

Pinazo, S., Pons, J. y Carreras, A. (2002). El consumo de inhalables y cannabis en la preadolescencia: Análisis multivariado de factores predisponentes. *Anales de Psicología*, 18, 77-93.

1. INTRODUCCIÓN

La incidencia del consumo de drogas en nuestra sociedad y los problemas sociales derivados, han hecho que éste se convierta en uno de los problemas de salud pública más importantes con los que se enfrenta la sociedad del bienestar en nuestra época. Ante esta cuestión, abordada por distintas disciplinas en las últimas décadas, se requieren soluciones aportadas desde presupuestos científicos que en primer lugar expliquen, para poder intervenir posteriormente.

Este abordaje científico del problema requiere, pues, el estudio de factores de riesgo que aporte un conocimiento de las "causas" del "consumo indebido de drogas" –usando la terminología de Berjano (1991) para referirse a aquello que ultrapasa el consumo moderado y ajustado en sujetos adultos– que nos permita conocer por qué determinadas personas de nuestra sociedad llevan a cabo esta conducta. El conocimiento de estas variables predisponentes debe estar basado en la rigurosidad y la prudencia del procedimiento científico, para poder superar explicaciones precipitadas basadas en la observación ingenua y cargada de sesgos –de diferentes signos– propios del conocimiento incompleto característico de la vida social cotidiana y de las informaciones mediáticas, elaborados en ambos casos sobre presupuestos muchas veces incorrectos. La investigación sobre variables predisponentes aporta materiales que deberían guiar y despejar la incertidumbre en las acciones de prevención, ya que conociendo estos factores podemos elaborar acciones interventivas tendentes a su reducción –prevención primaria– o identificar grupos de riesgo sobre los que implementar acciones educativas específicas –prevención secundaria–.

Un factor de riesgo es una variable predisponente, es decir, una variable cuya presencia aumenta la probabilidad de aparición de una conducta desajustada dada. Bien entendido que ninguna conducta desajustada se desarrolla a partir de la simple aparición de un solo factor de riesgo, sino más bien a partir de la combinación de varios de ellos. Abordando el tema que nos ocupa, podemos decir que el comportamiento de consumo de drogas no institucionalizadas en la preadolescencia o adolescencia es el resultado de un complejo campo de fuerzas donde se combinan diversas variables predisponentes –que aumentan la probabilidad de consumo– y diversas variables protectoras –que disminuyen la probabilidad de consumo–.

La contemplación del comportamiento humano como producto de complejos campos de fuerzas que operan en direcciones y sentidos variados y variables, nos lleva a considerar este comportamiento desde una perspectiva socioecológica, según la cual el ser humano desarrolla su actividad inmerso en contextos sociales que, a su vez, establecen entre ellos relaciones complejas. Así, el comportamiento ajustado o desajustado de un niño, un adolescente o un adulto encuentra sus razones explicativas en aquello que ocurre o ha ocurrido en esos contextos relacionales que ejercen una influencia sobre él. La conducta, la personalidad, el autoconcepto, las actitudes, los valores,... son producto de procesos socializadores ocurridos en marcos microsociales –familia, grupos de iguales,...– y macrosociales –instituciones sociales, *mass media*, factores económicos, políticos, históricos,...– que a su vez son creados y desarrollados por los individuos en ellos incubados.

Desde esta perspectiva socioecológica se entienden las actuaciones humanas condicionadas, en gran medida, por contextos sociales más amplios. La conducta humana es el resultado de la progresiva acomodación mutua entre un ser humano activo, en desarrollo, y las propiedades cambiantes de los entornos inmediatos en los que vive; cambiantes puesto que este proceso de acomodación se ve afectado por las relaciones que se establecen entre esos entornos y por los contextos más amplios en los que están incluidos los entornos (Bronfenbrenner, 1979). Así, entender el consumo desajustado o "indebido" de drogas implicará llevar el conocimiento más allá del sujeto consumidor, al menos, hasta llegar a sus contextos sociales inmediatos. Como afirman López-Sánchez, Ros y de Rueda (2001) es en los contextos relacionales, como sistemas de referencia cognitivos y emocionales para el individuo, donde adquieren sentido las variables individuales, por tanto, el acercamiento a la característica individual desde este enfoque supone comprenderla dentro del marco socioecológico de relaciones en el que se halla inmerso el sujeto.

El contexto social inmediato que adquiere más relevancia en la socialización humana es la familia. La socialización es una función psicológica esencial para el ser humano, y la familia es un sistema social especializado en esta función. A través de la socialización las personas se convierten en seres sociales, interiorizan las normas que regulan las relaciones sociales y se forman una imagen de lo que son y del mundo que les rodea. La familia crea en el niño las bases de su identidad y le enseña a apreciarse a sí mismo, es decir, desarrolla su autoconcepto y su autoestima (Lila y Marchetti, 1995). En términos generales, los estilos parentales apoyativos y afectivos, al contrario que los coercitivos y reprobativos, desarrollarán en los hijos confianza en sí mismos, alta autoestima y capacidad de autocontrol (Fontaine, Campos y Musitu, 1992; Berk, 1999). Ha sido comprobado, igualmente, que las buenas relaciones familiares actúan como factor protector en el desarrollo de la conducta antisocial de los adolescentes (Martínez, 2000).

Proponemos que será difícil entender el comportamiento social y el ajuste emocional de los niños, preadolescentes y adolescentes sin atender a qué está ocurriendo o qué ha

ocurrido en el contexto familiar en que ese individuo fue o está siendo socializado. Enlazando con lo sugerido en párrafos anteriores, podemos considerar a la familia como fuente tanto de variables protectoras como posibilitadoras del consumo indebido de drogas en sus miembros más jóvenes.

Una de las variables derivadas del marco relacional familiar es el autoconcepto. El concepto de sí mismo, por su parte, es una variable central para explicar el ajuste emocional y social de los adolescentes (Palmonari, Pombeni y Kirchler, 1992; Lila, Musitu y Molpeceres, 1994). Autores como Albístur (1986) han propuesto que el autoconcepto positivo en los preadolescentes está relacionado positivamente con relaciones interpersonales variadas y fáciles, sentido del humor, aceptación de bromas –lo que sería un indicador de tolerancia a la frustración–, orgullo moderado, espíritu de colaboración y seguridad en sí mismo, todo lo cual configura un ajuste social más probable. Por su parte, las estrategias familiares basadas en la facilidad para establecer comunicación y en la demostración de aceptación hacia el hijo, se encuentran a la base de un desarrollo positivo del autoconcepto en los hijos (Musitu, Román y Gracia, 1988; Musitu y Gutiérrez, 1990).

Nuestra investigación pretende explorar las relaciones entre el consumo de sustancias no institucionalizadas en alumnos de enseñanza básica y un conjunto de variables directamente relacionadas con la socialización, como son el autoconcepto, la comunicación familiar y determinadas variables socioestructurales. Las conclusiones que se obtengan servirán para guiar las prácticas educativas de prevención desde una visión globalizadora del comportamiento humano.

