

## **TRABAJO FIN DE MASTER**

Máster de Investigación en Ciencias de la Salud

***Perfil de los adolescentes atendidos en el programa de prevención indicada de la Fundación Proyecto Hombre de Navarra: SUSPERTU***

Alumno: **GARIKOITZ MENDIGUTXIA SORABILLA**

Director del trabajo: **JAVIER FERNÁNDEZ-MONTALVO**

Vº Bº Director

Universidad Pública de Navarra/Nafarroako Unibertsitate Publikoa

Pamplona-Iruñea, Septiembre de 2012



<b>ÍNDICE DE TABLAS.....</b>	<b>5</b>
<b>INTRODUCCIÓN: JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO .....</b>	<b>6</b>
<b>1. PARTE TEÓRICA.....</b>	<b>10</b>
1.1. INTRODUCCIÓN.....	10
1.2. PROGRAMA DE PREVENCIÓN INDICADA. SUSPERTU.....	11
1.2.1. <i>Tipos de prevención y sus ámbitos</i> .....	12
1.2.2. <i>La prevención de conductas de riesgo</i> .....	13
1.2.3. <i>Modelo teórico</i> .....	14
1.2.4. <i>La adolescencia como factor de riesgo</i> .....	24
1.2.5. <i>Población destinataria del programa Suspertu</i> .....	28
1.2.6. <i>Objetivos del programa Suspertu</i> .....	29
<b>2. PARTE EMPÍRICA.....</b>	<b>34</b>
2.1. OBJETIVOS E HIPÓTESIS .....	35
2.1.1. <i>Objetivos</i> .....	35
2.1.2. <i>Hipótesis</i> .....	37
2.2. MATERIAL Y MÉTODO.....	37
2.2.1. <i>Participantes</i> .....	37
2.2.2. <i>Instrumentos de evaluación</i> .....	37
2.2.2.1. <i>Variables sociodemográficas</i> .....	37
2.2.2.2. <i>Variables de consumo</i> .....	38
2.2.2.3. <i>Variables psicopatológicas</i> .....	40
2.2.2.4. <i>Variables de personalidad</i> .....	40
2.2.3. <i>Procedimiento</i> .....	41
2.2.4. <i>Evaluadores</i> .....	41
2.2.5. <i>Análisis de datos</i> .....	42
2.3. RESULTADOS .....	43
2.4. DISCUSIÓN.....	59
<b>3. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>63</b>
<b>4. ANEXOS .....</b>	<b>67</b>
4.1. INFLUENCIAS NORMATIVAS (II): APROBACIÓN. ....	68
4.2. PERCEPCIÓN DE ACCESIBILIDAD DE LAS DROGAS.....	72
4.3. CREENCIAS SOBRE LAS CONSECUENCIAS .....	75
4.4. EFECTOS EXPERIMENTADOS EN EL CONSUMO DE DROGAS .....	78
4.5. INTENCIONES DE CONSUMO .....	80
4.6. PERCEPCIÓN DE LOS RIESGOS ASOCIADOS AL CONSUMO DE DROGAS .....	83
4.7. CUESTIONARIO CONSUMO DE SUSTANCIAS .....	85
4.8. TEST DE EMPATÍA DE BRYANT .....	86
4.9. SCL-90-R.....	90



## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Resumen Variables Sociodemográficas adolescentes Susperu.....	43
Tabla 2 Cuestionario sobre percepción de riesgo de drogas (hombres vs. mujeres).....	45
Tabla 3 Intención de consumo dentro de un año (hombres vs. mujeres).....	47
Tabla 4 Influencias normativas para el consumo (hombres vs. mujeres).....	48
Tabla 5 Accesibilidad a sustancias (hombres vs. mujeres).....	50
Tabla 6 Problemas derivados del consumo de drogas.....	51
Tabla 7 Problemas derivados del consumo de drogas (hombres vs. mujeres).....	52
Tabla 8 Creencias sobre las consecuencias del consumo (hombres vs. mujeres).....	53
Tabla 9 Sintomatología psicopatológica SCL-90-R (hombres vs. mujeres).....	54
Tabla 10 Correlación sintomatología psicopatológica y creencia sobre las consecuencias del consumo.....	55
Tabla 11 Empatía (hombres vs. mujeres).....	55
Tabla 12 Patrón de consumo en el último año.....	56
Tabla 13 Patrón de consumo en el último mes.....	57

## **INTRODUCCIÓN: JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO**

La Fundación Proyecto Hombre de 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, (Memoria Anual Fundación Proyecto Hombre Navarra, 2010).

Desde 1991 hasta 1997, la única alternativa de tratamiento ofertada por la fundación era el Programa Proyecto Hombre, con una primera fase en régimen de centro de día, una segunda fase residencial, bajo el modelo de Comunidad Terapéutica, y una tercera fase de reinserción. En la actualidad este programa de Comunidad Terapéutica es una alternativa de tratamiento residencial. La duración del mismo es variable, desde los tres hasta los doce meses de estancia, y se determina a partir de las necesidades particulares de cada usuario/a. La intervención incluye elementos de carácter médico, psicoterapéutico, educativo, formativo y social, en estrecha coordinación con la red de recursos socio-sanitarios de Navarra.

En 1998 se crea el Programa de tratamiento “Aldatu”, en régimen ambulatorio y de centro de día. Este programa está dirigido a personas con problemas de consumo de drogas, principalmente alcohol, cocaína (estimulantes) y cannabis, que deseen resolver sus problemas manteniendo sus lazos familiares y su situación sociolaboral, sin necesidad de interrumpir su vida cotidiana ingresando en la Comunidad Terapéutica. Desde el año 2002, Aldatu atiende también a los usuarios en fase de Reinserción procedentes de la Comunidad Terapéutica de Estella.

En 2007 se creó la Fundación de Atención a las Adicciones de Tudela y la Ribera, en alianza con la Fundación Proyecto Hombre Navarra.

En este marco, el Programa de Prevención “Suspertu” abrió sus puertas en 1997. Se trata de un programa de atención directa a los adolescentes y a sus familias, que

cuenta también con un servicio de prevención que presta apoyo, formación y asesoramiento a las personas y entidades que lo solicitan.

Este trabajo tiene como objetivo general conocer el perfil de los adolescentes que acuden al programa Suspertu. Esta primera aproximación se encuadra dentro de un proyecto de mayor alcance que comprendería la evaluación de la eficacia del mismo. A lo largo de estos 15 años de programa y al margen de los datos sociodemográficos recogidos en las memorias anuales, no existen datos relevantes referidos al perfil de los usuarios del programa. Muchos de los registros se encuentran incompletos y otros aportan escasa información. A las dificultades referidas encontradas dentro del propio programa hay que añadir la ausencia de estudios que analicen los programas de prevención indicada.

El presente trabajo no pretende más que ser el comienzo de una posterior investigación que sirva para determinar la eficacia del programa de prevención indicada “Suspertu”. La manera de afrontar este inicio tiene que pasar necesariamente por un primer análisis del perfil de los adolescentes que llegan al programa. Asumiendo las limitaciones que supone esta primera aproximación, decidí partir de los datos recogidos entre los adolescentes que realizaron el programa entre el 1 de enero de 2011 y el 31 de mayo de 2012. Los datos aquí recogidos hacen pues referencia a las diferentes variables recogidas en el momento de ingreso de los adolescentes en el programa. Pretenden representar una primera imagen de los mismos. En la parte empírica de este trabajo se explican tanto las variables estudiadas así como los datos obtenidos.





# **1. PARTE TEÓRICA**

# **1. PARTE TEÓRICA**

## **1.1. Introducción**

El presente trabajo tiene como objetivo conocer la situación de los adolescentes que ingresan al programa de prevención indicada de Suspertu. El estudio del perfil de estos adolescentes pretende ser el punto de partida de una posterior investigación cuyo objetivo será la evaluación del programa en su integridad. Las variables estudiadas podrán orientar e incluso determinar el inicio y desarrollo de dicha evaluación. Esta a su vez determinará la eficacia de las acciones empleadas en el programa y la adaptación o implementación de mejoras en el mismo.

En este contexto se hace necesaria una adecuada explicación del programa Suspertu que sirva de marco de referencia a esta investigación. A sí mismo se exponen conceptos básicos relacionados como la prevención, las conductas de riesgo y las características específicas asociadas a la adolescencia.

## 1.2. Programa de Prevención Indicada. Suspertu

El programa Suspertu nace en 1997 a partir de la constatación de la existencia de un nuevo perfil de consumidores de drogas y de patrones y sustancias de consumo, los cuales reclamaban una nueva manera de enfocar la intervención, diferente de los abordajes terapéuticos tradicionales. 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 personales 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)

Esta nueva configuración del fenómeno de las drogas, igualmente presente en el marco de la Comunidad Foral de Navarra, provocó un considerable aumento de la alarma social (quizá adormecida tras la superación de la “crisis de la heroína”), fundamentalmente con relación a su incidencia sobre la Salud Pública, por las consecuencias de la popularización de las nuevas drogas, los cambios en las pautas de consumo, y la disminución de la edad de inicio del mismo.

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.

### 1. 2.1. Tipos de prevención y sus ámbitos

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”.

En los últimos años se ha impuesto una nueva terminología en materia de prevención. En ella se diferencian la prevención universal, la selectiva y la indicada (Gordon, 1987). En la primera las acciones preventivas van dirigidas a los adolescentes en general, beneficiando a todos por igual. Son ejemplos de estas acciones la inmensa mayoría de los programas preventivos escolares.

Por prevención selectiva entendemos aquella dirigida a un grupo específico de adolescentes que tiene un riesgo mayor de ser consumidor que la media de los adolescentes. Las acciones están orientadas a determinados grupos de riesgo.

Por último la prevención indicada se orienta a adolescentes que son consumidores o tienen otros problemas de comportamiento. En este caso las acciones preventivas se dirigen a chicos y chicas de alto riesgo.

Además, y en función del ámbito en el que se realicen las acciones e prevención, esta puede ser escolar, familiar, comunitaria, laboral ..etc.

En virtud de estas clasificaciones el programa “SUSPERTU” realiza las siguientes acciones de prevención:

- Prevención universal en el ámbito escolar
- Prevención indicada con adolescentes
- Prevención indicada con familias

## 1.2.2. La prevención de conductas de riesgo

Tradicionalmente se ha abordado la conducta de consumo de drogas como un problema específico, que poco tenía que ver con otro tipo de conductas problemáticas. Se hablaba de drogodependencias como un compartimento estanco, que apenas era relacionado con otro tipo de conductas. 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*. 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. De hecho, podemos considerar que algunas conductas relacionadas con el consumo de drogas no son más que un tipo de conductas de riesgo

Podemos definir las *conductas de riesgo* como aquellos comportamientos en los que el riesgo de tener efectos perjudiciales como consecuencia de los mismos es elevado. Aquellos que ponen en peligro su salud, su integridad o su vida.

A lo largo de la adolescencia, se tiende a llevar a cabo un mayor número de conductas de riesgo. Las más frecuentes en esta etapa son:

- Consumo de sustancias
- Otras adicciones diferentes a las relacionadas con las drogas, como por ejemplo al juego, a Internet, al móvil, a las compras, al sexo, a la comida, al trabajo o al ejercicio físico
- Relaciones sexuales de riesgo
- Conducción temeraria o bajo el efecto de sustancias.
- Conductas antisociales y 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.

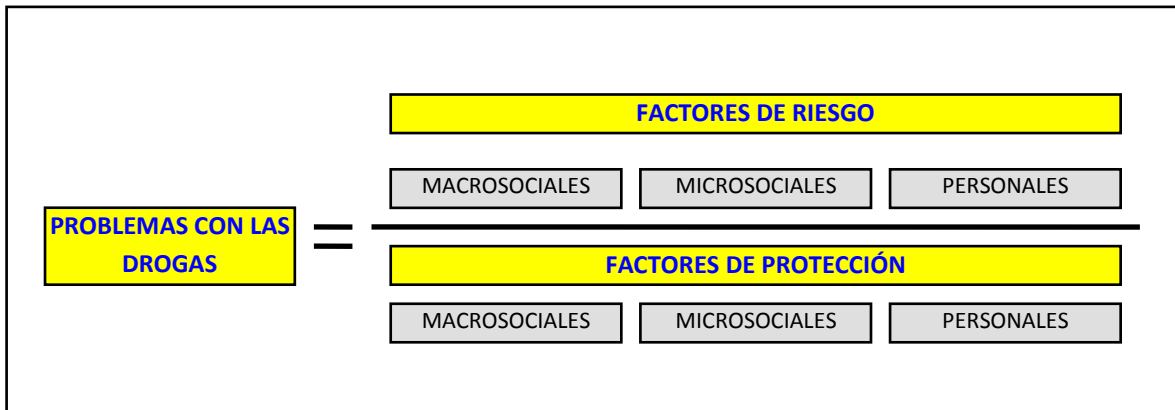
### 1.2.3. Modelo teórico

Las investigaciones en el campo de las drogodependencias vienen a confirmar que existe una serie de situaciones de índole personal y social que predisponen a una persona a consumir drogas y a tener problemas con las mismas. 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 satisfactoria; o por qué hay adolescentes que se sienten atraídos por el consumo, mientras que otros mantienen una absoluta indiferencia o los rechazan de pleno, (Figura1).

A las circunstancias personales y sociales que favorecen el consumo se les denomina *factores de riesgo*; a las que reducen la probabilidad de consumir o de tener problemas con las drogas, *factores de protección*.

- **FACTORES DE RIESGO:** son aquellas situaciones personales o sociales que incrementan la probabilidad de que exista un consumo problemático o no deseable.
- **FACTORES DE PROTECCIÓN:** son 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.

