que tienen que ver conmigo.

	NO			no		Si		SI
--	----	--	--	----	--	----	--	----

98. ¿Con qué frecuencia tus padres te dicen que están orgullosos de ti por algo que hiciste?

	nunca o casi nunca		a veces		con frecuencia		todo el tiempo
--	--------------------	--	---------	--	----------------	--	----------------

	NO	no	sí	SÍ
99. ¿Compartes tus pensamientos y sentimientos con tu padre?				
100. ¿Te gusta pasar tiempo con tu madre?				
101. ¿Te gusta pasar tiempo con tu padre?				
102. Si tuviera un problema personal, podría pedirle ayuda a mi madre o a mi padre.				
103. ¿Sientes que te llevas bien con tu padre?				
104. Mis padres muchas veces me proponen hacer cosas divertidas con ellos.				
105. Mis padres me preguntan si hice mis deberes.				
106. En mi familia hay discusiones fuertes.				
107. ¿Tus padres se darían cuenta de que llegaste tarde a casa?				

GRACIAS POR TU PARTICIPACIÓN

108. ¿Cómo de importantes te parecieron estas preguntas?

	No muy importantes		Bastante importantes		Importantes		Muy importantes
--	--------------------	--	----------------------	--	-------------	--	-----------------

109. ¿Cómo de honesto/a (sincero/a) fuiste al responder las preguntas?

	Muy honesto/a		Honesto/a la mayoría de las veces		Honesto/a algunas veces		Honesto/a de vez en cuando		No fui honesto/a para nada
--	---------------	--	-----------------------------------	--	-------------------------	--	----------------------------	--	----------------------------

Anexo 5: SURPS - Substance Use Risk Profile Scale

SURPS Substance Use Risk Profile Scale
(Woicik et al., 2009)

Lee las siguientes frases y rodea con un círculo la opción que consideres en función de tu mayor o menor grado de acuerdo con cada una de ellas. Gracias.

No, para nada	Poco	Bastante	Mucho	Si, muchísimo
1	2	3	4	5

1	Me siento bien.	1	2	3	4	5
2	Frecuentemente no pienso bien las cosas antes de hablar.	1	2	3	4	5
3	Me gustaría tirarme de un paracaídas.	1	2	3	4	5
4	Estoy feliz.	1	2	3	4	5
5	Frecuentemente me meto en situaciones de las que me arrepiento después.	1	2	3	4	5
6	Disfruto de experiencias nuevas y excitantes incluso cuando no son convencionales.	1	2	3	4	5
7	Tengo fe en que mi futuro es prometedor.	1	2	3	4	5
8	Me asusta sentirme mareado o que me desmayo.	1	2	3	4	5
9	Me gusta hacer cosas que me asustan un poco.	1	2	3	4	5
10	Me asusto cuando siento que cambian los latidos de mi corazón.	1	2	3	4	5
11	Normalmente actúo sin pensar.	1	2	3	4	5
12	Me gustaría aprender a andar en motocicleta.	1	2	3	4	5
13	Me siento orgulloso/a de mis logros.	1	2	3	4	5
14	Me asusto cuando me pongo muy nervioso/a.	1	2	3	4	5
15	Generalmente soy una persona impulsiva.	1	2	3	4	5
16	Me interesa vivir experiencias por ellas mismas, incluso si son ilegales.	1	2	3	4	5
17	Siento que soy un fracaso.	1	2	3	4	5
18	Me asusto cuando siento cosas poco comunes (en el cuerpo)	1	2	3	4	5
19	Disfruto caminando largas distancias en el campo o la montaña, en lugares salvajes e inhabitados.	1	2	3	4	5
20	Me siento a gusto.	1	2	3	4	5
21	Me asusta no poder concentrarme en una tarea.	1	2	3	4	5
22	Debo ser manipulador para conseguir lo que quiero.	1	2	3	4	5
23	Me siento optimista con respecto a mi futuro.	1	2	3	4	5

Anexo 6: Escala de autoestima

ESCALA DE AUTOESTIMA (Rosemberg, M., 1985)

Señala en qué medida las siguientes afirmaciones definen tu forma de pensar sobre ti mismo. Selecciona la opción elegida en el desplegable. Recuerda que los cuestionarios son anónimos.