2. MATERIAL Y MÉTODO

Objetivo de la investigación: El objetivo de este trabajo es establecer las relaciones entre el consumo de inhalables y cannabis en una muestra de preadolescentes, y una serie de variables socioestructurales, psicosociales y conductuales que, mediante la utilización de métodos de análisis multivariante, han sido tomadas como predictoras. Como variables socioestructurales se incluyen: edad, tipo de hábitat, número de hermanos y cursos repetidos; como variables psicosociales: autoconcepto (dimensionalizado en ocho factores empíricos: Interacción Familiar, Labilidad Emocional, Interacción con Iguales, Logro Académico, Deporte, *Self* Físico, Integración Escolar y *Self* Social) y comunicación padres-hijos (en los cuatro sentidos direccionales posibles: Hijo/a-Madre, Madre-Hijo/a, Hijo/a-Padre y Padre-Hijo/a); finalmente, se incluye también el consumo de sustancias institucionalizadas (tabaco, vino, cerveza y destilados) así como la influencia de cada una de las dos variables predichas sobre la otra.

Lo anterior nos permitirá establecer el papel de las variables estudiadas en la etiología

del consumo de drogas, así como orientar las acciones a desarrollar en el contexto de la prevención del inicio precoz de este consumo.

Muestra: La muestra de la presente investigación estaba compuesta por 564 alumnos de ambos sexos, escolarizados en centros públicos de enseñanza básica situados en tres poblaciones del área metropolitana de la ciudad de Valencia: Torrent (61000 h.), Paterna (47000 h.) y Burjassot (35000 h.).

La descripción de la muestra para cada una de las variables estructurales utilizadas aparece en la Tabla 1.

Tabla 1
Distribución de frecuencias y porcentajes por variables estructurales

<i>Sexo</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Porc. Acum.</i>
Varones	264	46.8	46.8
Mujeres	564	53.2	100.0
<i>Edad</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Porc. Acum.</i>
11	100	17.7	17.7
12	137	24.3	42.0
13	192	34.0	76.1
14	95	16.8	92.9
15	38	6.7	99.6
16	2	0.4	100.0
<i>Tipo centro</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Porc. Acum.</i>
CEN	326	57.8	57.8
AES	238	42.4	100.0
<i>Nº Hermanos</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Porc. Acum.</i>
1-4	449	79.6	79.6
5 o más	115	20.4	100.0
<i>Cursos Repe.</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Porc. Acum.</i>
Ninguno	274	48.6	48.6
1	184	32.6	81.2
2-5	106	18.8	100.0

Como se observa en la Tabla 1, el 52.2% de la muestra corresponde a mujeres, y el 46.8% a varones. En cuanto a la edad, ésta oscila entre los 11 y 16 años, siendo el grupo más numeroso el de 13 años (34%), concentrándose un 92.9% de la muestra entre los 11 y 14 años.

Respecto al tipo de centro, un 57.8% de la muestra está escolarizado en centros de Educación Normalizada (CEN), mientras que el 42.4% lo está en centros de Acción Educativa Singular (AES). Estos últimos corresponden a colegios públicos ubicados en zonas periféricas con evidentes muestras de deprivación sociocultural y económica.

Por lo que se refiere a la variable número de hermanos –incluyendo al propio sujeto– encontramos que el 79.6% pertenece a familias con cuatro hermanos como máximo, mientras que un 20.4% tiene cinco o más. Finalmente, en lo que respecta al número de cursos repetidos destacaremos que un 48.6% no ha repetido nunca, un 32.6% lo ha hecho una vez, y un 18.8% ha repetido en más de una ocasión.

Instrumento: Con la finalidad de obtener los datos de nuestra investigación, se elaboró un instrumento compuesto de las escalas que se enumeran a continuación:

Escala de variables estructurales: En un cuestionario anónimo se interrogaba a los sujetos sobre su sexo, su edad, su escolarización en CEN o en AES, el número de hermanos de su unidad familiar –incluyéndole a él– y el número de cursos que había repetido.

Escala de autoconcepto: Se realizó previamente una revisión de algunos instrumentos, como la Tennessee Self-Concept Scale (Fitts, 1965) y el Self Description Questionnaire (Shavelson, Hubner y Stanton, 1976). Estas escalas han demostrado su adecuación para la evaluación de las dimensiones subyacentes al autoconcepto adolescente en poblaciones anglosajonas. Igualmente se revisó la Escala de Autoestima de Musitu, instrumento adaptado a adolescentes de nuestro ámbito cultural (Musitu *et al.*, 1988; Musitu y Gutiérrez, 1990). De este modo, se utilizó un instrumento denominado "EAA". Esta escala consta de 42 ítems relativos a diferentes autopercepciones del muchacho sobre aspectos de su vida familiar, escolar, social y emocional. Cada ítem aparece planteado en el cuestionario bajo un triple intervalo de respuesta –Siempre, Algunas Veces y Nunca–, según la autopercepción del alumno en relación a la propuesta formulada.

Escala de comunicación familiar: Se utilizó un instrumento denominado "CF" que evalúa las características del proceso de comunicación que se produce entre progenitores e hijos preadolescentes o adolescentes. Este instrumento es una reformulación de la escala de comunicación familiar elaborada por García-Pérez, Gracia y Musitu (1988) y fue elaborado por estos mismos autores. La evaluación de la comunicación se realiza desde la perspectiva filial, desde la percepción de la relación con sus padres en doce tópicos que representan distintos temas de posible conversación: televisión, diversiones, estudios, amigos, drogas, sexualidad, política, religión, temas de actualidad, proyectos personales, vida familiar y cultura. Los niveles de intercambio son operativizados mediante el establecimiento de dos direcciones comunicativas –con el padre y con la madre– y en dos sentidos para cada una de ellas –desde el progenitor hacia el hijo y desde el hijo hacia el progenitor–. De esta manera se establecen cuatro diferentes sentidos comunicativos: Hijo/a-Madre, Madre-Hijo/a, Hijo/a-Padre y Padre-Hijo/a. Así, el cuestionario estaba dividido en cuatro bloques, y en cada uno de ellos se presentan los doce tópicos bajo la pregunta "Cuando **yo** hablo a **mi madre** sobre... puede suceder:", apareciendo entonces cinco posibilidades de respuesta: 1-"No le hablo sobre este tema", 2-"Le hablo, pero no me atiende", 3-"Le hablo y me atiende, pero no hace por comprenderme poniéndose en mi lugar", 4-"Le hablo, me atiende y hace por comprenderme poniéndose en mi lugar, pero no llegamos a entendernos" y 5-"Le hablo, me atiende, me comprende y llegamos a entendernos". En cada uno de los bloques del cuestionario son modificadas las formas verbales y los pronombres y sustantivos para adecuarlos a los cuatro sentidos comunicativos evaluados, de manera que fueran perfectamente simétricos. Los doce mismos tópicos de comunicación para los cuatro sentidos comunicativos permiten un total de 48 ítems, evaluados cada uno de ellos en una escala de 1 a 5.