Figura 1 - La adaptación, una relación entre riesgos y resistencias



Tanto en el ámbito personal como en el social, se puede encontrar una serie de situaciones que pueden influir en un sentido u otro en el consumo de drogas. Estas situaciones se clasifican en varios apartados:

- 1. Personal:** autoestima, capacidad de resolución de conflictos, actitudes, autocontrol, habilidades sociales...
- 2. Familiar:** actitudes y comportamiento de los padres respecto a las drogas, estilos educativos (control, normas...) y calidad de las relaciones familiares (afectividad, comunicación...).
- 3. Escolar:** calidad de las relaciones con compañeros y amigos, modelos de referencia en la escuela, adaptación a la escuela y rendimiento académico.
- 4. Comunidad** (barrio/municipio): ubicación, organización, recursos existentes, tipo de población, accesibilidad a drogas, relaciones entre los vecinos, etc.
- 5. Sociedad:** sistema de valores, actitudes sociales, medios de comunicación, legislación, etc.

Además, hay otros factores más circunstanciales, especialmente relacionados con los momentos de crisis y de estrés psico-social, las frustraciones y altibajos

emocionales, las habilidades o dificultades para enfrentarse a los problemas y solucionar los conflictos, y determinadas etapas de la vida, que pueden tener una incidencia importante en la implicación en el consumo problemático. Una etapa especialmente importante es la de la adolescencia, que la podríamos considerar como un factor de riesgo en sí misma, dadas las características que se asocian a esta etapa evolutiva, tal y como se analiza más adelante.

Respecto a estos factores de riesgo/protección es importante tener en cuenta, además:

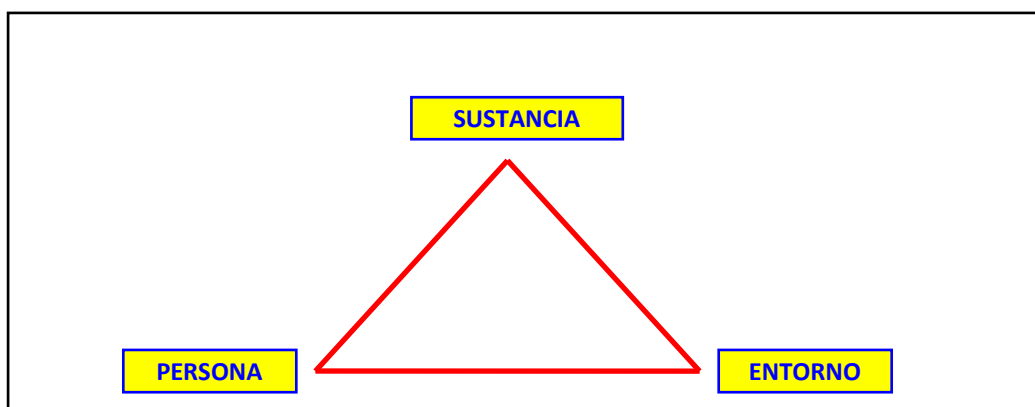
- 1º) Que los factores de riesgo no pueden comprenderse de forma aislada, pues la relación entre ellos es recíproca y dinámica. Por ello, es importante que exista un equilibrio entre todos ellos, teniendo en cuenta que tiene más importancia el resultado global que cada factor por separado, ya que de este equilibrio dinámico dependerá que se dé o no el consumo abusivo de drogas.
  
- 2º) Que 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. Son conocidas gran cantidad de variables predictoras de la conducta problema aunque se sabe muy poco de como se relacionan entre sí esos factores, ni el orden que siguen (Simons, Conger y Whitbeck, 1988). En un momento determinado del desarrollo evolutivo, pueden articularse diversos factores poniendo en peligro el desarrollo personal, y creando unas condiciones favorecedoras de los consumos problemáticos de drogas.
  
- 3º) Que estos factores explican las condiciones en las que se desarrolla el consumo, pero esto no quiere decir que tales factores de riesgo sean la causa 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.



4º) A la diversidad de factores conocidos que pueden incidir en el consumo de drogas 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 que explica la evolución particular de cada consumidor de drogas.

La propuesta del Programa Suspertu representa un modelo integrador o multicausal, según el cual el fenómeno de las drogas es un fenómeno complejo, donde interactúan diversos factores relacionados con las propias sustancias, con las características personales de los consumidores (físicas y psicológicas), y con las variables del entorno donde este consumo se produce, (Figura 2). Este modelo integra las aportaciones de los enfoques tradicionales en prevención de las drogodependencias (médico, ético-jurídico, psicológico, sociológico...), ponderando la importancia de cada uno de los tres elementos que configuran la relación a tres bandas que establecen: las sustancias, la persona que las usa, y el contexto o entorno que la rodea.

*Figura 2 – El consumo de drogas, producto de una relación a tres bandas*



En la *figura 3* se ofrece un modelo de análisis funcional de la conducta de consumo de drogas, donde mencionamos 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).

**Figura 3** - Análisis Funcional de la conducta de consumo de drogas

<p><b>VARIABLES DEL ENTORNO</b></p> <p><b>Físicas :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vivienda</li> <li>• Barrio</li> <li>• Disponibilidad de dinero</li> <li>• Disponibilidad de droga</li> </ul> <p><b>Sociales :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nivel socioeconómico</li> <li>• Familia de origen o adoptiva</li> <li>• Familia propia</li> <li>• Centro de convivencia</li> <li>• Amigos</li> <li>• ocio y tiempo libre</li> <li>• recursos sociales y escolares</li> <li>• costumbres culturalmente aceptadas sobre el consumo de sustancias.</li> </ul>	<p><b>VARIABLES DISPOSICIONALES</b></p>	<p><b>VARIABLES DEL SUJETO</b></p> <p><b>Biológicas :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• aspectos médicos anteriores y actuales.</li> <li>• hábitos de higiene</li> <li>• aspecto físico e imagen</li> <li>• hábitos de salud y/o riesgo</li> </ul> <p><b>Sociales :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• situación escolar</li> <li>• formación</li> <li>• situación laboral</li> <li>• incidencias legales</li> <li>•</li> </ul> <p><b>Psicológicas (de aprendizaje) :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• historia de drogodependencias</li> <li>• motivación</li> <li>• expectativas</li> <li>• autocontrol</li> <li>• resolución de problemas</li> <li>• área de refuerzo</li> <li>• habilidades sociales</li> <li>• manejo de estados emocionales,</li> <li>• valores</li> <li>• etc....</li> </ul>
--	---	--



<b>Función de estímulo</b>	<b>Función de respuesta</b>	<b>Consecuencias</b>
<p><b>1. Situaciones asociadas al consumo de drogas:</b> lugares, amigos....</p> <p><b>2. Respuestas físicas</b> asociadas al consumo euforia, ansiedad...</p> <p><b>3. Respuestas cognitivas</b> asociadas al consumo: anticipación de efectos positivos físicos y sociales (aceptación), anticipación de auteficacia y competencia personal.</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>AUTOADMINISTRA-CIÓN DE DROGAS:</b> cantidad, vía, frecuencia, lugar....</li><li>• Rituales de búsqueda de la droga.</li></ul>	<p><b>1. Refuerzo positivo y autorrefuerzo:</b> sensaciones placenteras, mensajes propios de competencia....refuerzo del grupo de consumo.</p> <p><b>2. Refuerzo negativo:</b> reducción de ansiedad y problemas físicos o sociales.</p> <p><b>3. Castigos:</b> problemas físicos, familiares, sociales, legales, escolares....</p>

El modelo biopsicosocial que adopta Suspertu, es un modelo integrador o multicausal, según el cual el fenómeno de las drogas es un fenómeno complejo, donde interactúan diversos factores relacionados con las propias sustancias, con las características personales de los consumidores (físicas y psicológicas), y con las variables del entorno donde este consumo se produce. Este modelo integra las aportaciones de los enfoques tradicionales, y de él se desprenden importantes conclusiones para la prevención:

1. Que el consumo de drogas no es un “compartimento estanco” dentro de la vida de un/a adolescente, sino que guarda una relación directa con su estilo de vida y con su adaptación en cada una de sus áreas.
2. Que la prevención del consumo no debe focalizarse exclusivamente en aquél, sino que debe atenderse también de una manera más inespecífica (la prevención debe incluirse en el marco de una política de educación). En este sentido, la primera recomendación hecha por Dieskra y Maes (1989), en un documento elaborado para la OMS sobre psicología y promoción de la salud, es que los objetivos y los elementos a modificar en un programa preventivo deben estar más relacionados con los procesos psicológicos y psicosociales subyacentes que con las manifestaciones de la conducta problema (Luengo y otros, 1998).
3. Que, por consiguiente, 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...), pues en todas ellas podemos encontrar situaciones favorables y/o obstaculizadoras en el logro de los objetivos de la prevención.
4. Que el consumo no depende únicamente de la información que los/as adolescentes posean de las sustancias, y que, por consiguiente, la información sobre las sustancias y sus efectos es únicamente un apartado más a tener en cuenta en la prevención.

5. Que un buen programa de prevención con adolescentes deberá necesariamente tener en cuenta las claves evolutivas de la adolescencia.

El modelo psicologicista deposita en el individuo y en su conciencia individual la responsabilidad de estar o no sano, promoviendo el fenómeno de “culpación a la víctima” (Costa y López, 1996), en la medida en que culpa al propio individuo por no estar sano, y promueve mensajes culpabilizadores: “tú eres el único responsable, si luego tienes problemas con las drogas será porque te lo has buscado...”. Este modelo desatiende la importancia del papel de los contextos en los que los adolescentes se desenvuelven, y promueve un tipo de prevención centrado fundamentalmente en la transmisión de información. De alguna manera, se trata de una concepción de la prevención que nace de un concepto de salud entendida únicamente como ausencia de enfermedad. El conocimiento, la información sobre las drogas, sus efectos y sus peligros, puede ser, en efecto, necesario, pero no suficiente, para sustituir las prácticas de riesgo por otras más saludables. Hará falta, además, que los chavales quieran, en efecto, abandonar el consumo, que posean las capacidades y habilidades necesarias para hacerle frente, y que su entorno les facilite recursos y oportunidades para actuar “más sanamente”.

Como reacción a este enfoque individualista de la prevención, han surgido otros enfoques que han puesto el acento en la necesidad de un cambio social para solucionar el problema del consumo de drogas, pues entienden que éste es, ante todo, un problema social, y ha de resolverse en el terreno de lo social y de lo político. A diferencia del enfoque individualista, esta manera de concebir la prevención puede incurrir en la exculpación del propio individuo de los problemas derivados de sus prácticas de riesgo; esta exculpación se extendería igualmente a los profesionales de la educación, y supondría que las personas vivimos en un estado de indefensión respecto a nuestros estados de salud, pues la suerte de la misma vendría determinada por instancias ajenas a nuestro control. Este enfoque, sin embargo, ha contribuido a llamar la atención sobre los peligros del fenómeno de “culpación a la víctima” del enfoque individualista, y ha permitido considerar la importancia de variables relacionadas con el entorno. Además, ha contribuido en señalar la responsabilidad de quienes tienen el control sobre los recursos y asumen responsabilidades de tomar decisiones que afectan a la vida social y a los grandes medios creadores de opinión pública y a los grupos y redes sociales

comunitarias con capacidad de introducir cambios en el entorno (Costa y López, 1996). En este sentido, este enfoque de la prevención ha contribuido decisivamente a traer a la luz la necesidad de complementar las prácticas de prevención y educación para la salud con la Promoción de la Salud y la creación de recursos que hagan ésta más accesible a los ciudadanos.

#### **1.2.4 La adolescencia como factor de riesgo**

La adolescencia puede considerarse, en sí misma, un factor de riesgo de consumo problemático de drogas, 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, Mirón y Romero, 1995). En este sentido, podríamos 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).

Entre las características evolutivas propias de la adolescencia que acentúan el riesgo de uso de drogas se incluyen el progresivo aumento de la influencia de los semejantes en detrimento de la influencia de los padres, el desarrollo social y la conducta de conformidad, el desarrollo de nuevas funciones cognitivas (operaciones formales), y la formación de una identidad personal.

##### **A. Importancia del grupo, separación de los padres y tendencia a la conformidad intra-grupal.**

Con la adolescencia, el grupo de iguales pasa a ser un elemento de referencia fundamental. La necesidad de asentar la identidad da lugar a que el adolescente se sienta especialmente atraído por el grupo de amigos, (Clasen y Brown, 1985). El grupo sirve como un refugio del mundo adulto en el que los adolescentes pueden explorar una gran variedad de papeles. No extraña, por consiguiente, que la experimentación precoz con el tabaco, el alcohol y otras drogas se de dentro del grupo de iguales. La influencia de los padres pasa, en esta etapa, a dar un cambio cualitativo; se está menos con ellos, son frecuentes los conflictos por oposición y control de normas, pero en muchos casos se



sigue recurriendo a ellos en lo que respecta a decisiones importantes (por ejemplo, elegir una carrera).

A medida que el adolescente adquiere una mayor orientación social y dependencia de sus amigos del grupo, se observa una mayor tendencia a la conformidad con el mismo, si bien esta tendencia, y la consiguiente vulnerabilidad a la presión de grupo, viene modulada en gran medida por variables personales tales como la autoestima, asertividad, habilidades sociales, etc. (aquí se ve una vez más cómo los factores de riesgo/protección tienen un carácter dinámico y se mezclan entre sí para dar lugar a un resultado u otro).

## **B. Desarrollo cognitivo**

La manera con la que el adolescente ve el mundo cambia de forma muy significativa como consecuencia de cambios importantes en el desarrollo cognitivo que se dan durante este período. A diferencia del niño, el pensamiento adolescente resulta más relativo, abstracto e hipotético. Las nuevas funciones cognitivas recién estrenadas permiten al adolescente concebir una amplia gama de posibilidades y alternativas lógicas, aceptar desviaciones de las reglas establecidas y reconocer aspectos ilógicos e inconsistentes de la conducta del adulto. A pesar de que el estilo de pensamiento adolescente introduce cambios importantes frente a la cognición infantil, ciertas características de etapas anteriores no son totalmente superadas. En este sentido hay autores que destacan la agudización del egocentrismo (Elkind, 1967).