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	2	3	4

1	En general estoy satisfecho conmigo mismo/a	1	2	3	4
2	A veces pienso que no sirvo absolutamente para nada	1	2	3	4
3	Creo tener varias cualidades buenas	1	2	3	4
4	Puedo hacer las cosas tan bien como la mayoría de las personas	1	2	3	4
5	Creo que tengo muchos motivos para sentirme orgulloso/a	1	2	3	4
6	A veces me siento realmente inútil	1	2	3	4
7	Siento que soy una persona digna de estima o aprecio, al menos en igual medida que los demás	1	2	3	4
8	Desearía sentir más aprecio por mí mismo/a	1	2	3	4
9	Tiendo a pensar que en conjunto soy un fracaso	1	2	3	4
10	Tengo una actitud positiva hacia mí mismo/a	1	2	3	4

Anexo 7: Escala de autoeficacia generalizada

ESCALA DE AUTOEFICACIA GENERALIZADA (Baessler, J. y Schwarzer, R., 1996)

Nos gustaría conocer como sueles actuar cuando tienes dificultades o algún problema en general. Para ello, contesta a cada una de las frases que te presentamos, rodeando con un círculo el número que corresponde a la opción con la que mejor te identificas. Recuerda no hay respuestas ni buenas ni malas.

Incorrecto	Apenas cierto	Más bien cierto	Cierto
1	2	3	4

1	Puedo encontrar la manera de obtener lo que quiero, aunque alguien se me oponga.	1	2	3	4
2	Puedo resolver problemas difíciles si me esfuerzo lo suficiente.	1	2	3	4
3	Me es fácil persistir en lo que me he propuesto hasta llegar a alcanzar mis metas.	1	2	3	4
4	Tengo confianza en que podría manejar eficazmente acontecimientos inesperados.	1	2	3	4
5	Gracias a mis cualidades y recursos puedo superar situaciones imprevistas.	1	2	3	4
6	Cuando me encuentro en dificultades puedo permanecer tranquilo/a porque cuento con las habilidades necesarias para manejar situaciones difíciles.	1	2	3	4
7	Venga lo que venga, por lo general soy capaz de manejarlo.	1	2	3	4
8	Puedo resolver la mayoría de los problemas si me esfuerzo lo necesario.	1	2	3	4
9	Si me encuentro en una situación difícil, generalmente se me ocurre qué debo hacer.	1	2	3	4
10	Al tener que hacer frente a un problema, generalmente se me ocurren varias alternativas de cómo resolverlo.	1	2	3	4

Anexo 8: Escala evaluación de la tolerancia a la frustración

ESCALA EVALUACIÓN DE LA TOLERANCIA A LA FRUSTRACIÓN (Bar-On y Parker, 2000)

Lee cada una de las siguientes frases y selecciona UNA de las 5 respuestas, la que sea más apropiada para ti. Selecciona el número (del 1 al 5) que corresponde a la respuesta que elegiste y márcala. Si alguna de las frases no tiene nada que ver contigo, igualmente responde teniendo en cuenta cómo te sentirías, pensarías o actuarías en esa situación.