Escala de consumo de drogas: Fueron revisados algunos instrumentos previamente

realizados por otros investigadores, como el cuestionario de Smart (1980), recomendado por la OMS para la medición de los hábitos de consumo en poblaciones escolarizadas, y el cuestionario de Johnston (1984) utilizado con la misma finalidad por el National Institute of Drug Abuse en Estados Unidos. Así, fue elaborado un instrumento al que se denominó "DR", que recoge la frecuencia de consumo durante la última semana en el caso del tabaco, y durante el último mes en el caso de las bebidas alcohólicas –cerveza, vino y licores–, los inhalables y el cannabis. Cada ítem se somete a una escala de cuatro posibilidades de respuesta (ver Tabla 2).

Procedimiento: Con la finalidad de determinar la estructura de la escala de autoconcepto, se aplicó un análisis factorial de componentes principales con rotación varimax. De este modo, se obtuvieron ocho factores que se exponen a continuación:

Factor 1: Interacción Familiar: Alusivo a las autopercepciones que el muchacho mantiene respecto de su entorno familiar y de las relaciones afectivas con sus padres.

Factor 2: Labilidad Emocional: Hace referencia fundamentalmente a la autopercepción de inestabilidad emocional.

Factor 3: Interacción con Iguales: Relacionado con las autopercepciones de integración y aceptación dentro del grupo de iguales.

Factor 4: Logro Académico: Alude a la autoimagen que el alumno mantiene en relación a sus capacidades y posibilidades académicas.

Factor 5: Deporte: Se refiere a las autopercepciones referidas a las actividades físicas y deportivas.

Factor 6: *Self* Físico: Recoge percepciones referidas a la propia imagen física, y a las implicaciones que su aceptación tiene en los contextos relacionales del muchacho.

Factor 7: Integración Escolar: Expresa percepciones de mayor o menor agrado en cuanto a la pertenencia del muchacho al contexto escolar, y sus sentimientos de integración y aceptación dentro del mismo.

Factor 8: *Self* Social: Alude a una dimensión del autoconcepto relacionada con la percepción del sujeto de sus relaciones sociales y posibilidades de realización social.

Para establecer las probables relaciones entre el consumo de drogas y las variables hipotéticamente vinculadas se llevaron a cabo dos tipos de análisis en dos fases distintas.

En primer lugar, se realizaron análisis de varianza para detectar la existencia de diferencias significativas en las puntuaciones de las variables dependientes – socioestructurales, autoconcepto, comunicación familiar y consumo de otras drogas– en función de pertenecer a los grupos establecidos para las variables independientes: consumo *versus* no consumo de inhalables y de cannabis durante el último mes. Las variables dependientes utilizadas fueron en total veintiuna: edad, tipo de hábitat, número de hermanos y cursos repetidos, ocho factores de autoconcepto, cuatro sentidos de comunicación, y cinco tipos de consumo distintos al evaluado en cada momento.

En segundo lugar, con aquellas variables dependientes en que fueron detectadas

diferencias significativas en función del consumo de inhalables y de cannabis, se realizó un análisis discriminante con la finalidad de detectar qué variables predecían mejor el consumo de estas drogas. En el apartado destinado a los resultados de la investigación, se aportan más datos sobre el análisis discriminante llevado a cabo.

3. RESULTADOS

Comenzaremos este apartado ofreciendo un análisis descriptivo de las frecuencias de consumo de las drogas estudiadas. En la Tabla 2 se exponen estos resultados.

Tabla 2
Distribución de frecuencias por categoría

Consumo de tabaco (número de cigarr. en la última semana)			
<i>Categoría</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Porc. Ac.</i>
Ninguno	490	86.9	86.9
Entre 1 y 10	35	6.2	93.1
Entre 11 y 20	18	3.2	96.3
Más de 20	21	3.7	100.0
Consumo de vino (número de veces en el último mes)			
<i>Categoría</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Porc. Ac.</i>
Ninguna	456	80.9	80.9
Entre 1 y 5	88	15.6	96.5
Entre 6 y 9	15	2.7	99.1
20 o más	5	0.9	100.0
Consumo de cerveza (número de veces en el último mes)			
<i>Categoría</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Porc. Ac.</i>
Ninguna	418	74.1	74.1
Entre 1 y 5	116	20.6	94.7
Entre 6 y 9	15	2.7	97.3
20 o más	15	2.7	100.0
Consumo de destilados (número de veces en el último mes)			
<i>Categoría</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Porc. Ac.</i>
Ninguna	464	82.3	82.3
Entre 1 y 5	78	13.8	96.1
Entre 6 y 9	15	2.7	98.8
20 o más	7	1.2	100.0
Consumo de inhalables (número de veces en el último mes)			
<i>Categoría</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Porc. Ac.</i>
Ninguna	542	96.1	96.1
Entre 1 y 5	15	2.7	98.8
Entre 6 y 9	3	0.5	99.3
20 o más	4	0.7	100.0
Consumo de cannabis (número de "porros" en el último mes)			
<i>Categoría</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Porc. Ac.</i>
Ninguno	536	95.0	95.0
Entre 1 y 5	20	3.5	98.6
Entre 6 y 9	3	0.5	99.1
20 o más	5	0.9	100.0

Como se observa en la Tabla 2, el consumo de sustancias inhalables y de derivados cannábicos presenta unas frecuencias de consumo escasas en comparación con el de drogas institucionalizadas. Esto es esperable, dado los rangos de edad presentes en la muestra. Por ello, esa minoría consumidora de drogas no institucionalizadas (4.9% en el caso de los cannábicos y 3.9% en los inhalables) nos resulta interesante en esta investigación, para

conocer sus características diferenciales, respecto de la mayoría no consumidora.

Una vez expuestos los resultados descriptivos pasamos a ofrecer los datos relativos a los análisis de varianza y discriminantes. Comenzaremos por el consumo de **inhalables**. En la Tabla 3 se muestra el análisis realizado con la finalidad de conocer las relaciones entre el consumo de sustancias inhalables y las variables socioestructurales utilizadas. Cabe señalar que la magnitud de las variables dependientes ha sido obtenida de la siguiente manera: En la variable edad se otorga una puntuación de 1 a 5 a las edades de 11 a 15 años; en tipo de centro, se otorgó la puntuación 1 a CEN y 2 a AES; en número de hermanos y cursos repetidos se otorga la puntuación que se corresponde con la misma magnitud de la variable señalada en el cuestionario.

Tabla 3
Resultados del análisis de varianza en función de consumo de inhalables

Variable dependiente	SC	GL	MC	F	P
EDAD	1.338	1	1.338	1.011	0.315
TIPO DE CENTRO	0.510	1	0.510	2.091	0.149
NÚMERO DE HERMANOS	0.011	1	0.011	0.069	0.794
CURSOS REPETIDOS	0.308	1	0.308	0.526	0.469

Como vemos en la Tabla 3, no aparecen diferencias significativas en la puntuación de ninguna de las cuatro variables estructurales, en función de pertenecer al grupo de consumidores o al de no consumidores de inhalables.