Esto supone que, a partir de ahora, ya no basta sólo con dictar las normas; además, hay que razonárselas y justificárselas, pues serán puestas en entredicho desde los mil puntos de vista que sus nuevas capacidades cognitivas les permiten adoptar. Además, a partir de ahora sabrán hacer juegos malabares con su pensamiento para justificar lo injustificable (sabrán rebuscar mil y un argumentos lógicos para justificar, por ejemplo, su consumo de drogas), así como para encontrar hasta el último resquicio de incoherencia en quien se las dicta.

### **C. Formación de la identidad**

La formación de una identidad propia es una de las tareas evolutivas más críticas de la adolescencia. Junto a ella, se produce una tendencia a preocuparse en exceso de su imagen pública y por cómo son percibidos por los demás. Muchas veces, esa imagen pública puede ser perseguida activamente, involucrándose en conductas asociadas con esa imagen. Por este motivo, los adolescentes pueden ser particularmente vulnerables a las campañas sofisticadas de publicidad diseñadas para asociar el consumo con una determinada imagen (Botvin, 1996).

En la adolescencia se dan, asimismo, otras características que la hacen más proclive al inicio del consumo. Una de estas características es la que algunos psicólogos denominan “la fábula personal” (Díaz-Aguado, 1998), fenómeno por el cual los adolescentes tienden a pensar que sus experiencias son tan únicas e irrepetibles que nadie, absolutamente nadie, las había vivido antes ni sería capaz de entenderlas adecuadamente. Esta circunstancia puede, según cómo se presente, alimentar aún más la sensación de invulnerabilidad respecto a los efectos perjudiciales de las drogas. En ocasiones, los adolescentes pueden ser receptivos a determinados mensajes de salud que les advierten del peligro de las drogas, y pueden llegar a creérselos, pero a veces se sienten envueltos en una coraza personal que les protege mágicamente de todos sus peligros. Si además de todo esto, los adolescentes han tenido experiencias positivas previas con el consumo de drogas, tal experiencia pondrá en entredicho los mensajes atemorizantes que recibieron, y su sentimiento de invulnerabilidad se verá todavía más alimentado (“yo controlo”).

¿Por qué a veces es tan difícil comportarse de manera saludable? ¿Por qué si los chavales han entendido bien y dicen estar convencidos de las ventajas que tiene lo que les decimos (“no te drogues porque te traerá tales y cuales problemas...”), no lo ponen en práctica o hacen precisamente lo contrario? ¿Por qué los resultados de vivir una vida saludable que les prometemos tendrán en el futuro tienen al final menos peso que los resultados que obtienen drogándose o manteniendo relaciones sexuales de riesgo?

Como 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. 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 cosas que valoran.

La relación entre las acciones y los resultados que consiguen con ellas nos permite comprender, como acabamos de ver, algunas de las razones de por qué los chavales hacen las cosas, pero también por qué tan a menudo no están motivados a 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 consumir 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 aún más de un buen café.

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 cuando 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.

Por otro lado, 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 “regustillo” 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).

### **1.2.5. Población destinataria del programa Suspertu**

Los criterios para la admisión de los adolescentes que ingresan en el programa Suspertu son:

- Adolescentes con edades comprendidas entre los 14 y los 20 años (hasta 22 años, se valora la conveniencia del programa).
- Con residencia en la Comunidad Foral de Navarra.
- Que estén teniendo conductas de riesgo.
- Con familiares o tutores a su cargo
- A valorar si existe una desestructuración personal o social que dificulte la participación en el programa.
- Padres / madres / tutores de los/as adolescentes que participan en el programa.
- Padres /madres / tutores de adolescentes consumidores, aunque el hijo no venga.

## **1.2.6. Objetivos del programa Suspertu**

- **Objetivo general**

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, etc.). 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 en el que se sostiene.

- **Objetivos específicos**

Los objetivos específicos planteados en el programa son diferentes según se trate de los adolescentes o de sus familias y de las fases del proceso en el que se encuentren.

**Con los/as Adolescentes**

**Fase I: INFORMACIÓN**

1. Motivar al adolescente para pasar a la fase de evaluación.
2. Conseguir un compromiso de asistencia al centro.
3. Informarle respecto a los objetivos y metodología del programa.

**Fase II: EVALUACIÓN INICIAL**

1. Evaluar la situación actual del adolescente respecto de sus factores de riesgo / protección.
2. Realizar un informe de evaluación inicial.
3. Establecer un Plan de Trabajo Individualizado (PTI) (objetivos).
4. Coordinar el PTI con el Plan de Individual de la familia.
5. Valorar la conveniencia de la participación del adolescente en el programa.
6. Valorar la conveniencia de su participación en grupo.

**Fase III: PROGRAMA**

I. 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)

## II. Consumo de 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.

## III. 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.

## IV. 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.

## **Con las Familias**

### **Fase I: INFORMACIÓN**

- 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**

- 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**

- 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.





## **2. PARTE EMPÍRICA**

## **2. PARTE EMPÍRICA**

### **2.1. Objetivos e hipótesis**

Los objetivos e hipótesis planteados en esta investigación son los siguientes:

#### **2.1.1. Objetivos**

1. Describir el perfil de los adolescentes tratados en el programa de prevención indicada “Suspertu” perteneciente a la Fundación Proyecto Hombre Navarra.
  - 1.1. Determinar las características sociodemográficas de la muestra
  - 1.2. Establecer las características distintivas de los sujetos de la muestra con respecto al consumo de drogas
  - 1.3. Estudiar las características psicopatológicas asociadas en los adolescentes de la muestra
  - 1.4. Conocer las características de personalidad en los adolescentes estudiados
2. Comparar el perfil de las adolescentes que acuden al programa en función del sexo

#### **2.1.2. Hipótesis**

1. La mayor parte de los adolescentes de la muestra provendrán de familias reconstituidas.
2. Los adolescentes estudiados tendrán poca conciencia de riesgo asociada al consumo de drogas.
3. Los adolescentes que ingresan en el programa Suspertu no presentarán síntomas psicopatológicos significativos.
4. La capacidad empática de los adolescentes estudiados será baja con respecto a la de la población general

5. No se observarán diferencias en la muestra estudiada en función del sexo

## **2.2. Material y método**

### **2.2.1. Participantes**

La muestra está formada por 53 adolescentes que acudieron al programa “Suspertu” entre enero de 2011 y mayo de 2012.

Los criterios de admisión para el presente estudio fueron:

- a) Tener entre 13 y 21 años de edad
- b) Ingresar en el programa de prevención

La edad media de los participantes fue de 16,06 años (DT =1,82). La mayoría fueron varones (73,6%). Una descripción más detallada de las características sociodemográficas de la muestra se presenta en el apartado de resultados.

### **2.2.2. Instrumentos de evaluación**

#### **2.2.2.1. Variables sociodemográficas**

En esta investigación se han empleado como indicadores sociodemográficos :

- a. Sexo
- b. Edad de inicio en el programa
- c. Nivel de estudios (último curso aprobado)
- d. Ocupación actual (estudia, trabaja, estudia y trabaja, ni estudia ni trabaja)
- e. Tipo de familia (familia de origen, reconstituida, adoptiva, institución)
- f. Situación en el programa (abandono, alta parcial, alta e ingreso)

#### 2.2.2.2. Variables de Consumo

Las escalas utilizadas para el análisis de las variables de consumo que acudieron al programa Suspertu, pertenecen al Banco de Instrumentos para la prevención (Evaluation-Instrument-Bank-EIB) recopilado y gestionado por el Observatorio Europeo de Drogas y Toxicomanías (OEDT) de la Unión Europea.

En el capítulo de anexos se presenta cada una de las escalas incluidas en el BIP utilizadas para la realización de este estudio, acompañadas de una breve presentación y la referencia bibliográfica completa de los estudios relevantes que han servido para su desarrollo y validación.

El Cuestionario sobre Percepción de Riesgo (BIP-OEDT) es un instrumento que evalúan los riesgos ligados al consumo frecuente, frente a los asociados al consumo ocasional. Consta de 23 ítems con 5 alternativas de respuesta cada una. El menor riesgo se asocia a la puntuación de 1 y el 5 a que el encuestado no sabe el riesgo asociado al consumo concreto.

El Cuestionario de Intención de Consumo (BIP-OEDT) consta de 10 ítems con 5 alternativas de respuesta. Evalúa la probabilidad de consumir determinadas drogas en un futuro acotado a un año. Existe un conjunto considerable de pruebas que demuestran que la "intención" de consumo constituye un poderoso indicador a la hora de predecir el futuro consumo de drogas. La intención supone también una medida útil en una edad relativamente joven cuando las mediciones del consumo actual pueden resultar poco sensibles.

El Cuestionario de Accesibilidad a Drogas (BIP-OEDT) mide la percepción referida a la accesibilidad de las drogas. Constituye un poderoso elemento para predecir el consumo y un importante factor de riesgo. Consta de 11 ítems con 5 opciones de respuesta para cada una de ellas. Desde 5 = "Muy fácil" hasta 1 = "Muy difícil. Cuanto

más elevado sea el resultado promedio obtenido más percepción de accesibilidad tendrá el encuestado o encuestados analizados.

El Cuestionario sobre Influencias Normativas de Consumo (BIP-OEDT), supone una medida de la aprobación percibida por el adolescente ante el consumo de drogas. Constituye un elemento importante de la influencia normativa. El cuestionario mide la aprobación percibida desde el entorno más cercano al encuestado (mejor amigo) hasta sus compañeros más remotos (gente de su misma edad). Cuanto más elevado sea el resultado promedio, más apoyo normativo percibirá el encuestado, en base a la aprobación que percibe con respecto al consumo de sustancias psicoactivas en su entorno inmediato. Está agrupado en función del tipo de droga (cannabis, pastillas, speed, cocaína, LSD y heroína). Está formado por 4 ítems referidos al entorno del encuestado con 5 alternativas de respuesta, desde que “les parecería muy bien” hasta que “les parecería muy mal”.

El Cuestionario sobre Efectos y Consecuencias derivadas de Consumo de Drogas (BIP-OEDT) indica en qué medida los sujetos han experimentado, de hecho, los efectos concretos del consumo de drogas, más que si creen o no que se producirán determinadas consecuencias. Existen 4 alternativas de respuesta que van desde que nunca se han tenidos consecuencias asociadas al consumo de drogas hasta la existencia de más de 5 consecuencias asociadas a los consumos. Consta de 7 preguntas. Cuanto más elevada sea la puntuación media obtenida mayor habrá sido la experiencia con drogas del sujeto o sujetos analizados.

El Cuestionario de Creencias sobre Consecuencias (BIP-OEDT) evalúa la probabilidad de la aparición de determinadas consecuencias asociadas al consumo. Estas se clasifican según dos criterios: positivas o negativas, y a corto o a largo plazo. Consta de 14 ítems con 5 opciones de respuesta para cada una de ellas. Desde la mayor probabilidad (5) hasta la menor (1). La media de los ítem 1 a 8 proporcionará una medida de la percepción relativa a las consecuencias negativas, mientras que la media de los ítems restantes ofrecerá una medida de las consecuencias positivas percibidas.

Por último para conocer el tipo de sustancias consumidas, la edad de inicio de las mismas y el patrón de consumo de los adolescentes que acudieron al programa Susperu se utilizó el Cuestionario de Consumo de Sustancias creado para tal efecto en el propio programa. Además de las características de consumo expuestas establece una dimensión temporal del consumo. El consumo en el último año y el consumo en el último mes.

#### 2.2.2.3. Variables psicopatológicas

El SCL-90-R (Derogatis, 1992; versión española de González de Rivera, 2002) es un cuestionario autoadministrado de evaluación 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: el Índice Global de Severidad (GSI), que refleja la gravedad global de los síntomas presentados, el Índice de Distrés de Síntomas Positivos (PSDI), que indica la intensidad de los síntomas presentes, y el Total de Sintomatología Positiva (PST), que recoge el número de ítems contestados con una puntuación distinta de 0.

#### 2.2.2.4. Variables de personalidad

El Índice de Empatía para Niños y Adolescentes (Bryant, 1982; Mestreet al., 1999), mide el componente emocional de la empatía. Consta de 22 ítems, con siete opciones de respuesta. El análisis de la consistencia interna del instrumento llevado a



cabo por Bryant (1982) señala un alpha medio de Cronbach de 0,67, aumentando con la edad de los sujetos. Los análisis de fiabilidad muestran un alpha de Cronbach de 0,64. En otros estudios se han obtenido índices similares (Mestre, et al., 1999).

### **2.2.3. Procedimiento**

La evaluación de todos los sujetos de la muestra se llevó a cabo en el marco de la evaluación inicial. De esta forma, a medida que los adolescentes acudían al programa, se llevaban a cabo las entrevistas y se cumplimentaban los diferentes cuestionarios.

En la primera entrevista de evaluación se recogieron los datos relativos a las variables sociodemográficas como, por ejemplo, el nivel de estudios u ocupación actual, familia de convivencia y la edad.

En la segunda sesión se administraron los cuestionarios para la evaluación de las variables psicopatológicas (SCL-90-R) y el de variables de personalidad (Bryant, 1982).

En la siguiente entrevista se presentaron los cuestionarios referidos a las variables de consumo pertenecientes al BIP referidos en el apartado anterior.

En la cuarta y última sesión en cuanto a la recopilación de datos se refiere, se procedió a la extracción de información del consumo de sustancias: tipo de sustancias consumidas, edad de inicio de cada una de ellas y patrón de consumo de las mismas.

### **2.2.4. Evaluadores**

La evaluación de todos los adolescentes de la muestra fue llevada a cabo por los psicólogos del programa, todos ellos con una amplia experiencia en la evaluación y prevención de conductas de riesgo asociadas al consumo en adolescentes.

### **2.2.5. Análisis de datos**

Se realizaron análisis descriptivos para todas las variables. Para las comparaciones bivariadas entre las adolescentes y los adolescentes se empleó la prueba de  $\chi^2$  o la t de Student, según la naturaleza de las variables analizadas. Se consideró una  $p < 0,05$  como significativa. Todos los análisis estadísticos se realizaron con el programa SPSS (vs. 15.0).