Nunca	Pocas veces	A veces	Muchas veces	Siempre
1	2	3	4	5

1	Me resulta difícil controlar mi ira.	1	2	3	4	5
2	Algunas cosas me enfadan mucho.	1	2	3	4	5
3	Me peleo con gente.	1	2	3	4	5
4	Tengo mal genio.	1	2	3	4	5
5	Me enfado con facilidad.	1	2	3	4	5
6	Cuando me enfado con alguien me enfado durante mucho tiempo.	1	2	3	4	5
7	Me resulta difícil esperar mi turno.	1	2	3	4	5
8	Cuando me enfado, actúo sin pensar.	1	2	3	4	5

Anexo 9: Escala evaluación de la planificación y toma de decisiones

ESCALA EVALUACIÓN DE LA PLANIFICACIÓN Y TOMA DE DECISIONES
(Darden, Ginter y Gazda, 1996)

Lee las siguientes frases y rodea con un círculo la opción que consideres en función de tu mayor o menor grado de acuerdo con cada una de ellas. Gracias.

Totalmente en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	2	3	4	5	6	7

1	Le doy vueltas a la cabeza y lo analizo todo cuando estoy intentando resolver un problema.	1	2	3	4	5	6	7
2	Me pongo manos a la obra cuando decido el tipo de trabajo que quiero hacer.	1	2	3	4	5	6	7
3	Cuando pienso en varias opciones, las comparo con detalle.	1	2	3	4	5	6	7
4	Me gusta planearlo todo antes de tomar una decisión definitiva.	1	2	3	4	5	6	7
5	Soy capaz de diseñar un buen plan de acción cuando tengo que decidir algo importante relacionado con mis estudios o mi trabajo.	1	2	3	4	5	6	7
6	Considero todos los factores antes de tomar una decisión ante un problema.	1	2	3	4	5	6	7
7	Utilizo la información que obtengo para descubrir soluciones a un problema.	1	2	3	4	5	6	7
8	Soy capaz de resolver problemas utilizando la lógica.	1	2	3	4	5	6	7

Anexo 10: Escala básica de empatía

ESCALA BÁSICA DE EMPATÍA (Jolliffe y Farrington, 2006)

Indica si las frases que figuran a continuación pueden servir para definir o no tu forma de ser, marcando con un círculo la opción elegida.

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	2	3	4	5

1	Después de estar con un amigo/a que está triste por algún motivo suelo sentirme triste.	1	2	3	4	5
2	Los sentimientos de los demás me afectan con facilidad.	1	2	3	4	5
3	Me pongo triste cuando veo a gente llorando.	1	2	3	4	5
4	Cuando alguien está deprimido suelo comprender cómo se siente.	1	2	3	4	5
5	Casi siempre me doy cuenta de cuándo están asustados mis amigos/as.	1	2	3	4	5
6	A menudo me entristece ver cosas tristes en la tele o en el cine.	1	2	3	4	5
7	A menudo puedo comprender como se sienten los demás incluso antes de que me lo digan.	1	2	3	4	5
8	Casi siempre puedo notar cuándo están contentos los demás.	1	2	3	4	5
9	Suelo darme cuenta rápidamente de cuándo un amigo/a está enfadado.					

Anexo 11: Escala para la evaluación de las habilidades sociales

**ESCALA PARA LA EVALUACIÓN DE LAS HABILIDADES SOCIALES
(Oliva, A., Antolín, L., 2010)**

A continuación, figuran una serie de frases referidas a tus relaciones con otras personas, indica si estás o no de acuerdo con ellas. Para ello señala rodeando con un círculo el número de la opción que corresponda. Recuerda que no hay respuestas buenas o malas.

Totalmente falsa	Falsa	Algo falsa	Ni falsa ni verdadera	Algo verdadera	Verdadera	Totalmente verdadera
1	2	3	4	5	6	7