Pasamos a exponer en la Tabla 4 los resultados del análisis de varianza llevado a cabo para determinar las relaciones del consumo de inhalables con los ocho factores extraídos de la escala de autoconcepto. Mencionaremos que la puntuación de estos factores se obtuvo sumando la puntuación de los ítems que corresponden a cada uno de ellos, a partir de la cuantificación de las tres posibilidades de respuesta en el mismo orden que aparecían en el formato de la escala que fue presentada a los sujetos: Siempre (1); Algunas Veces (2); Nunca (3).

Tabla 4
Resultados del análisis de varianza en función de consumo de inhalables

Variable dependiente	SC	GL	MC	F	P
INTERACCIÓN FAMILIAR	115.995	1	115.995	13.217	< 0.001
LABILIDAD EMOCIONAL	0.062	1	0.062	0.017	0.897
INTERACCIÓN CON IGUALES	0.169	1	0.169	0.071	0.791
LOGRO ACADÉMICO	24.233	1	24.233	3.488	0.062
DEPORTE	0.823	1	0.823	0.416	0.519
<i>SELF</i> FÍSICO	30.757	1	30.757	5.560	0.019
INTEGRACIÓN ESCOLAR	6.985	1	6.985	4.062	0.044
<i>SELF</i> SOCIAL	1.799	1	1.799	1.421	0.234

Como vemos en la Tabla 4, aparecen diferencias significativas en tres de los cuatro factores: Interacción Familiar ($p < .001$), *Self* Físico ($p = .019$) e Integración Escolar ($p = .044$).

En la Tabla 5 aparecen los resultados del análisis de varianza realizado utilizando

como variable dependiente la puntuación obtenida por los sujetos en cada uno de los cuatro sentidos de la comunicación familiar. Esta puntuación se obtuvo a partir de la suma de las doce puntuaciones entre 1 y 5 obtenida en cada uno de los doce tópicos propuestos, y para cada uno de los cuatro sentidos.

Tabla 5
Resultados del análisis de varianza en función de consumo de inhalables

Variable dependiente	SC	GL	MC	F	P
HIJO/A-MADRE	41.569	1	41.569	0.449	0.505
MADRE-HIJO/A	245.660	1	245.660	2.293	0.131
HIJO/A-PADRE	22.812	1	22.812	0.211	0.646
PADRE-HIJO/A	12.103	1	12.103	0.099	0.753

Se observa en la Tabla 5 que no aparecen diferencias significativas en ninguno de los cuatro sentidos comunicativos estudiados.

A continuación, se muestran en la Tabla 6 los resultados del análisis de varianza en que la variable dependiente fue el consumo de otras drogas. La magnitud de esta variable fue obtenida a partir de las contestaciones de los sujetos en una escala de cuatro pasos (ver Tabla 2), pudiendo pues oscilar entre 1 y 4.

Tabla 6
Resultados del análisis de varianza en función de consumo de inhalables

Variable dependiente	SC	GL	MC	F	P
CONSUMO DE TABACO	3.9281	3.928	36.576	< 0.001	
CONSUMO DE VINO	1.0841	1.084	7.064	0.008	
CONSUMO DE CERVEZA	1.3311	1.331	7.000	0.008	
CONSUMO DE DESTILADOS	3.9161	3.916	28.090	< 0.001	
CONSUMO DE CANNABIS	1.1391	1.139	25.138	< 0.001	

Comprobamos en la Tabla 6 que se detectan diferencias significativas en los cinco tipos de consumo, con una $p < .001$ para el tabaco, los destilados y el cannabis, y con una $p = .008$ para el vino y la cerveza.

Una vez efectuados los análisis de varianza, se llevó a cabo un análisis discriminante en el que, como variables predictoras del consumo de inhalables, fueron utilizadas las ocho variables en que se detectaron diferencias significativas en los anteriores análisis diferenciales. La técnica del análisis discriminante permite establecer las diferencias entre dos o más grupos de una variable –por ejemplo, consumo de inhalables– con respecto a un conjunto de variables tomadas conjunta y simultáneamente. La variable predicha es tratada en un nivel de medida nominal –por ejemplo, consumo *versus* no consumo– y los grupos en que se divide agrupan puntuaciones mutuamente excluyentes. A través de esta técnica estadística es posible analizar las combinaciones lineales de las variables predictoras que mejor diferencian o discriminan las puntuaciones de la variable predicha.

En la Tabla 7 se muestran los resultados de este análisis. Mencionaremos en primer lugar, como aparece al pie de la tabla, que el valor altamente significativo de los estadísticos

Lambda de Wilks (.906, con una $p < .01$) y Chi Cuadrado (55.188, con una $p < .01$) son indicadores de diferencias entre los grupos de la variable predicha, y de un elevado poder de discriminación en función de las variables predictoras.

Tabla 7

Resultados del análisis discriminante en función de consumo de inhalables

Variable dependiente	Correlación	No consumo	Consumo
CONSUMO DE TABACO	0.791	1.114	<u>1.545</u>
CONSUMO DE DESTILADOS	0.693	1.161	<u>1.591</u>
CONSUMO DE CANNABIS	0.656	1.041	<u>1.273</u>
INTERACCIÓN FAMILIAR	0.476	<u>11.839</u>	14.182
CONSUMO DE VINO	0.348	1.183	<u>1.409</u>
CONSUMO DE CERVEZA	0.346	1.249	<u>1.500</u>
SELF FÍSICO	0.308	<u>10.703</u>	11.909
INTEGRACIÓN ESCOLAR	0.264	<u>5.607</u>	6.182
Lambda de Wilks = 0.906 P< 0.010 Chi Cuadrado = 55.188 P< 0.010 Casos correctamente clasificados: 93.61%			

En esta misma Tabla 7 aparecen las puntuaciones medias que para cada una de las variables predictoras obtienen los sujetos incluidos en cada uno de los dos grupos de la variable predicha. Se indica mediante subrayado la media correspondiente al grupo que presenta mayor incidencia de cada una de las variables. Es necesario mencionar que las magnitudes de los factores de la escala de autoconcepto incluidas en este análisis deberán interpretarse de manera tal que una alta puntuación correspondería con una menor incidencia del factor en cuestión, y una baja puntuación con una mayor incidencia de la dimensión considerada –dado que, como antes fue explicado, se otorgaba la máxima puntuación a la respuesta 'nunca' y la mínima a 'siempre'. De esta forma, se comprueba que el grupo de consumidores de inhalables presenta también un mayor consumo de todas las otras drogas, y un menor autoconcepto familiar, físico y escolar, en comparación con los no consumidores.