## 2.3. Resultados

A continuación se presentan los resultados principales obtenidos tras el análisis de las distintas variables de la muestra:

**Tabla 1 Resumen Variables Sociodemográficas adolescentes Suspertu**

		<b>Total</b>	
		<b>(N=53)</b>	
		<b>N</b>	<b>(%)</b>
<b>Sexo</b>			
	Hombres	39	(73,6%)
	Mujeres	14	(26,4%)
<b>Último curso aprobado</b>			
	Primaria	2	(3,8%)
	ESO	43	(81,1%)
	Bachiller	4	(7,5%)
	PCPI	1	(1,9%)
	Grado Medio	2	(3,8%)
	Grado Superior	1	(1,9%)
<b>Ocupación actual</b>			
	Estudia	48	(90,6%)
	Trabaja	1	(1,9%)
	Ni estudia ni trabaja	4	(7,5%)
<b>Tipo de familia</b>			
	Familia Origen	38	(71,7%)
	Reconstituida	12	(22,6%)
	Adoptiva	2	(3,8%)
	Institución	1	(1,9%)
<b>Situación programa</b>			
	Abandono	8	(15,1%)
	Alta parcial	10	(18,9%)
	Alta	24	(45,3%)
	Ingreso	11	(20,8%)

La edad media de los adolescentes estudiados que ingresaron en Susperu fue de 16,06 años (d.t.=1,82). La edad de media de ingreso en el caso de los varones fue de 16,23 años y en el caso de las mujeres 15,57 años.

La mayoría de participantes en la muestra fueron varones (73,6%) frente a 14 mujeres sobre una muestra total de 53 adolescentes.

Con respecto a su ocupación en el momento del ingreso, la gran mayoría de ellos (90,6%) se encontraba estudiando. Sólo 4 de los adolescentes (7,5%) no tenía ninguna ocupación siendo además todos ellos chicos. Todas las adolescentes analizadas cursaban estudios en el momento del ingreso en el programa.

El 81,1% de los estudiantes correspondían a cursos de la ESO, siendo mayoritarios los que cursaban 2º ESO (32,1%). Solo 4 (7,5%) de los adolescentes cursaban estudios de bachiller.

La mayor parte de los adolescentes convivía junto a su familia de origen (71,7%) frente a un 22,6% cuyo núcleo de convivencia era reconstituido. Vivían solos con el padre o la madre o junto con las nuevas parejas de éstas.

En cuanto al proceso o desarrollo de los adolescentes que ingresaron en el programa y al margen de los 11 chicos/as que todavía permanecen en el mismo, casi la mitad de ellos (45,3%) terminó con el resultado de alta terapéutica. Además un 18,9% se fueron con un alta parcial. Es decir, algunos de los objetivos planteados durante el proceso llegaron a buen puerto. Por el contrario un 15,1% de los usuarios del programa abandonaron el programa sin que se cumplieran los objetivos planeados. Del total de abandonos, el 87,5% correspondieron a los chicos.

**Tabla 2 Cuestionario sobre percepción de riesgo de drogas (hombres vs. mujeres)**

	Total			Hombres		Mujeres		d	U
	N	X	(d.t.)	X	(d.t.)	X	(d.t.)		
Consumir cánnabis en ocasiones especiales	53	1,94	(0,7)	<b>2,08</b>	(0,7)	1,57	(0,6)	0,51	169,5*
Consumir cánnabis habitualmente	53	3,19	(0,9)	<b>3,28</b>	(0,94)	2,93	(0,82)	0,35	197*
Consumir inhalantes en ocasiones especiales	26	3,31	(0,9)	3,38	(0,8)	3	(1,4)	0,38	147
Consumir inhalantes habitualmente	31	3,61	(0,9)	3,64	(0,8)	3,5	(1,2)	0,14	74,5
Fumar tabaco en ocasiones especiales	52	1,74	(0,98)	1,79	(1,1)	1,57	(0,8)	0,22	252
Fumar un paquete de tabaco o más al día	53	3,43	(0,7)	3,44	(0,64)	3,43	(0,76)	0,01	266
Beber una o dos bebidas alcohólicas casi todos los días	52	2,72	(1,0)	2,79	(0,95)	2,5	(1,2)	0,29	220
Tomar 4 ó 5 bebidas alcohólicas casi todos los días	52	3,68	(0,7)	3,72	(0,7)	3,57	(0,5)	0,15	217
Beber hasta emborracharse los fines de semana	52	2,96	(0,79)	<b>3,11</b>	(0,7)	2,57	(0,85)	0,54	180*
Consumir LSD (tripis) en ocasiones especiales	34	3,35	(0,7)	3,42	(0,7)	3,20	(0,63)	0,22	96
Consumir LSD (tripis) habitualmente	36	3,97	(0,2)	3,96	(0,2)	4	(0)	-0,04	125
Consumir speed en ocasiones especiales	50	3,28	(0,9)	3,33	(0,9)	3,11	(0,9)	0,22	213
Consumir speed habitualmente	49	3,92	(0,3)	3,94	(0,2)	3,86	(0,5)	0,08	240,5
Consumir cocaína en ocasiones especiales	46	3,22	(0,8)	3,21	(0,9)	3,23	(0,6)	-0,02	204,5
Consumir cocaína habitualmente	47	3,94	(0,3)	3,91	(0,4)	4	(0)	-0,09	208
Consumir heroína en	41	3,83	(0,4)	3,83	(0,5)	3,83	(0,4)	0	170

ocasionales especiales										
Consumir heroína habitualmente	42	4	(0)	4	(0)	4	(0)	0	180	
Consumir pastillas en ocasiones especiales	37	3,43	(0,8)	3,46	(0,9)	3,33	(0,7)	0,13	105	
Consumir pastillas habitualmente	39	3,90	(0,4)	3,87	(0,4)	4	(0)	-0,13	121,5	
Consumir fármacos en ocasiones especiales	33	2,82	(1)	2,92	(1,0)	2,56	(1,1)	0,36	87,5	
Consumir fármacos habitualmente	32	3,72	(0,6)	3,65	(0,7)	3,89	(0,3)	-0,24	87	
Consumir otras drogas en ocasiones especiales	38	3,29	(0,9)	<b>3,5</b>	(0,8)	2,83	(0,9)	0,67	89*	
Consumir otras drogas habitualmente	39	3,87	(0,4)	3,89	(0,4)	3,83	(0,4)	0,06	148	

d = diferencia hombres - mujeres

Según se desprende de los datos obtenidos en la tabla 2, la percepción del riesgo con respecto al consumo ocasional es baja en el caso del tabaco y del cannabis (1,74 y 1,94 respectivamente), bastante por debajo del riesgo percibido para el consumo de alcohol (2,72). Para el resto de drogas analizadas la percepción del riesgo es alta con valores cercanos y superiores a 3, tanto para los consumos esporádicos como para los habituales. Destaca la unanimidad de los adolescentes en el máximo riesgo asociado al consumo de heroína de manera habitual.

En cuanto a las diferencias encontradas con respecto al sexo, la percepción de riesgo general es mayor en los hombres que en las mujeres. Existe diferencia (d) entre las medias de las mujeres y los hombres en la mayor parte de los ítems, siendo además significativas en el caso del consumo de cannabis tanto de manera habitual como ocasionalmente. En este caso la percepción de riesgo ante tal consumo es menor en las mujeres. Además las mujeres perciben de manera significativa menos riesgo en emborracharse los fines de semana y en el consumo de otras drogas de manera ocasional.

**Tabla 3 Intención de consumo dentro de un año (hombres vs. mujeres)**

	Total		Hombres		Mujeres		U
	X	(d.t.)	X	(d.t.)	X	(d.t.)	
Intención consumo tabaco	4,02	(1,42)	4,15	(1,31)	3,64	(1,69)	225,5
Intención consumo alcohol	4,47	(1,03)	4,44	(1,02)	4,57	(1,09)	247,0
Intención consumo cannabis	3,26	(1,46)	3,18	(1,48)	3,5	(1,40)	239,5
Intención consumo speed	1,21	(0,72)	1,18	(0,68)	1,29	(0,82)	255,5
Intención consumo LSD	1,02	(0,14)	1,00	(0,0)	1,07	(0,27)	253,5
Intención consumo cocaína	1,21	(0,74)	1,23	(0,81)	1,14	(0,53)	264,5
Intención consumo heroína	1,00	(0,00)	1,00	(0,0)	1,00	(0,0)	273,0
Intención consumo pastillas	1,08	(0,43)	1,1	(0,5)	1,00	(0,0)	259,0
Intención consumo fármacos	1,04	(0,20)	1,06	(0,24)	1,00	(0,0)	224,0
Intención consumo otros	1,26	(0,76)	1,15	(0,59)	1,57	(1,09)	216,0

La tabla 3 muestra los resultados con respecto a la intención de consumo de sustancias de los adolescentes que acudieron al programa. La mayoría de ellos manifestaron su intención de continuar con el consumo de tabaco, alcohol y cannabis, siendo la mayor la intención de consumo de alcohol (4,47).

Para el resto de drogas la intención de consumo resultó muy escasa, con medias cercanas a 1.

No se encontraron diferencias significativas entre hombres y mujeres.

**Tabla 4 Influencias normativas para el consumo (hombres vs. mujeres)**

	Total			Hombres		Mujeres		U
	N	X	(d.t.)	X	(d.t.)	X	(d.t.)	
¿Qué opinaría del consumo de cánnabis...								
tu mejor amigo/a?	53	3,15	(1,1)	3,21	(1,0)	3	(1,3)	246
tus amigos/as del grupo?	53	3,34	(0,9)	3,33	(1,0)	3,36	(0,9)	272
tus compañeros/as de clase?	52	2,87	(0,9)	2,97	(1,0)	2,57	(0,8)	295,5
otra gente de tu edad?	53	3,02	(0,9)	2,95	(1,0)	3,21	(0,6)	233
¿Qué opinaría del consumo de pastillas...								
tu mejor amigo/a?	51	1,4	(0,7)	1,51	(0,8)	1,08	(0,3)	161,5*
tus amigos/as del grupo?	51	1,61	(0,7)	1,69	(0,7)	1,33	(0,9)	149,5*
tus compañeros/as de clase?	50	1,74	(0,8)	1,84	(0,8)	1,42	(0,8)	160
otra gente de tu edad?	51	1,75	(0,8)	1,69	(0,8)	1,92	(0,9)	200
¿Qué opinaría del consumo de speed...								
tu mejor amigo/a?	52	1,5	(0,85)	1,54	(0,9)	1,38	(0,8)	229,5
tus amigos/as del grupo?	52	1,75	(1,0)	1,74	(0,9)	1,77	(0,3)	234
tus compañeros/as de clase?	51	1,67	(0,8)	1,71	(0,8)	1,54	(0,8)	220,5
otra gente de tu edad?	52	1,63	(0,8)	1,56	(0,7)	1,85	(0,9)	209,5
¿Qué opinaría del consumo de cocaína...								
tu mejor amigo/a?	52	1,35	(0,7)	1,41	(0,7)	1,15	(0,6)	204,5
tus amigos/as del grupo?	52	1,63	(1,0)	1,62	(0,9)	1,69	(1,4)	232
tus compañeros/as de clase?	51	1,59	(0,8)	1,66	(0,9)	1,38	(0,8)	203
otra gente de tu edad?	52	1,56	(0,7)	1,56	(0,7)	1,54	(0,9)	236,5
¿Qué opinaría del consumo de LSD...								
tu mejor amigo/a?	51	1,27	(0,5)	1,29	(0,6)	1,23	(0,4)	242,5
tus amigos/as del grupo?	51	1,47	(0,8)	1,42	(0,6)	1,62	(1,1)	245,5
tus compañeros/as de clase?	50	1,44	(0,7)	1,49	(0,7)	1,31	(0,63)	210,5
otra gente de tu edad?	51	1,37	(0,6)	1,34	(0,5)	1,46	(0,7)	226,5
¿Qué opinaría del consumo de heroína...								
tu mejor amigo/a?	51	1,10	(0,4)	1,10	(0,4)	1	(0)	221



tus amigos/as del grupo?	51	1,14	(0,4)	1,18	(0,5)	1	(0)	208
tus compañeros/as de clase?	50	1,2	(0,5)	1,27	(0,6)	1	(0)	195
otra gente de tu edad?	51	1,18	(0,43)	1,24	(0,49)	1	(0)	195

El consumo de cannabis es el más aceptado en el entorno de los adolescentes, con valores por encima de 3. El consumo del resto de sustancias no está bien visto por el grupo de iguales cercano de los adolescentes.

No hay diferencias significativas entre las influencias normativas de chicas y de chicos, salvo en la aceptación del consumo de pastillas entre los amigos más cercanos a los adolescentes. En este caso la aceptación es mayor en las mujeres que en los hombres.