1	Me cuesta trabajo empezar una conversación con alguien que no conozco.	1	2	3	4	5	6	7
2	Suelo alabar o felicitar a mis compañeros/as cuando hacen algo bien.	1	2	3	4	5	6	7
3	Me da corte hablar cuando hay mucha gente.	1	2	3	4	5	6	7
4	Cuando dos amigos/as se han peleado, suelen pedirme ayuda.	1	2	3	4	5	6	7
5	Me cuesta trabajo invitar a un conocido a una fiesta, al cine, etc.	1	2	3	4	5	6	7
6	Me da corte empezar una conversación con alguien que me atrae físicamente.	1	2	3	4	5	6	7
7	Me gusta decirle a una persona que estoy muy satisfecho/a por algo que ha hecho.	1	2	3	4	5	6	7
8	Me resulta muy difícil decirle a un chico/a que quiero salir con él/ella.	1	2	3	4	5	6	7
9	Suelo mediar en los problemas entre compañeros/as.	1	2	3	4	5	6	7
10	Cuando tengo un problema con otro chico/a, me pongo en su lugar y trato de solucionarlo.	1	2	3	4	5	6	7
11	Si tengo la impresión de que alguien está molesto/a conmigo le pregunto por qué.	1	2	3	4	5	6	7
12	Cuando hay un problema con otros chicos/as, pienso y busco varias soluciones para resolverlo.	1	2	3	4	5	6	7

Anexo 12: SCL-90-R

SCL-90-R (Derogatis, 1975)

Lea atentamente la siguiente lista. Son problemas y molestias que casi todo el mundo sufre alguna vez. Piense si a usted le ha pasado en las últimas semanas, incluyendo el día de hoy. Rodee con un círculo el número de la respuesta que refleje mejor su situación actual.

Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Mucho
0	1	2	3	4

1	Dolores de cabeza	0	1	2	3	4
2	Nerviosismo o agitación interior	0	1	2	3	4
3	Pensamientos, palabras o ideas no deseadas que no se van de su mente	0	1	2	3	4
4	Sensaciones de desmayo o mareo	0	1	2	3	4
5	Pérdida de deseo o de placer sexual	0	1	2	3	4
6	El hecho de juzgar a otros negativa o críticamente	0	1	2	3	4
7	La idea de que otra persona pueda controlar sus pensamientos	0	1	2	3	4
8	La impresión de que la mayoría de sus problemas son culpa de los demás	0	1	2	3	4
9	La dificultad para recordar las cosas	0	1	2	3	4
10	Preocupaciones por la falta de aseo personal, el descuido o la desorganización	0	1	2	3	4
11	Sentirse fácilmente irritado o enfadado	0	1	2	3	4
12	Dolores en el corazón o en el pecho	0	1	2	3	4
13	Sentir miedo de los espacios abiertos o en la calle	0	1	2	3	4
14	Sentirse bajo de energías o decaído	0	1	2	3	4
15	Pensamientos suicidas, o ideas de acabar con su vida	0	1	2	3	4
16	Oír voces que otras personas no oyen	0	1	2	3	4
17	Temblores	0	1	2	3	4
18	La idea de que uno no se puede fiar de la mayoría de las personas	0	1	2	3	4
19	Falta de apetito	0	1	2	3	4
20	Llorar fácilmente	0	1	2	3	4
21	Timidez o incomodidad ante el sexo opuesto	0	1	2	3	4
22	La sensación de estar atrapado o como encerrado	0	1	2	3	4
23	Tener miedo de repente y sin razón	0	1	2	3	4
24	Arrebatos de cólera o ataques de furia que no logra controlar	0	1	2	3	4
25	Miedo a salir de casa solo	0	1	2	3	4
26	Culparse a sí mismo de todo lo que pasa	0	1	2	3	4
27	Dolores en la parte baja de la espalda	0	1	2	3	4
28	Sentirse incapaz de lograr hacer las cosas	0	1	2	3	4
29	Sentirse solo	0	1	2	3	4
30	Sentirse triste	0	1	2	3	4
31	Preocuparse demasiado por las cosas	0	1	2	3	4
32	No sentir interés por las cosas	0	1	2	3	4
33	Sentirse temeroso	0	1	2	3	4
34	Ser demasiado sensible o sentirse herido con facilidad	0	1	2	3	4
35	La impresión de que los demás se dan cuenta de sus pensamientos	0	1	2	3	4
36	La sensación de que los demás no le comprenden o le hacen caso	0	1	2	3	4
37	La impresión de que otras personas son poco amistosas o que usted no les gusta	0	1	2	3	4
38	Tener que hacer las cosas muy despacio para estar seguro de que las hace	0	1	2	3	4