Por otro lado, la correlación canónica es un indicador del valor predictivo de cada una de las variables. Éstas han sido ordenadas en la Tabla 7 en orden decreciente de la citada correlación. Observamos que siete de las ocho variables incluidas en el análisis presentan una correlación superior a .3, y que las variables con mayor poder de discriminación entre consumidores y no consumidores, son las referidas al consumo de otras drogas, especialmente institucionalizadas.

A partir de ahora, nos vamos a referir a los análisis estadísticos realizados para establecer relaciones entre el consumo de **cannabis** y el resto de variables estudiadas, utilizando idénticos procedimientos que en el caso anterior. En primer lugar, aparecen en la Tabla 8 los resultados del análisis de varianza para las variables socioestructurales.

Tabla 8*Resultados del análisis de varianza en función de consumo de cannabis*

Variable dependiente	SC	GL	MC	F	P
EDAD	27.428	1	27.428	21.512	<0.001
TIPO DE CENTRO	0.001	1	0.001	0.005	0.942
NÚMERO DE HERMANOS	0.407	1	0.407	2.509	0.114
CURSOS REPETIDOS	8.844	1	8.844	15.478	<0.001

Vemos en la Tabla 8 que dos de estas variables han mostrado diferencias significativas, ambas con una $p < .001$: La edad y el número de cursos repetidos.

En la Tabla 9 se exponen los resultados del análisis efectuado para detectar diferencias significativas en las puntuaciones de los ocho factores de la escala de autoconcepto, en función de pertenecer al grupo de consumidores o al de no consumidores de productos cannábicos.

Tabla 9*Resultados del análisis de varianza en función de consumo de cannabis*

Variable dependiente	SC	GL	MC	F	P
INTERACCIÓN FAMILIAR	264.7611		264.761	31.106	<0.001
LABILIDAD EMOCIONAL	13.4351		13.435	3.652	0.057
INTERACCIÓN CON IGUALES	1.5891		1.589	0.665	0.415
LOGRO ACADÉMICO	36.7281		36.728	5.303	0.022
DEPORTE	0.4581		0.458	0.231	0.631
SELF FÍSICO	23.4871		23.487	4.236	0.040
INTEGRACIÓN ESCOLAR	15.6021		15.602	9.153	0.003
SELF SOCIAL	0.2051		0.205	0.161	0.688

Se comprueba en la Tabla 9 que cuatro factores presentan diferencias significativas: Interacción Familiar ($p < .001$), Integración Escolar ($p = .003$), Logro Académico ($p = .022$) y *Self* Físico ($p = .04$).

La Tabla 10 ofrece el análisis de varianza para los cuatro sentidos de la comunicación familiar.

Tabla 10*Resultados del análisis de varianza en función de consumo de cannabis*

Variable dependiente	SC	GL	MC	F	P
HIJO/A-MADRE	94.965	1	94.965	1.027	0.311
MADRE-HIJO/A	147.414	1	147.414	1.374	0.242
HIJO/A-PADRE	27.497	1	27.497	0.254	0.614
PADRE-HIJO/A	199.292	1	199.292	1.640	0.201

De nuevo, al igual que ocurría en el caso de los inhalables, los resultados de la Tabla 10 desvelan la falta de relación entre los niveles de comunicación familiar y el consumo de cannabis, pues en ninguna de las cuatro variables dependientes han sido halladas diferencias significativas.

Para finalizar la exposición de los análisis diferenciales, se muestra en la Tabla 11 el análisis de varianza en que la variable dependiente utilizada fue el consumo de otras drogas diferentes al cannabis.

Tabla 11*Resultados del análisis de varianza en función de consumo de cannabis*

Variable dependiente	SC	GL	MC	F	P
CONSUMO DE TABACO	15.526	1	15.526	178.939	< 0.001
CONSUMO DE VINO	1.656	1	1.656	10.865	0.001
CONSUMO DE CERVEZA	7.107	1	7.107	39.506	< 0.001
CONSUMO DE DESTILADOS	10.906	1	10.906	85.886	< 0.001
CONSUMO DE INHALABLES	0.905	1	0.905	25.138	< 0.001

Los datos de la Tabla 11 demuestran la fuerte relación entre el consumo de derivados cannábicos y el de otras drogas como el tabaco, la cerveza, los destilados y los inhalables (en los cuatro casos con una $p < .001$) y el vino ($p = .001$).

Después de presentar los análisis de varianza en los que la variable independiente fue el consumo de cannabis, en la Tabla 12 es expuesto el análisis discriminante correspondiente. En esta ocasión, las variables predictoras incluidas son once, pues éstas fueron las que anteriormente mostraron diferencias significativas en función de pertenecer al grupo de consumidores o al de no consumidores.

Tabla 12*Resultados del análisis discriminante en función de consumo de cannabis*

Variable dependiente	Correlación	No consumo	Consumo
CONSUMO DE TABACO	0.862	1.093	<u>1.857</u>
CONSUMO DE DESTILADOS	0.598	1.146	<u>1.786</u>
CONSUMO DE CERVEZA	0.405	1.233	<u>1.750</u>
INTERACCIÓN FAMILIAR	0.360	<u>11.774</u>	14.929
CONSUMO DE INHALABLES	0.323	1.030	<u>1.214</u>
EDAD	0.299	2.662	<u>3.679</u>
CURSOS REPETIDOS	0.254	1.674	<u>2.250</u>
CONSUMO DE VINO	0.213	1.179	<u>1.429</u>
INTEGRACIÓN ESCOLAR	0.195	<u>5.591</u>	6.357
LOGRO ACADÉMICO	0.148	<u>14.004</u>	15.179
<i>SELF FÍSICO</i>	0.133	<u>10.703</u>	11.643

Lambda de Wilks = 0.700 P<**0.010** Chi Cuadrado = 198.284 P<**0.010**
Casos correctamente clasificados: 94.15%

Observamos en la Tabla 12 que el valor de Lambda de Wilks (.7, con una $p < .01$) y de Chi Cuadrado (198.284, con una $p < .01$) son indicadores de distancia significativa entre los grupos de la variable predicha. Las medias de los grupos indican que los consumidores de cannabis consumen en mayor medida todas las otras drogas, al compararlos con los no consumidores, y asimismo, manifiestan un autoconcepto más pobre en los ámbitos familiar, escolar y físico, además de haber repetido más cursos y ser de una edad más elevada.

Las correlaciones canónicas expuestas en la Tabla 12 explican que las variables con mayor poder predictivo son las que se refieren al consumo de otras drogas y al autoconcepto familiar del muchacho.

4. DISCUSIÓN

En las líneas que siguen elaboraremos las conclusiones derivadas de los resultados expuestos en las tablas anteriores y esbozaremos algunas propuestas preventivas a partir de estas conclusiones y de diferentes aportaciones propuestas en la literatura científica reciente sobre el consumo de drogas en adolescentes.