**Tabla 5 Accesibilidad a sustancias (hombres vs. mujeres)**

	Total			Hombres		Mujeres		d	U
	N	X	(d.t.)	X	(d.t.)	X	(d.t.)		
¿Cómo de fácil te resultaría obtener...									
Cánnabis	53	4,43	1,0	4,31	1,1	4,79	0,4	-0,48	210,5
Anfetaminas	53	2,83	1,4	2,64	1,5	3,36	1,3	-0,72	194,5
LSD u otros alucinógeno	50	2,38	1,3	2,22	1,2	2,85	1,5	-0,63	178,5
Crack	43	1,91	1,2	1,81	1,2	2,18	1,2	-0,37	137,5
Cocaína	51	2,96	1,5	2,82	1,5	3,38	1,4	-0,56	194
Pastillas	51	2,27	1,2	2,16	1,2	2,57	1,1	-0,41	201
Fármacos	39	2,23	1,3	1,97	1,1	3,11	1,8	-1,14	85
Cerveza	53	4,92	0,3	4,92	0,3	4,93	0,3	-0,01	271,5
Vino	53	4,85	0,5	4,82	0,6	4,93	0,3	-0,11	263,5
Licores (alta graduación)	53	4,62	0,9	4,59	1,0	4,71	0,6	-0,12	272
Cigarrillos	53	4,79	0,5	4,74	0,6	4,93	0,3	-0,19	242
Accesibilidad drogas legales	53	20,8	2,6	20,59	2,6	21,5	2,7	-0,91	237,5
Accesibilidad drogas ilegales	53	16,09	6,3	15,33	6,3	18,2	5,9	-2,87	203
Accesibilidad total	53	36,93	8,0	35,92	8,0	39,71	7,8	-3,79	204

d = diferencia hombres - mujeres

En cuanto al acceso o disponibilidad de las diferentes drogas por parte de los adolescentes, destaca como la accesibilidad al cánnabis está prácticamente al mismo nivel que la de las drogas legales como el alcohol y el tabaco. Casi todos ellos se acercan a valores cercanos al “muy fácil” acceso (4,43 cánnabis, 4,92 cerveza y 4,79 tabaco).

Pese a que no existen diferencias significativas en materia de accesibilidad a las drogas en función del sexo, se aprecia una tendencia clara que dibuja un mayor acceso de las mujeres respecto a los hombres (d=diferencias hombres-mujeres).

**Tabla 6 Problemas derivados del consumo de drogas**

	Total		Nunca		1-2 veces		3-5 veces		Más de 5 veces	
	N	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)		
Accidente o lesión	53	49 (92,5%)	3 (5,7%)	1 (1,9%)						
Problemas con la policía	53	26 (49,1%)	25 (47,2%)	2 (3,8%)						
Escasez de dinero	52	16 (30,8%)	7 (13,5%)	7 (13,5%)	22 (42,3%)					
Sentirme enfermo	52	21 (40,4%)	20 (38,5%)	5 (9,6%)	6 (11,5%)					
Pelea o discusión	52	31 (59,6%)	10 (19,2%)	6 (11,5%)	5 (9,6%)					
Problemas con tus padres	52	12 (23,1%)	6 (11,5%)	10 (19,2%)	24 (46,2%)					
Problemas con amigos	52	30 (57,7%)	13 (25%)	6 (11,5%)	3 (5,8%)					

Más de la mitad de los adolescentes atendidos en Suspertu han tenido alguna vez problemas con la policía (51%): El 47,2% entre 1 y 2 veces y el 3,8% más de 5 veces. Además la mayoría de ellos han sufrido la falta de dinero (69,2%). Se han sentido enfermos o han tenido algún problema de salud asociado al consumo de drogas el 59,6%. Casi el 77% de los adolescentes atendidos refieren haber tenido problemas con sus padres frente a sólo un 23% que no los han tenido nunca.

Por otra parte la gran mayoría de los adolescentes no han tenido ni accidentes o lesiones, ni peleas ni problemas con los amigos asociados al consumo de drogas.

**Tabla 7 Problemas derivados del consumo de drogas (hombres vs. mujeres)**

	Alguna vez hombres (n = 38)		Alguna vez mujeres (n = 14)		X <sup>2</sup>
	n	(%)	n	(%)	
Accidente o lesión	3	(7,89%)	1	(7,14%)	0
Problemas con la policía	20	(52,63%)	7	(50,00%)	0
Escasez de dinero	26	(68,42%)	10	(71,43%)	0
Sentirme enfermo	20	(52,63%)	11	(78,57%)	2,9
Pelea o discusión	14	(36,84%)	7	(50,00%)	0,7
Problemas con tus padres	28	(73,68%)	12	(85,71%)	0,8
Problemas con amigos	14	(36,84%)	8	(57,14%)	1,7

Aunque las diferencias no resulten significativas, hay un mayor porcentaje de mujeres que de hombres que se han sentido alguna vez enfermas (78,57%) o que han tenido alguna pelea o discusión derivadas del consumo (50%). También un porcentaje mayor de mujeres (85,71%) han tenido problemas con sus padres y más de la mitad (57,14%) han tenido problemas con sus amigos a consecuencia de los consumos.

**Tabla 8 Creencias sobre las consecuencias del consumo (hombres vs. mujeres)**

	Total		Hombres		Mujeres		U	
	N	X	(d.t.)	X	(d.t.)	X		(d.t.)
Meterme en líos con la policía	52	2,81	1,4	2,89	1,5	2,57	1,3	231,15
Tener malos resultados escolares	52	3,38	1,4	3,27	1,4	3,71	1,3	218
Meterme en líos con mis padres	52	3,69	1,4	3,71	1,4	3,64	1,5	258,5
Ser expulsado del colegio	52	2,1	1,4	2	1,3	2,36	1,5	325,5
Tener problemas con mis amigos	52	1,9	1,1	1,87	1,2	2	1,0	229
Convertirme en adicto	52	3,02	1,5	3,13	1,6	2,7	1,1	321
Tener problemas de dinero	52	3,79	1,3	3,76	1,3	3,86	1,2	259
Tener problemas para encontrar trabajo	52	2,75	1,3	2,87	1,4	2,43	1,2	217
Tener más amigos	52	2,29	1,1	2,21	1,1	2,5	1,1	225,5
Sentirme más relajado	52	3,25	1,3	3,16	1,3	3,5	1,5	222,5
Pasármelo mejor	52	3,17	1,1	3,08	1,1	3,43	1,0	223,5
Ser más popular	52	2,04	1,0	2	1,0	2,14	1,2	250,5
Olvidar mis problemas	52	2,69	1,3	2,61	1,3	2,93	1,4	231
Tener más confianza y ser más abierto	52	2,27	1,1	2,29	1,1	2,21	1,2	252,5
Total consecuencias negativas	52	23,4	7,9	23,5	8,4	23,29	6,6	262
Total consecuencias positivas	52	15,71	4,1	15,34	4,1	16,7	4,2	215

La mayor parte de los adolescentes piensan que de continuar con el consumo de drogas, las posibilidades de tener malos resultados escolares, meterse en líos con sus padres y tener problemas de dinero, aumentarán. En contraposición a estos efectos adversos, también piensan que se sentirán más relajados y se lo pasarán mejor si siguen consumiendo.

En esta tabla no se aprecian diferencias entre las creencias de las mujeres con respecto a la de los hombres.

**Tabla 9 Sintomatología psicopatológica SCL-90-R (hombres vs. mujeres)**

	Total (N = 53)		Hombres		Mujeres		U
	X	(d.t.)	X	(d.t.)	X	(d.t.)	
Somatización	51,79	12,1	52,69	13,0	49,29	9	224
Obsesión	51,4	11,6	51,69	12,7	50,57	8,0	251
Sensibilidad Interpersonal	47,57	11,7	47,97	12,2	46,43	10,5	248
Depresión	52,7	11,3	53,92	12,1	49,29	8,1	203,5
Ansiedad	50,89	11	51,72	12,0	48,57	7,2	212
Hostilidad	54,91	11,8	54,41	12,2	56,29	11,1	261,5
Ansiedad Fóbica	44,55	14,1	44,9	14,8	43,57	12,2	248
Ideación Paranoide	50,66	11,4	50,69	12,4	50,57	8,7	252,5
Psicoticismo	47,66	12,5	47,33	13,4	48,57	9,9	263,5
IGS	53,3	12,6	54,41	13,4	50,21	9,7	213
TSP	56,11	13,5	57,15	14,5	53,21	9,9	225
IMSP	48,43	9,3	48,51	9,4	48,21	9,3	261

La principal aportación de los resultados de esta tabla refleja un perfil psicológico de los adolescentes estudiados no patológico. La mayoría de los valores obtenidos se aproximan a la media. No hay ningún resultado por encima del centil 65, indicador de posibles alteraciones psicopatológicas. Las mayores puntuaciones se dan en la dimensión de hostilidad (54,91), siendo además mayor en las chicas (56,29) que en los chicos (54,41). Los adolescentes obtienen también puntuaciones ligeramente por encima de la media en depresión (52,7) ofreciendo valores más altos entre la población masculina estudiada (53,92) que entre la femenina (49,29).

Las diferencias entre hombres y mujeres son poco significativas.

**Tabla 10 Empatía (Hombres vs. Mujeres)**

Total		Hombres		Mujeres		U	
N	X	(d.t.)	X	(d.t.)	X		(d.t.)
53	31,5	20,2	25,51	18,4	48,21	15,4	98***

Como se refleja en la tabla 10, los adolescentes estudiados tienen una capacidad empática muy limitada. La media de los hombres apenas alcanza el percentil 25 (25,51). Por el contrario las mujeres se sitúan en valores muy cercanos a la media y cerca de una capacidad empática cercana a los valores medios de otros adolescentes de su edad. Existen diferencias muy significativas a este respecto entre los valores obtenidos por las mujeres y los hombres. Las mujeres prácticamente duplican a los hombres en esta dimensión.

**Tabla 11 Edad de inicio en el consumo (hombres vs. mujeres)**

	Total			Hombres		Mujeres		U
	N	X	(d.t.)	X	(d.t.)	X	(d.t.)	
Edad inicio alcohol	53	13,06	(1,586)	<b>13,23</b>	(1,69)	12,57	(1,16)	160,5*
Edad inicio tabaco	47	13,47	(1,898)	<b>13,72</b>	(1,994)	12,64	(1,286)	107,500*
Edad inicio cannabis	49	13,92	(1,902)	13,86	(2,185)	14,07	(,917)	226,5

La edad de inicio en el consumo de tabaco y de alcohol se sitúa en torno a los 13 años y aumenta hasta casi los 14 años en el caso del cannabis. El consumo de alcohol es el que se produce a una edad más temprana (13,06 años).

Las mujeres tienen un inicio significativamente más temprano que los hombres en el inicio tanto del consumo de alcohol (12,57 años) como en el de tabaco (12,64 años). No hay diferencias significativas en el inicio de hombres y mujeres con respecto al consumo de cannabis.

El inicio en el resto de drogas analizadas se sitúa de manera general por encima de los 16 años, sin encontrarse además diferencias significativas entre los hombres y las mujeres.

**Tabla 12 Patrón de consumo en el último año**

		Total			Hombres		Mujeres		X <sup>2</sup>
		N	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
Alcohol	Experimental	52	1	(1,9%)	1	(2,6%)	0	(0%)	1,2
	Esporádico	52	13	(25%)	11	(28,2%)	2	(15,5%)	
	Habitual	52	23	(44,2%)	18	(46,2%)	5	(38,5%)	
	Continuo	52	15	(28,8%)	9	(23,1%)	6	(46,2%)	
	Diario	52							
Tabaco	Experimental	48	2	(4,2%)	2	(5,4%)	0	(0%)	2,0
	Esporádico	48	4	(8,3%)	4	(10,8%)	0	(0%)	
	Habitual	48	1	(2,1%)	0	(0%)	1	(9,1%)	
	Continuo	48	3	(6,3%)	3	(8,1%)	0	(0%)	
	Diario	48	38	(79,2%)	28	(75,7%)	10	(90,9%)	
Cannabis	Experimental	49	6	(12,2%)	5	(14,3%)	1	(7,1%)	0,0
	Esporádico	49	3	(6,1%)	2	(5,7%)	1	(7,1%)	
	Habitual	49	11	(22,4%)	8	(22,9%)	3	(21,4%)	
	Continuo	49	9	(18,4%)	5	(14,3%)	4	(28,6%)	
	Diario	49	20	(40,8%)	15	(42,9%)	5	(35,7%)	

Para el cálculo de X<sup>2</sup> se han agrupado las categorías experimental-esporádico vs. Habitual-continuo-diario

Del patrón de consumo por parte de los adolescentes estudiados podemos destacar que la mayoría de ellos consume tabaco a diario (79,2%) y que casi la mitad de ellos también consumen cannabis diariamente (40,8%). El consumo de alcohol está más asociado al consumo festivo de fin de semana. El 73% lo consume más de 2 fines de semana al mes. El 44,2% de manera habitual y el 28,8% de manera continua. En este sentido el consumo de cannabis responde a un patrón de consumo no tan asociado al ocio festivo del fin de semana.

Con respecto al consumo de otras sustancias su uso es muy residual y esporádico o experimental.



No se observan diferencias significativas en cuanto al patrón de consumo entre los chicos y las chicas, si bien los consumos de tabaco diario y de alcohol de manera habitual y continua son mayores en las mujeres.

**Tabla 13 Patrón de consumo en el último mes**

		Total			Hombres		Mujeres		X <sup>2</sup>
		N	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
Alcohol	Experimental	49	1	(2%)	1	(2,8%)	0	(0%)	0,1
	Esporádico	49	7	(14,3%)	4	(11,1%)	3	(23,1%)	
	Habitual	49	26	(53,1%)	21	(58,3%)	5	(38,5%)	
	Continuo	49	13	(26,5%)	10	(27,8%)	3	(23,1%)	
	Diario	49	2	(4,1%)	0	(0%)	2	(15,4%)	
Tabaco	Experimental	45	2	(4,4%)	2	(5,9%)	0		1,4
	Esporádico	45	2	(4,4%)	2	(5,9%)	0		
	Habitual	45	1	(2,2%)	0		1	(9,1%)	
	Continuo	45	2	(4,4%)	2	(5,9%)	0		
	Diario	45	38	(84,4%)	28	(82,4%)	10	(90,9%)	
Cannabis	Experimental	42	4	(9,5%)	4	(13,8%)	0	(0%)	0,1
	Esporádico	42	2	(4,8%)	1	(3,4%)	1	(7,7%)	
	Habitual	42	8	(19,0%)	4	(13,8%)	4	(30,8%)	
	Continuo	42	7	(16,7%)	5	(17,2%)	2	(15,4%)	
	Diario	42	21	(50,0%)	15	(51,7%)	6	(46,2%)	

Para el cálculo de X<sup>2</sup> se han agrupado las categorías experimental-esporádico vs. Habitual-continuo-diario

Los resultados de la tabla 13 que reflejan el patrón de consumo en el último mes no ofrecen grandes diferencias con respecto a la tabla anterior. Si acaso parece destacable el aumento en el consumo diario de algunas sustancias. Aumenta el consumo

diario de cannabis cerca de un 10% con respecto al último año y un 5% el consumo diario de tabaco.