	bien					
39	Que su corazón palpita o vaya muy deprisa	0	1	2	3	4
40	Náuseas o malestar en el estómago	0	1	2	3	4
41	Sentirse inferior a los demás	0	1	2	3	4
42	Dolores musculares	0	1	2	3	4
43	Sensación de que las otras personas le miran o hablan de usted	0	1	2	3	4
44	Dificultad para conciliar el sueño	0	1	2	3	4
45	Tener que comprobar una y otra vez todo lo que hace	0	1	2	3	4
46	Encontrar difícil el tomar decisiones	0	1	2	3	4
47	Sentir temor de viajar en coche, autobuses, metros o trenes	0	1	2	3	4
48	Dificultad para respirar	0	1	2	3	4
49	Sentir calor o frío de repente	0	1	2	3	4
50	Tener que evitar ciertas cosas, lugares o actividades porque le dan miedo	0	1	2	3	4
51	Que se le quede la mente en blanco	0	1	2	3	4
52	Entumecimiento u hormigueo en alguna parte del cuerpo	0	1	2	3	4
53	Sentir un nudo en la garganta	0	1	2	3	4
54	Sentirse desesperanzado con respecto al futuro	0	1	2	3	4
55	Tener dificultades para concentrarse	0	1	2	3	4
56	Sentirse débil en alguna parte del cuerpo	0	1	2	3	4
57	Sentirse tenso o agitado	0	1	2	3	4
58	Pesadez en los brazos o en las piernas	0	1	2	3	4
59	Pensamientos sobre la muerte o el hecho de morir	0	1	2	3	4
60	Comer demasiado	0	1	2	3	4
61	Sentirse incómodo cuando la gente le mira o habla acerca de usted	0	1	2	3	4
62	Tener pensamientos que no son suyos	0	1	2	3	4
63	Sentir el impulso de golpear, herir o hacer daño a alguien	0	1	2	3	4
64	Despertarse de madrugada	0	1	2	3	4
65	Tener que repetir las mismas acciones, tales como tocar, lavar, contar, etc.	0	1	2	3	4
66	Sueño inquieto o perturbado	0	1	2	3	4
67	Tener ganas de romper algo	0	1	2	3	4
68	Tener ideas o creencias que los demás no comparten	0	1	2	3	4
69	Sentirse muy cohibido entre otras personas	0	1	2	3	4
70	Sentirse incómodo entre mucha gente, por ejemplo, en el cine, tiendas, etc.	0	1	2	3	4
71	Sentir que todo requiere un gran esfuerzo	0	1	2	3	4
72	Ataques de terror o pánico	0	1	2	3	4
73	Sentirse incómodo comiendo o bebiendo en público	0	1	2	3	4
74	Tener discusiones frecuentes	0	1	2	3	4
75	Sentirse nervioso cuando se queda solo	0	1	2	3	4
76	El que otros no le reconozcan adecuadamente sus logros	0	1	2	3	4
77	Sentirse solo, aunque esté con más gente	0	1	2	3	4
78	Sentirse tan inquieto que no puede ni estar sentado tranquilo	0	1	2	3	4
79	La sensación de ser inútil o no valer para nada	0	1	2	3	4
80	Presentimientos de que va a pasar algo malo	0	1	2	3	4
81	Gritar o tirar cosas	0	1	2	3	4
82	Tener miedo de desmayarse en público	0	1	2	3	4
83	La impresión de que la gente intentaría aprovecharse de usted si los dejara	0	1	2	3	4
84	Tener pensamientos sobre el sexo que le inquietan bastante	0	1	2	3	4
85	La idea de que debería ser castigado por sus pecados	0	1	2	3	4
86	Pensamientos o imágenes estremecedoras o que le dan miedo	0	1	2	3	4
87	La idea de que algo serio anda mal en su cuerpo	0	1	2	3	4
88	No sentirse cercano o íntimo con nadie	0	1	2	3	4
89	Sentimiento de culpabilidad	0	1	2	3	4
90	La idea de que algo anda mal en su mente	0	1	2	3	4