Lo primero que llama la atención en los análisis discriminantes llevados a cabo es que aquello que predice en mayor medida el consumo de cannabis o de inhalables es, precisamente, el consumo de otras drogas, especialmente tabaco y alcohol. Consideramos de relevancia este dato, pues pone de manifiesto la relación que existe entre el consumo de sustancias institucionalizadas y el inicio del consumo de las no institucionalizadas. Hemos visto como, en términos generales, consumir bebidas alcohólicas o consumir tabaco es un importante factor predisponente para el consumo de inhalables o de cannabis, y que estas drogas presentan unos niveles de consumo notablemente inferiores a las institucionalizadas, por lo que podemos inferir que la "escalada" en el consumo de drogas comienza claramente por aquéllas que el adolescente tiene más próximas y cuyo consumo es más fácil. Esto deberá ser tenido muy en cuenta a la hora de elaborar programas y acciones preventivas, que han de dirigirse primordialmente hacia las drogas que más disponibilidad presentan y no hacia las sustancias más alejadas de nuestros hábitos culturales, cuyo consumo no es sino una derivación de un consumo "institucionalizado" anterior. Como señalan Calafat *et al.* (1991) la base para el consumo de drogas no institucionalizadas es el aprendizaje con las institucionalizadas. En este sentido, podemos citar que Comas (1990a) ya encontró que el consumo de alcohol era el factor de correlación más relevante sobre el consumo de sustancias no institucionalizadas, por lo que, de acuerdo con este investigador, podemos afirmar que las sustancias institucionalizadas aparecen como elemento configurador de los procesos de uso y dependencia del resto de drogas, es decir, que sin consumo de éstas no hay consumo de otras drogas.

Del mismo modo, cabe señalar que el consumo de inhalables y de cannabis presentan, igualmente, una fuerte relación entre sí, aunque en ninguno de los dos casos llega a superar el poder predictivo ejercido por el tabaco y los destilados. Lo expuesto hasta ahora es congruente con la afirmación de Comas (1990b) referida a que los adolescentes que consumen cannabis consumen también otras sustancias no institucionalizadas, pero este consumo se encuentra, a su vez, altamente relacionado con el de alcohol, ya que el uso de alcohol y su vinculación a determinados espacios facilita el de sustancias no institucionalizadas, pues el espacio social del alcohol abre la puerta a las drogas ilegales. Del mismo modo, Melero (1993), de una revisión de diferentes investigaciones concluye que las características psicosociales del consumidor joven de alcohol, tabaco y cannabis son muy similares.

El consumo de tabaco y alcohol está presente en numerosos ámbitos de relación social

propios de nuestra sociedad, además de en los medios de comunicación, la publicidad, las costumbres cotidianas, y dada su enorme aceptación no es extraño que sean las drogas más consumidas por los adolescentes. Pero esta influencia macrosocial sobre el comportamiento humano se plasma también en la influencia ejercida por estos factores socioculturales sobre el desencadenamiento del consumo de drogas no institucionalizadas, ya que hemos visto que el consumo de éstas no puede entenderse sin hacer referencia al de alcohol y tabaco.

Podemos afirmar pues, que sin consumo de drogas institucionalizadas será muy poco probable el consumo de drogas no institucionalizadas, pero ya hemos visto que no es ésta la única variable asociada al consumo de cannabis e inhalables. Hemos comprobado en nuestra investigación que también en el autoconcepto del preadolescente se encuentra un factor relacionado con este consumo. Así, se observa en los análisis realizados una fuerte vinculación del consumo de drogas al autoconcepto negativo del consumidor, especialmente en aquella dimensión de esta variable que recoge las autopercepciones del muchacho en relación a su vida familiar, de manera tal que una de las características diferenciales de los consumidores en la muestra utilizada ha sido poseer un autoconcepto familiar más pobre que sus compañeros no consumidores, o dicho de otra manera, se sienten menos queridos, valorados y apoyados por sus padres.

La baja calidad de la interacción padres-hijos ha sido señalada como uno de los factores predisponentes del consumo de drogas en estas edades (Pinazo, 1993). El niño con relaciones familiares dificultosas o de baja calidad afectiva se va convirtiendo en un adolescente más vulnerable a determinados factores desencadenantes del consumo, como la presión grupal o el deseo de experimentar aun a costa de la propia salud (Pons y Berjano, 1998). Como ha sido apuntado en la introducción de este trabajo, el autoconcepto es una variable crucial para entender el ajuste conductual y emocional de los individuos, que se va desarrollando paulatinamente en los contextos de socialización, especialmente a través de las interacciones familiares, y la calidad de estas relaciones padres-hijos son un importante factor explicativo de un concepto positivo de sí mismo en los hijos. Al llegar a la pubertad y tener que desarrollar la conducta en grupos sociales diferentes a la familia, el autoconcepto que acompañe al muchacho condicionará una proporción muy importante de su comportamiento en estos nuevos grupos sociales. Queremos extendernos un tanto más en esta cuestión.

La pubertad inicia un proceso de adaptación a lo largo del cual se van desarrollando y realizando acciones adaptativas con un significado social, proceso que no está exento de inseguridad e incertidumbre como rasgo destacado (Moreno, 1997). Es el momento propicio para la aparición de desajustes conductuales, pues se abre una brecha en cuanto a criterios, formas de vida, actitudes y valores entre los padres y los hijos, se abren nuevos espacios de relación personal, al tiempo que se debilita la referencia a la familia (Navarro, 1999). Es sabido que en esta etapa la relación con los amigos cumple una muy importante función de apoyo psicológico, y el grupo de iguales puede convertirse para el adolescente en un refugio

frente a eventuales conflictos familiares o sociales, y el grupo puede ejercer una importante influencia sobre el muchacho. De aquí puede derivarse una enorme confianza depositada en el grupo como marco relacional donde encontrar referencias útiles para lograr la propia realización personal –especialmente si en la familia no se encuentra esta oportunidad– que podrá ser facilitada a través del seguimiento de modelos conductuales, actitudinales o éticos presentes –por diversas causas– en el grupo de iguales. Es decir, un muchacho que se percibe a sí mismo como poco importante o poco querido para su familia –hablamos de la percepción del hijo, no de los sentimientos de los padres– necesitará, en el grupo de iguales, experimentar la sensación de ubicación social, de definición personal o de recepción de apoyo que no logra en su familia, y esto aumentará la probabilidad de aparición de comportamientos que adquieren enorme funcionalidad –aun pudiendo ser insaludables– porque facilitan una integración grupal que ayuda a satisfacer tales necesidades.

Volviendo al análisis de nuestros resultados, hemos visto que el factor de autoconcepto relacionado con la propia percepción física, muestra una destacada asociación con el consumo de inhalables, de manera que los sujetos consumidores manifiestan una aceptación más pobre de su propio cuerpo, es decir, se sienten menos atractivos, lo cual a estas edades puede dificultar la aceptación global de sí mismo (Petersen, 1985). La relación entre ambas variables puede explicarse atendiendo a lo expuesto en los párrafos anteriores, en tanto que la autoaceptación física puede ser entendida como un indicador de la autoaceptación global de la persona.