Las diferencias en función del sexo en cuanto al patrón de consumo en el último mes son mínimas.

## 2.4. Discusión

El primer objetivo planteado para la realización de este estudio era generar un perfil aproximado de los adolescentes que ingresaban en el programa de prevención indicada “Suspertu”. La consecución de dicho objetivo pretendería servir de base para una posterior evaluación específica del programa preventivo. El primero de los sub-objetivos planteados para el estudio del perfil, pretendía determinar las características sociodemográficas de la muestra. Con respecto a éstas se planteó de la primera de las hipótesis que proponía que la mayoría de los adolescentes que ingresaban en el programa lo harían siendo miembros de familias reconstituidas: separadas o divorciadas, viviendo solo con la madre o con el padre. De esta manera se podría llegar a concluir que el hecho de provenir de este tipo de familias representaría un factor de riesgo con respecto al inicio y mantenimiento del consumo de drogas. Se ha encontrado que el 71,7% de los adolescentes convivían con su familia de origen. Parece pues que el núcleo de convivencia familiar no es un factor que se relacione de forma significativa con respecto al consumo de drogas en adolescentes y que otros factores que inciden en la relación familiar pueden ser más determinantes. Por lo tanto se rechaza la hipótesis primera.

Establecer las características distintivas de los adolescentes estudiados con respecto al consumo de drogas era el segundo de los sub-objetivos planteados. Dentro de este análisis se propuso como hipótesis que los sujetos de la muestra tendrían en general una baja percepción de riesgo asociada al consumo de drogas. A tenor de los resultados la hipótesis solo puede ser aceptada muy parcialmente. Los adolescentes evaluados muestran una escasa percepción de riesgo para consumos ocasionales de tabaco y cannabis y en menor medida para el alcohol. Para el resto de sustancias la percepción de riesgo es alta. Con lo cual en este estudio no parece poder demostrarse que la alta percepción de riesgo sobre el consumo de drogas sea un factor que se relacione de forma significativa con el consumo de drogas. A la vista de los resultados se rechaza la segunda de las hipótesis.

El tercer objetivo planteado pretendía encontrar síntomas psicopatológicos en la población de adolescentes estudiada. Como tercera hipótesis se planteaba que los chicos y chicas que acudieran al programa y a pesar de ser en su mayoría consumidores de alguna droga, no presentarían síntomas psicopatológicos. Los resultados demuestran

que no existen alteraciones psicopatológicas significativas en los adolescentes que acudieron al programa. Todas las dimensiones patológicas evaluadas se ajustaban a la media de la población general. Así pues se confirma la tercera de las hipótesis. Estos resultados difieren en parte de otros estudios que han estudiado la comorbilidad psiquiátrica en adolescentes con respecto al consumo de cannabis (B. Gonzalvo, C. Barral, L. Grau-López, O. Esteve y C. Roncero, 2011).

El analizar algunas características de personalidad de los adolescentes atendidos en Susperu fue otro de los objetivos del presente estudio. En concreto se analizó la capacidad empática, definida como la capacidad de la persona para dar respuesta a los demás teniendo en cuenta tanto los aspectos cognitivos como afectivos, y destacando la capacidad para discriminar entre el propio yo y el de los demás (Davis, 1983; Hoffman, 1975, 1983). Como hipótesis se planteó que la capacidad empática de los adolescentes estudiados sería baja con respecto a la de la población general. Esta hipótesis también hay que rechazarla. A pesar de que los datos demuestran en el caso de los hombres que la hipótesis es cierta, no cabe decir lo mismo en el caso de las mujeres. En este caso las adolescentes estudiadas obtienen puntuaciones muy cercanas a la media y muy distantes de las obtenidas por los chicos. Por lo tanto tampoco en este caso se acepta la hipótesis cuarta.

El último de los objetivos pretendía obtener un perfil diferencial de la muestra estudiada en función del sexo. Diversos estudios han incorporado ya la perspectiva de género asociada al consumo de drogas (N. Romo-Avilés, 2011). La hipótesis planteada en este caso proponía que no existirían diferencias significativas entre los y las adolescentes evaluados. Los datos obtenidos no permiten nuevamente aceptar esta hipótesis de pleno y sí solo parcialmente. Existen diferencias significativas con respecto a los valores de empatía en la que las mujeres duplican a los hombres y muestran una adecuada capacidad. Estos datos coinciden con los obtenidos en otros estudios (Garaigordobil y Maganto, 2011). En el resto de variables de consumo, psicopatológicas y sociodemográficas analizadas y pese a haber ciertas diferencias significativas específicas (como se reflejan en el apartado de resultados) no parece existir un perfil diferencial entre hombres y mujeres. En cualquier caso y a la vista de estos datos no parece razonable hacer programas preventivos específicos en función del sexo de los usuarios.

Entre las limitaciones de este estudio, cabría reseñar como más relevantes las siguientes. La muestra evaluada es muy limitada y perteneciente a un contexto concreto. Al margen de que el número de participantes ha sido bajo (53), la representación por sexos ha sido desigual. Solo el 25% de la muestra ha estado representada por mujeres, dato este que coincide con la proporción de hombres y mujeres que acuden año tras año al programa. Además al ser todos los adolescentes usuarios del programa de prevención Suspertu de la Fundación Proyecto Hombre Navarra habrá que ser muy cauto en la generalización de los resultados.

Otra limitación que ha condicionado mucho la realización del estudio tiene que ver con la información con la que se ha podido contar. A pesar de que el programa lleva más de 15 años de funcionamiento, el registro de los datos ha pasado por diferentes criterios de evaluación y diferentes evaluadores con lo que el acceso a los mismos ha sido muy complicado. No todos los usuarios tenían cumplimentados los mismos cuestionarios, y algunos registros no aparecieron o apenas aportaban información. Estas deficiencias imposibilitaron la evaluación de más variables y de más usuarios.

A partir de los datos obtenidos y de las conclusiones señaladas, se proponen algunas líneas de investigación para el futuro. La primera, sería la creación de herramientas de evaluación estandarizadas que permitirían un mejor registro de los datos de los usuarios y su posterior análisis. En segundo lugar, resultaría de gran interés contar con estudios que evaluaran la eficacia de los programas de prevención indicada para poder aplicarlos en diferentes contextos preventivos como el escolar y el familiar.



### **3. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

### 3. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bayés, R. (1979). *Psicología y medicina*. Barcelona: Fontanella
- 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, 333-355.
- Bryant, B. K. (1982). An index of empathy for children and adolescents. *Child Development*, 53, 413-425
- Costa, M. & López, E. (1996). Educación para la salud: Una estrategia para cambiar los estilos de vida. España. *Pirámide*.
- Clasen, D. R. & Brown, B. B. (1985). The multidimensionality of peer pressure in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 14, 451-468.
- Conger, R. D., Conger, K. J., Elder Jr., G. H., Lorenz, F. O., Simons, R. L. & Whitbeck, L. B. (1992). A family process model of economic hardship and adjustment of early adolescent boys. *Child Development*, 63, 526-541.
- Derogatis, L. R. (1992). The SCL-90-R. Baltimore: *Clinical Psychometric Research*
- Dielman, T.E., Campanelli, P.C., Shope, J.T. y Butchart, A.T. (1987). Susceptibility to peer pressure, self-esteem, and health locus of control as correlates of adolescent substance abuse. *Health Education Quarterly*, 14, 207-221
- Diekstra, R. y Maes, S. (1989): Psychology, health promotion and disease prevention. *Ponencia. I European Congress of Psychology*. Ansterdan. Holanda.
- Elkind, d. (1967) Egocentrism in adolescence. *Child Development*, 38, 1025-34.
- Garaigordobil, M., Maganto, C. (2011). Empatía y resolución de conflictos durante la infancia y la adolescencia. *Revista Latinoamericana de Psicología*, vol 43.
- Gonzalvo, B., Barral, D., Grau-López, L., Esteve, O., Roncero, C (2011) Comorbilidad psiquiátrica en adolescentes consumidores de cannabis. *Trastornos Adictivos* 13:3, 109-112
- 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.
- Harmon, M.A. (1993). Reducing the risk of drug involvement among early adolescents: An evaluation of Drug Abuse Resistance Education (DARE) .*Evaluation Review*, 17, 221-239



- Iannotti, R.J., Bush, P.J. y Weinfurt, K.P. (1996). Perception of Friends' Use of Alcohol, Cigarettes, and Marijuana among Urban Schoolchildren: A Longitudinal Analysis. *Addictive Behaviors*, 21, 615-632.
- 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.
- Jessor, R. Donovan, J.E. y Costa, F.M. (1991). Beyond adolescence: Problem behavior and young adult development. Cambridge, Inglaterra: *Cambridge University Press*.
- 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.
- Kandel, D. B. y Logan, J.A. (1984) Patterns of drug use from adolescence to young adulthood. Periods of risk for initiation, continued use, and discontinuation. *American Journal of Public Health*, 74, 660-668.
- Klepp, K., Jones-Webb, R., Wangenaar, A., Murray, D. y Short, B. (1996). Measure of alcohol and tobacco availability tounder age students *Addictive Behaviors*, 21, 585-595.
- 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*.
- Mestre, V., Pérez Delgado, E., Frías, M. D., & Samper, P. (1999). Instrumentos de evaluación de la empatía. En E. Pérez Delgado & V. Mestre (Eds.), *Psicología moral y crecimiento personal (pp. 181-190)*. Barcelona: Ariel.
- Morgan, M. y Grube, J.W. (1991). Closeness and peer groupinfluence. *British Journal of Social Psychology*, 30, 159 - 169.
- Otero, J., Luengo, A., Romero, E., Gómez, J. y Castro, C. (1998). Psicología de la personalidad. *Manual de prácticas. Barcelona: Ariel, S.A*
- Romo-Avilés, N. (2011). Cannabis, juventud y género: nuevos patrones de consumo, nuevos modelos de intervención. *Elsevier España, S.L. y SET*.
- Taylor, S.E. y Repetti, R.L. (1997). Health psychology: What is an unhealthy environment and how does it get under the skin?. *Annual Review of Psychology*, 48, 411- 447.



## **4. ANEXOS**

## **4. ANEXOS**

### **4.1. Influencias Normativas (II): Aprobación**

#### **Información para usuarios**

La aprobación percibida constituye otro elemento importante de la influencia normativa. A continuación se presentan una serie de elementos relativos a la aprobación de los compañeros, desde los más inmediatos y cercanos (mejores amigos), hasta compañeros remotos (gente de la misma edad) que nos permitirán medir este factor..

#### **Estudios de referencia**

- Dielman, T.E., Campanelli, P.C., Shope, J.T. y Butchart, A.T. (1987)
- Hawkins, J.D., Catalano, R.F. y Miller, J.Y. (1992)
- Iannotti, R.J., Bush, P.J. y Weinfurt, K.P. (1996)

#### **Instrumentos Asociados**

Influencias normativas (I): Percepción del consumo por otros

Factores de riesgo parentales

Control parental

Lazos o vínculos con padres y familiares

Percepción de conflicto parental

Calificación del comportamiento social y antisocial (Agresión)

Percepción de accesibilidad de las drogas

### Escala básica BIP

### Influencias Normativas (II): Aprobación

#### 1. Influencias normativas.

¿Qué crees que opinarían estas personas si tú consumieras alguna de estas drogas?

Rodea con un círculo la respuesta.

<b>CÁNNABIS</b>	<b>Les parecería muy mal</b>	<b>Les parecería mal</b>	<b>Les parecería regular</b>	<b>Les parecería bien</b>	<b>Les parecería muy bien</b>
1. Tu mejor amigo/a	1	2	3	4	5
2. Tus amigos/as del grupo	1	2	3	4	5
3. Tus compañeros/as de clase.	1	2	3	4	5
4. Otra gente de tu edad	1	2	3	4	5

<b>PASTILLAS</b>	<b>Les parecería muy mal</b>	<b>Les parecería mal</b>	<b>Les parecería regular</b>	<b>Les parecería bien</b>	<b>Les parecería muy bien</b>
1. Tu mejor amigo/a	1	2	3	4	5
2. Tus amigos/as del grupo	1	2	3	4	5
3. Tus compañeros/as de clase.	1	2	3	4	5
4. Otra gente de tu edad	1	2	3	4	5

<b>SPEED</b>	<b>Les parecería muy mal</b>	<b>Les parecería mal</b>	<b>Les parecería regular</b>	<b>Les parecería bien</b>	<b>Les parecería muy bien</b>
1. Tu mejor amigo/a	1	2	3	4	5
2. Tus amigos/as del grupo	1	2	3	4	5
3. Tus compañeros/as de clase.	1	2	3	4	5
4. Otra gente de tu edad	1	2	3	4	5

<b>COCAÍNA</b>	<b>Les parecería muy mal</b>	<b>Les parecería mal</b>	<b>Les parecería regular</b>	<b>Les parecería bien</b>	<b>Les parecería muy bien</b>
1. Tu mejor amigo/a	1	2	3	4	5
2. Tus amigos/as del grupo	1	2	3	4	5
3. Tus compañeros/as de clase.	1	2	3	4	5
4. Otra gente de tu edad	1	2	3	4	5

<b>LSD (Tripis)</b>	<b>Les parecería muy mal</b>	<b>Les parecería mal</b>	<b>Les parecería regular</b>	<b>Les parecería bien</b>	<b>Les parecería muy bien</b>
1. Tu mejor amigo/a	1	2	3	4	5
2. Tus amigos/as del grupo	1	2	3	4	5
3. Tus compañeros/as de clase.	1	2	3	4	5
4. Otra gente de tu edad	1	2	3	4	5

<b>HEROÍNA</b>	<b>Les parecería muy mal</b>	<b>Les parecería mal</b>	<b>Les parecería regular</b>	<b>Les parecería bien</b>	<b>Les parecería muy bien</b>
1. Tu mejor amigo/a	1	2	3	4	5
2. Tus amigos/as del grupo	1	2	3	4	5
3. Tus compañeros/as de clase.	1	2	3	4	5
4. Otra gente de tu edad	1	2	3	4	5

## **4.2 Percepción de accesibilidad de las drogas**

### **Información para usuarios**

La percepción referida a la accesibilidad de las drogas constituye un poderoso elemento para predecir el consumo y un importante factor de riesgo. Los ítems siguientes se centran en este factor que, desde el punto de vista de la prevención, tiene más importancia que medir hasta qué punto el acceso a las drogas es real y objetivamente posible.