Anexo 13: Escala de inadaptación

ESCALA DE INADAPTACIÓN (Echeburúa y Corral, 1987)

Marca con una X el número que mejor describa tu situación actual acerca de los aspectos de tu vida cotidiana que se te señalan a continuación.

Nada	Casi nada	Poco	Bastante	Mucho	Muchísimo
0	1	2	3	4	5

1	Trabajo/estudios A causa de mis problemas actuales, mi funcionamiento en el trabajo y/o en los estudios se ha visto afectado	1	2	3	4	5	6
2	Vida Social A causa de mis problemas actuales, mi vida social habitual (relaciones de amistad con otras personas) se ha visto afectada	1	2	3	4	5	6
3	Tiempo Libre A causa de mis problemas actuales, mis actividades habituales en los ratos libres (salidas, cenas, excursiones, viajes, práctica deportiva, etc.) se han visto afectadas	1	2	3	4	5	6
4	Relación con pareja A causa de mis problemas actuales, mi relación de pareja (o la posibilidad de encontrarla) se ha visto afectada	1	2	3	4	5	6
5	Vida Familiar A causa de mis problemas actuales, mi relación familiar en general se ha visto afectada	1	2	3	4	5	6
6	Escala Global A causa de mis problemas actuales, mi vida normal en general se ha visto afectada	1	2	3	4	5	6

Anexo 14: Escala para la evaluación del estilo parental

ESCALA PARA LA EVALUACIÓN DEL ESTILO PARENTAL (Oliva, Parra, Sánchez-Queija y López, 2007)

A continuación, podrás leer una serie de frases referidas a la relación con tus padres. Deberás indicar rodeando con un círculo el número que define mejor esta relación. No dejes ninguna frase sin contestar. No hay respuestas correctas ni falsas.

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ligeramente en desacuerdo	Ligeramente de acuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	2	3	4	5	6

1	Si tengo algún problema puedo contar con su ayuda.	1	2	3	4	5	6
2	Muestran interés por mí cuando estoy triste o enfadado.	1	2	3	4	5	6
3	Me siento apoyado y comprendido por ellos.	1	2	3	4	5	6
4	Me hacen sentir mejor cuando estoy desanimado.	1	2	3	4	5	6
5	Disfrutan hablando cosas conmigo.	1	2	3	4	5	6
6	Me animan a que les cuente mis problemas y preocupaciones.	1	2	3	4	5	6
7	Cuando hablo con ellos muestran interés y atención.	1	2	3	4	5	6
8	Con frecuencia pasan algún tiempo hablando conmigo.	1	2	3	4	5	6
9	Ponen límites a la hora a la que debo volver a casa.	1	2	3	4	5	6
10	Cuando salgo un sábado por la tarde-noche, debo decirles antes de salir a dónde voy y cuándo volveré.	1	2	3	4	5	6
11	Si llego a casa más tarde de lo acordado me preguntan por qué he llegado tarde y con quién he estado.	1	2	3	4	5	6
12	Me preguntan en qué gasto el dinero.	1	2	3	4	5	6
13	Intentan saber qué hago en mi tiempo libre.	1	2	3	4	5	6
14	Intentan saber a dónde voy cuando salgo.	1	2	3	4	5	6
15	Intentan controlar continuamente mi forma de ser y de pensar.	1	2	3	4	5	6
16	Me tratan de forma fría y distante si hago algo que no les gusta	1	2	3	4	5	6
17	Me hacen sentir culpable cuando no hago lo que quieren	1	2	3	4	5	6
18	Siempre me están diciendo lo que tengo que hacer	1	2	3	4	5	6
19	Me dicen que ellos tienen razón y no debo llevarles la contraria	1	2	3	4	5	6
20	Dejan de hablarme cuando se enfadan conmigo	1	2	3	4	5	6
21	Son menos amables conmigo cuando no hago las cosas a su manera	1	2	3	4	5	6
22	Me castigan y sancionan sin darme explicaciones	1	2	3	4	5	6
23	Cuando quieren que yo haga algo me explican por qué quieren que lo haga	1	2	3	4	5	6
24	Me animan a que tome mis propias decisiones	1	2	3	4	5	6
25	Me animan a que piense de forma independiente	1	2	3	4	5	6
26	Permiten que opine cuando hay que tomar una decisión familiar	1	2	3	4	5	6
27	Me animan a que exprese mis ideas, aunque estas ideas no gusten a otras personas	1	2	3	4	5	6
28	Me animan a que diga lo que pienso, aunque ellos no estén de acuerdo	1	2	3	4	5	6
29	Me dicen que siempre hay que mirar las dos caras de un asunto o problema	1	2	3	4	5	6
30	Piensan que, aunque todavía no sea una persona adulta puedo tener ideas acertadas sobre algunas cosas	1	2	3	4	5	6
31	Casi siempre son unas personas alegres y optimistas	1	2	3	4	5	6
32	Suelen estar de buen humor	1	2	3	4	5	6