Por otro lado, hemos encontrado algunas variables que, si bien en los análisis de varianza mostraron una relación significativa con el consumo de drogas, en los análisis discriminantes posteriores no observaron un poder muy elevado de diferenciar entre sujetos consumidores y no consumidores. Nos estamos refiriendo a los factores de autoconcepto relacionados con la integración escolar y el logro académico, y al número de cursos repetido –tres indicadores de "fracaso" escolar–. En los tres casos, la relación es tal que los sujetos consumidores se encuentran menos integrados en el contexto escolar. Aunque los anteriores factores comentados han presentado una asociación mayor con el consumo de sustancias tóxicas, no debemos tampoco olvidar estas relaciones aquí encontradas. En todo caso, y como menciona Kandel (1982), entendemos que el bajo rendimiento escolar no conduce por sí mismo al consumo de drogas, pero los factores que conducen a un bajo rendimiento escolar se encuentran relacionados con este consumo. Así, los alumnos que no están comprometidos con un afán educativo tienen mayor probabilidad de involucrarse en el consumo de sustancias y en conductas antisociales.

Además de lo anterior, hemos comprobado que otra de las variables estructurales utilizadas en los análisis ha mostrado una relación significativa con el consumo de sustancias, en concreto la edad aparece con un valor predictivo relativamente destacado en cuanto al consumo de cannabis, de manera que, atendiendo a los valores asignados a la hora de puntuar

los cuestionarios, podemos decir que la edad media de los consumidores de esta droga se encuentra, en nuestra muestra, en torno a los 13 años y medio. En todo caso, la edad ha resultado ser una de las principales variables predictivas del consumo de derivados cannábicos, sólo superada en su valor de correlación por el consumo de otras drogas y por el autoconcepto de interacción familiar, lo cual nos indica que el paso a los 13 años se convierte en un factor de riesgo de tipo estructural a tomar muy en cuenta en la implementación de acciones de prevención primaria –que deberían realizarse antes de esta edad–.

Finalmente, nos referiremos a aquellas variables que no han mostrado relaciones significativas con el consumo de inhalables y de cannabis. Mención especial merece la ausencia de relaciones estadísticas con los niveles de comunicación familiar, lo que nos viene a sugerir que la cantidad de comunicación presente en el sistema familiar no afecta ni positiva ni negativamente al desencadenamiento de la conducta de consumo en los hijos. Esto puede parecer contradictorio con lo planteado por la literatura científica, además de con los resultados sobre el autoconcepto en nuestra investigación, comentados en párrafos anteriores. Sin embargo, queremos interpretar esta contradicción de resultados en términos de la mayor presencia de formulaciones referidas a la "calidad" de la comunicación paterno-filial presentes en el factor Interacción Familiar de la escala de autoconcepto, así como de la mayor referencia a la "cantidad" y "mecanicidad" de la comunicación que es evaluada en la escala de comunicación familiar. De este modo, podemos comprobar que es la "buena" relación familiar –aquella que se refleja en el autoconcepto del hijo– más que la "mucho" comunicación, la que se erige como factor protector del comportamiento desajustado de los más jóvenes.

Del mismo modo, no han aparecido relaciones significativas entre el consumo de drogas y dos variables estructurales como son el número de hermanos y el tipo de centro de escolarización. Podemos inferir que, al menos en estas edades, un hábitat social deprivado no aumenta ni disminuye el consumo de sustancias tóxicas, y que éste está influido por otro tipo de variables de índole relacional y psicosocial diferentes a los factores socioeconómicos estructurales. Esto, sin embargo, no implica que las carencias detectadas y detectables en este tipo de comunidades, no pueda favorecer la aparición de otros tipos de comportamientos desajustados, y que no se requiera la aplicación de programas de intervención social dirigidos a ellos, así como la reformulación de las estructuras económicas y sociales que favorecen su estatus carencial.

4.1. Propuestas preventivas

Queremos finalizar este trabajo aportando algunas propuestas preventivas derivadas de lo aportado por la literatura científica sobre este tema, y basadas en las conclusiones obtenidas en nuestra investigación.

Como hemos visto, las variables que en mayor medida se relacionan con el consumo de drogas no institucionalizadas durante la pubertad, son el consumo de sustancias

institucionalizadas y la autopercepción negativa del muchacho en relación a su interacción familiar. Por ello, pensamos que la prevención debe abordar la reducción del consumo de alcohol entre los adolescentes –recordemos que sólo a un 0.4% de los sujetos de nuestra muestra se le podría dispensar bebidas alcohólicas, según la legislación (ver Tabla 1)– y el fomento de determinados estilos educativos paternos.

En nuestra sociedad, el consumo de bebidas alcohólicas entre los menores se da casi exclusivamente en sus tiempos de ocio e interacción con el grupo de iguales (Comas, 1993; Parra, 1994; Pons y Berjano, 1999), por ello, y como apunta Páez (1992), la prevención debe potenciar aquellas actividades que suponen la afiliación grupal de forma satisfactoria para el adolescente, favoreciendo un ocio menos centrado en las drogas institucionalizadas y potenciando y revalorizando la imagen social del no bebedor, de la abstinencia o del consumo moderado. Este mismo autor propone una serie de actuaciones en materia de prevención a través del tiempo libre, entre las que destacaremos las siguientes propuestas:

- Fomentar actividades de ocio que se ajusten a las necesidades evolutivas de los adolescentes, despojándolas de contenidos infantiles, y que sean propiciadoras de la asunción de identidad social positiva como individuos que ya no son niños.

- Aumentar la información disponible en cuanto a programas de actividades de ocio alternativas a las centradas y asociadas al consumo de sustancias.

- Potenciar actividades tales como: práctica deportiva y ejercicio físico –especialmente entre las chicas, debido a su menor presencia–, excursionismo y viajes, conciertos musicales, talleres formativos, teatro o cine, que los propios jóvenes señalan como aquéllas que desearían ver más potenciadas y facilitadas por las instituciones (García e Ibarbia, 1992). Estas actividades tienen que plantearse de manera que ayuden en la satisfacción de las necesidades de búsqueda de novedad, estimulación y exploración del medio, propias de la adolescencia, al tiempo que presenten modelos de ocio no centrados en las drogas.

- Potenciar la presencia de locales donde los adolescentes puedan llevar a cabo actividades sociales, culturales, recreativas, en los que puedan participar directamente en su gestión.

- Ofrecer a los adolescentes y preadolescentes un entrenamiento en habilidades sociales para ayudarles a hacer frente a la enorme presión que ejerce el grupo y fomentar la emancipación de criterios personales, la asertividad y las habilidades de toma de decisiones. Esta misma estrategia ha sido destacada por autores diversos como una prioridad de prevención primaria (Casanova y Santafé, 1994; Pons y Berjano, 1999) y es fundamento de distintos programas de prevención secundaria con adolescentes de enseñanza media (Calafat *et al.*, 1991; García-Rodríguez y López-Sánchez, 1998).