### **Estudios de referencia**

- Hawkins, J.D., Catalano, R.F. y Miller, J.Y. (1992)
- Klepp, K., Jones-Webb, R., Wangenaar, A., Murray, D. y Short, B. (1996)
- Taylor, S.E. y Repetti, R.L. (1997)

### **Instrumentos asociados**

Influencias normativas (I): Percepción del consumo por otros

Influencias normativas (II): Aprobación

Factores de riesgo parentales

Control Parental

Lazos o vínculos con padres y familiares

Percepción de conflicto parental

Calificación del comportamiento social y antisocial (Agresión)



## Escala básica BIP

### Percepción de accesibilidad de las droga

¿Cómo de fácil te resultaría obtener, si quisieras, cada una de las sustancias siguientes?

	Muy fácil	Fácil	No sabría decir	Difícil	Muy difícil
a) Hachís	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
b) Anfetaminas	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
c) LSD u otro alucinógeno	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
d) Crack	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
e) Cocaína	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
f) Éxtasis	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
g) Tranquilizantes o sedantes (sin receta médica)	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
h) Cerveza	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
i) Vino	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
j) Licores (alta graduación)	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
k) Cigarrillos	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]

### **Cálculo de Índices:**

Puede obtenerse la media global en relación a la facilidad de acceso, puntuando las respuestas desde 5 = "Muy fácil" hasta 1 = "Muy difícil". También es posible derivar de esta escalar otros índices, por ejemplo, diferenciar la percepción de accesibilidad de las drogas legales y la de las ilegales. Cuanto más elevado sea el resultado promedio obtenido más percepción de accesibilidad tendrá el encuestado o encuestados analizados.

### **4.3 Creencias sobre las consecuencias**

#### **Información para usuarios**

Las creencias acerca de las consecuencias del consumo de drogas pueden clasificarse según dos criterios: (i) positivas o negativas, y (ii) a corto o a largo plazo. Los estudios sugieren que dichas creencias están más estrechamente relacionadas con comportamientos si se pone el acento en el uso personal y se hace referencia a circunstancias específicas.

#### **Estudios de referencia**

- Harmon, M.A. (1993)
- Morgan, M. y Grube, J.W. (1991)

#### **Instrumentos Asociados**

Edad de inicio

Intenciones de consumo

Actitudes ante el consumo de drogas

Efectos experimentados en el consumo de drogas

Consumo combinado de drogas legales e ilegales

Percepción de los riesgos asociados al consumo de drogas

Familiaridad y conocimiento de las drogas

## Escala básica BIP

### Creencias sobre las consecuencias

¿Hasta qué punto es probable que te ocurriera cada una de las cosas siguientes si consumes..... (nombre de la droga)..... durante el próximo mes?

	Muy probable	Probable	No estoy seguro/a	Improbable	Muy improbable
a) Meterme en líos con la policía	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
b) Tener malos resultados escolares	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
c) Meterme en líos con mis padres	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
d) Ser expulsado del colegio	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
e) Tener problemas con mis amigos	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
f) Convertirme en adicto	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
g) Tener problemas de dinero	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
h) Tener problemas para encontrar trabajo	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
i) Tener más amigos	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
j) Sentirme más relajado	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
k) Pasármelo mejor	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
l) Ser más popular	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
m) Olvidar mis problemas	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
n) Tener más confianza y ser más abierto	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]

**Cálculo de Índices:**

Puntuar de 5 = “Muy probable” a 1 = “Muy improbable”. La media de los ítems (a) al (g) proporcionará una medida de la percepción relativa a las consecuencias negativas, mientras que la media de los ítems restantes ofrecerá una medida de las consecuencias positivas percibidas. Puede también establecerse una división entre consecuencias a corto y a largo plazo y calcular los correspondientes índices.

## **4.4 Efectos experimentados en el consumo de drogas**

### **Información para usuarios**

Esta variable indica en qué medida los sujetos han experimentado, de hecho, los efectos concretos del consumo de drogas, más que si creen o no que se producirán determinadas consecuencias.

### **Estudios de referencia**

- Jessor, R., Van den Bos, J., Vanderryn, J., Costa, F. y Turbin, M. (1995)

### **Instrumentos asociados**

Edad de inicio

Intenciones de consumo

Actitudes ante el consumo de drogas

Creencias sobre las consecuencias

Consumo combinado de drogas legales e ilegales

Percepción de los riesgos asociados al consumo de drogas

Familiaridad y conocimiento de las drogas

## Escala BIP

### Efectos experimentados en el consumo de drogas

¿Has tenido alguna vez alguno de los problemas siguientes por haber consumido drogas?

	Nunca	1 – 2 veces	3 – 5 veces	Más de 5 veces
a) Accidente o lesión	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
b) Problemas con la policía	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
c) Escasez de dinero	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
d) Sentirme enfermo	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
e) Pelea o discusión	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
f) Problemas con tus padres	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
g) Problemas con amigos	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]

### Cálculo de Índices:

Puntuar de 1 = “Nunca” a 4 = “Más de 5 veces”. Las respuestas pueden combinarse de distintas formas; entre otras, el número total de problemas que el encuestado ha experimentado. Otro enfoque es contar el número de aspectos de la vida que se han visto afectados por el consumo de drogas, p. ej.: relaciones, problemas con la policía o problemas emocionales. El promedio de puntos obtenidos permitirá cuantificar los efectos o consecuencias experimentadas. Cuanto más elevada sea la puntuación media obtenida mayor habrá sido la experiencia con drogas del sujeto o sujetos analizados.

## **4.5 Intenciones de consumo**

### **Información para usuarios**

Existe un conjunto considerable de pruebas que demuestran que la "intención" de consumo constituye un poderoso indicador a la hora de predecir el futuro consumo de drogas. Algunos trabajos sobre esta cuestión se derivan de la "Teoría de la Acción Planificada" que ha sido muy útil en el campo de la investigación sobre el consumo de drogas. La intención supone también una medida útil en una edad relativamente joven cuando las mediciones del consumo actual pueden resultar poco sensibles.

### **Estudios de referencia**

- Jessor, R., Van den Bos, J., Vanderryn, J., Costa, F. y Turbin, M. (1995)

### **Instrumentos asociados**

Edad de inicio

Actitudes ante el consumo de drogas

Creencias sobre las consecuencias

Efectos experimentados en el consumo de drogas

Consumo combinado de drogas legales e ilegales

Percepción de los riesgos asociados al consumo de drogas

Familiaridad y conocimiento de las drogas



### Intención de consumo

¿Crees que es probable que consumas drogas de **AQUÍ A UN AÑO?**

1 = Muy poco probable    2 = Poco probable    3 = No estoy seguro/a

4 = Probable            5 = Muy probable

Rodea con un círculo la respuesta

1. Tabaco.	1 2 3 4 5	6. Cocaína.	1 2 3 4 5
2. Alcohol.	1 2 3 4 5	7. Heroína.	1 2 3 4 5
3. Cánnabis.	1 2 3 4 5	8. Pastillas.	1 2 3 4 5
4. Speed.	1 2 3 4 5	9. Fármacos.	1 2 3 4 5
5. LSD	1 2 3 4 5	10. Otras.	1 2 3 4 5

### **Cálculo de Índices:**

Puntuar de 5 = “Muy probable” a 1 = “Muy improbable”. La forma más común de combinar estas mediciones es ofrecer indicadores de la intención de consumir: (i) cualquier droga, (ii) drogas legales solamente, (iii) drogas legales e ilegales por separado. El promedio de las respuestas indicará el grado global de intención futura de consumo que presenta el sujeto o los sujetos analizados.

#### 4.6 Percepción de los riesgos asociados al consumo de drogas

¿Qué **CANTIDAD DE RIESGO** crees que existe al probar o consumir las siguientes sustancias?

1 = Ningún riesgo 2 = Poco riesgo      3 = Riesgo Moderado 4 = Mucho riesgo    5 = No sé

Rodea con un círculo la respuesta

- |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Consumir <b>cánnabis</b> en ocasiones especiales.                            | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Consumir <b>cánnabis</b> habitualmente.                                      | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Consumir <b>inhalantes</b> (pegamentos, cloreto...) en ocasiones especiales. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Consumir <b>inhalantes</b> habitualmente.                                    | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Fumar <b>tabaco</b> en ocasiones especiales.                                 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. Fumar un paquete de <b>tabaco</b> o más al día.                              | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. Beber una o dos <b>bebidas alcohólicas</b> casi todos los días.              | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. Tomar cuatro o cinco <b>bebidas alcohólicas</b> casi todos los días.         | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. Beber hasta emborracharse los fines de semana.                               | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. Consumir <b>LSD</b> (tripis) en ocasiones especiales.                       | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. Consumir <b>LSD</b> habitualmente.  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. Consumir <b>SPEED</b> en ocasiones especiales.                              | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. Consumir <b>SPEED</b> habitualmente.  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14. Consumir <b>COCAÍNA</b> en ocasiones especiales.                            | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15. Consumir <b>COCAÍNA</b> habitualmente.                                      | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16. Consumir <b>HEROÍNA</b> en ocasiones especiales.                            | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17. Consumir <b>HEROÍNA</b> habitualmente.                                      | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18. Consumir <b>PASTILLAS</b> en ocasiones especiales.                          | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19. Consumir <b>PASTILLAS</b> habitualmente.                                    | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20. Consumir <b>FÁRMACOS</b> en ocasiones especiales.                           | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21. Consumir <b>FÁRMACOS</b> habitualmente                                      | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22. Consumir <b>OTRAS</b> drogas en ocasiones especiales                        | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23. Consumir <b>OTRAS</b> drogas habitualmente                                  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

## **Información para usuarios**

La percepción del riesgo asociado al consumo de una droga está estrechamente vinculada con las "creencias sobre las consecuencias negativas". Sin embargo, dada la atención prestada al concepto de riesgo, merece un tratamiento independiente. En la escala que se ofrece a continuación, se examinan los riesgos ligados al consumo frecuente, frente a los asociados al consumo ocasional. Se podría desarrollar de distintas formas, por ejemplo, especificar la frecuencia o el contexto en el que pueden usarse las distintas drogas.

## **Estudios de referencia**

- Harmon, M.A. (1993)
- Jessor, R., Van den Bos, J., Vanderryn, J., Costa, F. y Turbin, M. (1995)

## **Instrumentos asociados**

Edad de comienzo

Intenciones de consumo

Actitudes ante el consumo de drogas

Creencias sobre las consecuencias

Efectos experimentados en el consumo de drogas

Consumo combinado de drogas legales e ilegales

Familiaridad y conocimiento de las drogas

## 4.7. CUESTIONARIO CONSUMO DE SUSTANCIAS

¿Eres consumidor/a de algunas sustancias? No • Sí •

<b>(1)</b> <b>Fr.</b>	<i>Ex=Experimental: no volvió a consumir</i>
	<i>Ep=Esporádico: menos de 1 vez al mes (de 1 a 11 veces al año)</i>
	<i>H=Habitual: 1 ó 2 veces al mes</i>
	<i>C=Continuo: 3 ó 4 fines de semana al mes</i>
	<i>D=Diario: más de 4 días a la semana</i>
<b>(2)</b> <b>Cantidad</b>	<i>Se debe hacer un cálculo prorrateado en dosis (Unidades de bebida, cigarrillos, pastillas, rayas, etc.) en función de la frecuencia.</i>

SUSTANCIA	Edad inicio	CONSUMO ÚLTIMO AÑO		CONSUMO ÚLTIMO MES	
		Frecuencia <sup>(1)</sup>	Cantidad promedio día <sup>(2)</sup>	Frecuencia <sup>(1)</sup>	Cantidad promedio día <sup>(2)</sup>
<input type="checkbox"/> ALCOHOL					
<input type="checkbox"/> TABACO					
<input type="checkbox"/> CANNABIS					
<input type="checkbox"/> COCAÍNA					
<input type="checkbox"/> D. SÍNTESIS					
<input type="checkbox"/> SPEED					
<input type="checkbox"/> LSD					
<input type="checkbox"/> FÁRMACOS					
<input type="checkbox"/> HEROÍNA					
<input type="checkbox"/> KETAMINA					
<input type="checkbox"/> INHALANTES					
<input type="checkbox"/> ALUCINÓGENOS					
<input type="checkbox"/> OTRAS:					

## 4.8 TEST DE EMPATÍA DE BRYANT

### IECA. Índice de empatía para niños y adolescentes

(Bryant, 1982). Evalúa la activación empática de los adolescentes a través de 22 afirmaciones, algunas de las cuales reflejan situaciones en las que se da una activación empática hacia otra persona ante una situación determinada, mientras que otras reflejan una falta de empatía. La escala evalúa dos dimensiones: por un lado, la empatía afectiva, entendida como una activación emocional que hace referencia a mecanismos mínimamente cognitivos; y, por otro lado, las creencias sobre la expresión de sentimientos. El adolescente puntúa cada frase en una escala de 1 a 7 en función del grado de acuerdo con el contenido de la frase. La consistencia interna de la escala original obtuvo un alpha de Cronbach de .68 en cuarto grado y .79 en séptimo grado, mientras que la obtenida con la muestra de este estudio fue más alta ( $\alpha = .81$ ). Un estudio de fiabilidad test-retest con 108 participantes evidenció un coeficiente de correlación .81 con la muestra de cuarto grado y de .83 con estudiantes de séptimo. Estudios de validez han encontrado correlaciones positivas con otras medidas de empatía y negativas con conducta antisocial (Sobral, Romero, Luengo & Marzoa, 2000) y conducta violenta (Wied, Goudena & Matthys, 2005). La validación española del cuestionario se llevó a cabo en un estudio previo (Garaigordobil, 2008).