33	Suelen bromear conmigo	1	2	3	4	5	6
34	Suelen estar tranquilos y relajados	1	2	3	4	5	6
35	Se ríen mucho conmigo	1	2	3	4	5	6
36	Es divertido hacer cosas con ellos	1	2	3	4	5	6
37	Les cuento cómo me va en las diferentes asignaturas de la escuela incluso cuando no me preguntan	1	2	3	4	5	6
38	Cuando llego de la escuela les cuento cómo me ha ido el día (exámenes, relaciones con los profesores, compañeros...)	1	2	3	4	5	6
39	Les cuento lo que hago en mi tiempo libre	1	2	3	4	5	6
40	Les cuento lo que hago cuando salgo por ahí	1	2	3	4	5	6
41	Les hablo sobre los problemas que tengo con mis amigos y amigas	1	2	3	4	5	6

Anexo 15: Cuestionario de satisfacción con el tratamiento

CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN CON EL TRATAMIENTO (Larsen, Attkinson, Hargreaves y Nguyen, 1979)

Por favor, ayúdanos a mejorar nuestro programa contestando algunas preguntas acerca de los servicios que has recibido. Estamos interesados en tus opiniones sinceras, ya sean positivas o negativas. Por favor, contesta todas las preguntas señalando con una X la respuesta elegida.

1. ¿Cómo calificaría la calidad del servicio que ha recibido?
 Excelente Buena Regular Mala
2. ¿Encontró la clase de servicio que buscaba?
 No Sí, parcialmente Sí, en general Sí, totalmente
3. ¿En qué medida nuestro programa ha satisfecho sus necesidades?
 Totalmente En general Parcialmente Ninguna
4. Si un amigo/a necesitara una ayuda similar, ¿le recomendaría nuestro programa?
 No Probablemente no Probablemente sí Sí
5. ¿En qué medida está satisfecho con el tipo de ayuda recibida?
 Muchísimo Mucho Bastante Poco
6. ¿Le han ayudado los servicios que ha recibido a hacer frente más eficazmente a sus problemas?
 Mucho Bastante Poco Nada
7. En conjunto, ¿en qué medida está satisfecho con el servicio recibido?
 Mucho Bastante Poco Nada
8. Si tuviera que buscar ayuda otra vez, ¿volvería a nuestro programa?
 No Probablemente no Probablemente sí Sí