## IECA. Índice de empatía para niños y adolescentes

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

A continuación, encontrarás una serie de afirmaciones sobre lo que sienten algunas personas en determinadas situaciones. Puntúa cada afirmación de 1 a 7. En esta escala, 1 sería que el contenido de la frase describe muy mal lo que sientes o piensas, mientras que 7 sería que la frase describe muy bien lo que sientes o piensas. Rodea con un círculo la puntuación que elijas (EE, Bryant, 1982)

Pienso que... / Siento...						
1 Nada	2 Muy poco	3 Algo	4 Moderadamente	5 Bastante	6 Mucho	7 Muchísimo
1. Me siento triste cuando veo a una chica que no tiene con quien salir					1 2 3 4 5 6 7	
2. La gente que se besa y se abraza en público es tonta *					1 2 3 4 5 6 7	
3. Los chicos que lloran cuando son felices son tontos *					1 2 3 4 5 6 7	
4. Me gusta ver como otras personas abren regalos aunque yo no tenga ningún regalo					1 2 3 4 5 6 7	
5. Ver a una persona que llora me hace llorar					1 2 3 4 5 6 7	
6. Me siento mal cuando veo a alguien que se ha hecho daño					1 2 3 4 5 6 7	
7. Me río cuando veo reír a otras personas, aunque no sepa por qué se ríen					1 2 3 4 5 6 7	
8. A veces lloro cuando veo la televisión					1 2 3 4 5 6 7	
9. Las chicas que lloran cuando son felices son tontas *					1 2 3 4 5 6 7	
10. Lo paso mal cuando veo a alguien que se siente mal					1 2 3 4 5 6 7	

11. Me siento mal cuando veo a un animal herido	1 2 3 4 5 6 7
12. Me siento triste cuando veo a un chico que no tiene con quien salir	1 2 3 4 5 6 7
13. Algunas canciones me dan ganas de llorar	1 2 3 4 5 6 7
14. Me siento mal cuando veo a un chico herido	1 2 3 4 5 6 7
15. Los adultos a veces lloran incluso sin tener motivos para estar tristes *	1 2 3 4 5 6 7
16. Es una tontería tratar a los perros y a los gatos como si sintieran igual que las personas *	1 2 3 4 5 6 7
17. Me da rabia cuando veo a un compañero que cree necesitar constantemente la ayuda del profesor *	1 2 3 4 5 6 7
18. Los chicos que no tienen amigos es porque no quieren tenerlos *	1 2 3 4 5 6 7
19. Cuando veo a una chica que llora, también a mí me entran ganas de llorar	1 2 3 4 5 6 7
20. Pienso que es una tontería que algunas personas lloren durante una película triste o leyendo un libro triste *	1 2 3 4 5 6 7
21. Soy capaz de comerme todas las galletas aunque vea que alguien me esta mirando y quiere una *	1 2 3 4 5 6 7
22. Me siento mal cuando un profesor castiga a un compañero por desobedecer las reglas de la escuela	1 2 3 4 5 6 7
TOT	





## 4.9 SCL-90-R

### **SCL-90-R** (Derogatis, 1975)

#### **Descripción**

El *Listado de Síntomas (SCL-90-R)* (Derogatis, 1975) es un cuestionario autoadministrado de evaluación 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).

#### **Puntuación**

**Puntuación de cada dimensión:** Se suman las puntuaciones de los ítems correspondientes a la dimensión y se divide por el número de ítems que comprende. El resultado debe incluir dos cifras decimales. En este apartado no se tienen en cuenta los ítems adicionales (síntomas discretos que no pertenecen a ninguna dimensión en concreto). Los ítems que corresponden a cada dimensión aparecen marcados con la siguiente clave:

- (S)** Somatización
- (O)** Obsesión-compulsión
- (SI)** Sensibilidad interpersonal
- (D)** Depresión
- (A)** Ansiedad
- (H)** Hostilidad
- (AF)** Ansiedad fóbica
- (I)** Ideación paranoide
- (P)** Psicoticismo

Los 7 ítems que no tienen letra pertenecen a los síntomas discretos.

### **Puntuación de los índices globales:**

- GSI:** Se suman las puntuaciones de todos los ítems de la escala (incluidos los ítems adicionales) y se divide entre 90.
- PSDI:** Se suman las puntuaciones de todos los ítems (incluidos los adicionales) y se divide entre la puntuación obtenida en el PST.
- PST:** Se suma el número de ítems que han sido contestados con respuestas distintas de cero.

### **Tipificación:**

Una vez obtenidos los índices de la escala (dimensionales y globales), han de transformarse en puntuaciones típicas (T), según la tabla correspondiente, en función del grupo normativo al que pertenezca el sujeto.

### **Omisión de respuestas y puntuación:**

En el caso de que el sujeto haya omitido ítems al contestar la prueba, esta no se invalida necesariamente, sino que:

- a) la escala en su globalidad se invalida cuando el sujeto ha omitido más del 20% de los ítems (>18).
- b) una dimensión particular se invalidará cuando el sujeto haya omitido más del 40% de los ítems de aquella dimensión.

En caso de no quedar invalidada la escala, habrá que realizar una serie de ajustes. Para hallar la puntuación de cada dimensión habrá que descontar del denominador el número de ítems omitidos en esa dimensión. Para hallar el índice GSI habrá que descontar del denominador el número total de ítems omitidos en la escala. El PTS y el PSDI no se ven directamente afectados por la omisión de respuestas.

### **Definición operacional de caso psiquiátrico**

Un sujeto se define en el SCL-90-R como caso positivo (con trastorno psiquiátrico) en los siguientes casos:

- a) si el sujeto obtiene una puntuación GSI (según la tabla de "no pacientes") mayor o igual a una puntuación T de 63.
- b) si el sujeto obtiene una puntuación T mayor o igual a 63 en dos dimensiones sintomatológicas.

**SCL-90-R**  
(Derogatis, 1975)

NOMBRE:

Nº:

TERAPEUTA:

FECHA:

EVALUACION:

**INSTRUCCIONES PARA CONTESTAR EL CUESTIONARIO.**

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.

**0 Nada    1 Un poco    2 Moderadamente    3 Bastante    4 Mucho**

- 1S. Dolores de cabeza..... 0 1 2 3 4
- 2A. Nerviosismo o agitación interior..... 0 1 2 3 4
- 3O. Pensamientos, palabras o ideas no deseadas que no se van de su mente..... 0 1 2 3 4
- 4S. Sensaciones de desmayo o mareo..... 0 1 2 3 4
- 5D. Pérdida de deseo o de placer sexual..... 0 1 2 3 4
- 6SI. El hecho de juzgar a otros negativa o críticamente..... 0 1 2 3 4
- 7P. La idea de que otra persona pueda controlar sus pensamientos..... 0 1 2 3 4
- 8I. La impresión de que la mayoría de sus problemas son culpa de los demás..... 0 1 2 3 4
- 9O. La dificultad para recordar las cosas..... 0 1 2 3 4
- 10O. Preocupaciones por la falta de aseo personal, el descuido o la desorganización..... 0 1 2 3 4
- 11H. Sentirse fácilmente irritado o enfadado..... 0 1 2 3 4
- 12S. Dolores en el corazón o en el pecho..... 0 1 2 3 4

**0 Nada      1 Un poco      2 Moderadamente      3 Bastante      4 Mucho**

- 13AF. Sentir miedo de los espacios abiertos o en la calle.....0 1 2 3 4
- 14D. Sentirse bajo de energías o decaído.....0 1 2 3 4
- 15D. Pensamientos suicidas, o ideas de acabar con su vida.....0 1 2 3 4
- 16P. Oír voces que otras personas no oyen.....0 1 2 3 4
- 17A. Temblores.....0 1 2 3 4
- 18I. 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
- 20D. Llorar fácilmente.....0 1 2 3 4
- 21SI. Timidez o incomodidad ante el sexo opuesto.....0 1 2 3 4
- 22D. La sensación de estar atrapado o como encerrado.....0 1 2 3 4
- 23A. Tener miedo de repente y sin razón.....0 1 2 3 4
- 24H. Arrebatos de cólera o ataques de furia que no logra controlar.....0 1 2 3 4
- 25AF. Miedo a salir de casa solo.....0 1 2 3 4
- 26D. Culparse a sí mismo de todo lo que pasa.....0 1 2 3 4
- 27S. Dolores en la parte baja de la espalda.....0 1 2 3 4
- 28O. Sentirse incapaz de lograr hacer las cosas.....0 1 2 3 4
- 29D. Sentirse solo.....0 1 2 3 4
- 30D. Sentirse triste.....0 1 2 3 4
- 31D. Preocuparse demasiado por las cosas.....0 1 2 3 4
- 32D. No sentir interés por las cosas.....0 1 2 3 4
- 33A. Sentirse temeroso.....0 1 2 3 4
- 34SI. Ser demasiado sensible o sentirse herido con facilidad.....0 1 2 3 4

**0 Nada      1 Un poco      2 Moderadamente      3 Bastante      4 Mucho**

- 35P. La impresión de que los demás se dan cuenta de sus pensamientos..... 0 1 2 3 4
- 36SI. La sensación de que los demás no le comprenden o le hacen caso..... 0 1 2 3 4
- 37SI. La impresión de que otras personas son poco amistosas o que usted no les gusta..... 0 1 2 3 4
- 38O. Tener que hacer las cosas muy despacio para estar seguro de que las hace bien..... 0 1 2 3 4
- 39A. Que su corazón palpite o vaya muy deprisa..... 0 1 2 3 4
- 40S. Náuseas o malestar en el estómago..... 0 1 2 3 4
- 41SI. Sentirse inferior a los demás..... 0 1 2 3 4
- 42S. Dolores musculares..... 0 1 2 3 4
- 43I. 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
- 45O. Tener que comprobar una y otra vez todo lo que hace..... 0 1 2 3 4
- 46O. Encontrar difícil el tomar decisiones..... 0 1 2 3 4
- 47AF. Sentir temor de viajar en coche, autobuses, metros o trenes..... 0 1 2 3 4
- 48S. Dificultad para respirar..... 0 1 2 3 4
- 49S. Sentir calor o frío de repente..... 0 1 2 3 4
- 50AF. Tener que evitar ciertas cosas, lugares o actividades porque le dan miedo..... 0 1 2 3 4
- 51O. Que se le quede la mente en blanco..... 0 1 2 3 4
- 52S. Entumecimiento u hormigueo en alguna parte del cuerpo..... 0 1 2 3 4
- 53S. Sentir un nudo en la garganta..... 0 1 2 3 4
- 54D. Sentirse desesperanzado con respecto al futuro..... 0 1 2 3 4

	<b>0 Nada</b>	<b>1 Un poco</b>	<b>2 Moderadamente</b>	<b>3 Bastante</b>	<b>4 Mucho</b>
55O.	Tener dificultades para concentrarse.....				0 1 2 3 4
56S.	Sentirse débil en alguna parte del cuerpo.....				0 1 2 3 4
57A.	Sentirse tenso o agitado.....				0 1 2 3 4
58S.	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
61SI.	Sentirse incómodo cuando la gente le mira o habla acerca de usted.....				0 1 2 3 4
62P.	Tener pensamientos que no son suyos.....				0 1 2 3 4
63H.	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
65O.	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
67H.	Tener ganas de romper algo.....				0 1 2 3 4
68I.	Tener ideas o creencias que los demás no comparten.....				0 1 2 3 4
69SI.	Sentirse muy cohibido entre otras personas.....				0 1 2 3 4
70AF.	Sentirse incómodo entre mucha gente, por ejemplo en el cine, tiendas, etc.....				0 1 2 3 4
71D.	Sentir que todo requiere un gran esfuerzo.....				0 1 2 3 4
72A.	Ataques de terror o pánico.....				0 1 2 3 4
73SI.	Sentirse incómodo comiendo o bebiendo en público.....				0 1 2 3 4
74H.	Tener discusiones frecuentes.....				0 1 2 3 4
75AF.	Sentirse nervioso cuando se queda solo.....				0 1 2 3 4

**0 Nada      1 Un poco    2 Moderadamente    3 Bastante    4 Mucho**

- 76I. El que otros no le reconozcan adecuadamente sus logros.....0 1 2 3 4
- 77P. Sentirse solo aunque esté con más gente.....0 1 2 3 4
- 78A. Sentirse tan inquieto que no puede ni estar sentado tranquilo.0 1 2 3 4
- 79D. La sensación de ser inútil o no valer para nada.....0 1 2 3 4
- 80A. Presentimientos de que va a pasar algo malo.....0 1 2 3 4
- 81H. Gritar o tirar cosas.....0 1 2 3 4
- 82AF. Tener miedo de desmayarse en público.....0 1 2 3 4
- 83I. La impresión de que la gente intentaría aprovecharse de usted si los dejara.....0 1 2 3 4
- 84P. Tener pensamientos sobre el sexo que le inquietan bastante.....0 1 2 3 4
- 85P. La idea de que debería ser castigado por sus pecados.....0 1 2 3 4
- 86A. Pensamientos o imágenes estremecedoras o que le dan miedo.....0 1 2 3 4
- 87P. La idea de que algo serio anda mal en su cuerpo.....0 1 2 3 4
- 88P. No sentirse cercano o íntimo con nadie.....0 1 2 3 4
89. Sentimiento de culpabilidad.....0 1 2 3 4
- 90P. La idea de que algo anda mal en su mente.....0 1 2 3 4