- Abaratar el precio de las bebidas no alcohólicas, así como promocionar bebidas diferentes, exóticas o nuevas que tengan atractivo para los jóvenes y no sean perjudiciales para su salud.

En cuanto a la familia, ya hemos apuntado su papel como contexto socializador primario del niño. En la familia, en el contexto de sus relaciones, se desarrolla el autoconcepto, y por tanto, de estas relaciones puede derivarse tanto una predisposición al desajuste, como una protección ante las presiones de otros factores de riesgo. La prevención

primaria ha de incluir necesariamente la formación de los padres como agentes educadores fundamentales, como responsables principales –sin olvidar a la escuela, a los agentes comunitarios y a otras instancias educativas– del desarrollo ajustado de sus hijos. Las "escuelas de padres" convenientemente coordinadas con los recursos comunitarios existentes –escuelas, servicios sociales, asociaciones vecinales,...– e integradas en programas comunitarios globales, son un recurso muy interesante a este fin. Una escuela de padres debe superar las simples charlas informativas sobre las drogas y sus efectos, y abordar temas como las relaciones padres-hijos, el desarrollo evolutivo de los hijos y sus diferentes necesidades específicas, la comunicación afectiva, la toma de conciencia sobre la influencia que los padres ejercen sobre sus hijos, la solución de problemas y conflictos, la disciplina, los diferentes estilos educativos, las relaciones de la familia con la comunidad, el consumo de drogas institucionalizadas, etc. Todo ello apoyado por estrategias eficaces de *marketing* social y de promoción de la participación ciudadana que faciliten la presencia de los padres –incluyendo a los más jóvenes– en este tipo de estrategias.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Albístur, I. (1986). *Autoconcepto y conducta agresiva en los escolares de 6º, 7º y 8º de EGB*. Tesis Doctoral. Euskal Herriko Unibertsitatea. San Sebastián.
- Berjano, E. (1991). El uso indebido de drogas. En: J. García (Ed.), *La Comunitat Valenciana en l'Europa unida. Benestar i protecció social*. Valencia: Generalitat Valenciana.
- Berk, L. (1999). *Desarrollo del niño y del adolescente*. Madrid: Prentice Hall.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development*. Cambridge: Harvard University Press.
- Calafat, A., Amengual, M., Farrés, C., Mejías, G. y Borràs, M. (1991). *Decideix! Programa d'educació sobre drogues*. Mallorca: Consell Insular.
- Casanova, M.A. y Santafé, P. (1994). Entrenamiento en habilidades sociales como programa de prevención de drogodependencias en el medio escolar. En: G. Musitu, M. Gutiérrez y J. Pons (Eds.), *Intervención comunitaria*. Valencia: Set i Set Edicions.
- Comas, D. (1990a). Las drogas en la sociedad española. En: S. Giner (Ed.), *España. La sociedad*. Madrid: Espasa.
- Comas, D. (1990b). *El síndrome de Haddock: Alcohol y drogas en Enseñanzas Medias*. Madrid: CIDE.
- Comas, D. (1993). *Los jóvenes y el uso de drogas en los años 90*. Madrid: Instituto de la Juventud.
- Fitts, W. (1965). *The Tennessee Self-Concept Scale*. Nashville: Counselor Recordings and Tests.
- Fontaine, A.M., Campos, B.P. y Musitu, G. (1992). Percepção das interações familiares e conceito de si próprio na adolescência. *Cadernos de Consulta Psicológica*, 8, 69-78.
- García, L. e Ibarbia, C. (1992). Tiempo libre, actividades de ocio y alternativas al consumo de alcohol. En: N. Basabe y D. Páez (Eds.), *Los jóvenes y el consumo de alcohol*. Bilbao: Editorial Fundamentos y Ayuntamiento de Bilbao.
- García-Pérez, F., Gracia, E. y Musitu, G. (1988). Diferencias en los tópicos de comunicación entre padres e hijos según la dirección de la comunicación y las variables sexo, edad y estatus. *Cadernos de Consulta Psicológica*, 4, 31-41.
- García-Rodríguez, J.A. y López-Sánchez, C. (1998). *Barbacana (Programa de prevención de drogodependencias)*. Alicante: Universidad Miguel Hernández y Generalitat Valenciana.
- Johnston, L.D. (1984). *Drugs and American High School students*. Rockville: National Institute of Drug Abuse.
- Kandel, D. (1982). Epidemiological and psychosocial perspectives on adolescent drug use. *Journal of the American Academy of Clinical Psychiatry*, 21 (4), 328-347.

- Lila, M.S. y Marchetti, B. (1995). Socialización familiar. Valores y autoconcepto. *Informació Psicològica*, 59, 11-17.
- Lila, M.S., Musitu, G. y Molpeceres, M.A. (1994). Familia y autoconcepto. En: G. Musitu y P. Allat (Eds.), *Psicosociología de la familia*. Valencia: Albatros.
- López-Sánchez, E., Ros, I. y de Rueda, E. (2001). Llorar en compañía: Claves para una aproximación relacional a las depresiones. *Informació Psicològica*, 76, 59-62.
- Martínez, I. (2000). *Conductas delictivas en la adolescencia: Un análisis psicosocial*. Tesis de Licenciatura. Universitat de València. Valencia.
- Melero, J.C (1993). El uso inadecuado de alcohol como prioridad preventiva. *Psiquis*, 14, 203-210.
- Moreno, A. (1997). La adolescencia como tiempo de cambios. En: J.A. García y P. Pardo (Eds.), *Psicología evolutiva*. Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia.
- Musitu, G. y Gutiérrez, M. (1990). Parent's educational practices and socialization. *Cadernos de Consulta Psicológica*, 6, 13-23.
- Musitu, G., García-Pérez, F., Gracia, E. y Castelló, N. (1988). The psychosocial reality of the abused and abandoned child in the Valencian Community. *Cadernos de Consulta Psicológica*, 4, 65-72.
- Musitu, G., Román, J.M. y Gracia, E. (1988). *Familia y educación. Prácticas educativas de los padres y socialización de los hijos*. Valencia: Labor.
- Navarro, I. (1999). *Un programa de intervención familiar con adolescentes maltratados*. Tesis de Licenciatura. Universitat de València. Valencia.
- Páez, D. (1992). Los jóvenes y el consumo de alcohol: Conclusiones generales. En: N. Basabe y D. Páez (Eds.), *Los jóvenes y el consumo de alcohol*. Bilbao: Editorial Fundamentos y Ayuntamiento de Bilbao.
- Palmonari, A., Pombeni, M. y Kirchler, E. (1992). Evolution of the self-concept in adolescence and social categorization processes. *European Review of Social Psychology*, 3, 285-308.
- Parra, J. (1994). Los adolescentes y su cultura del alcohol y de la noche. En: *Alcohol y adolescencia. Hacia una educación preventiva*. Madrid: CCS.
- Petersen, A. (1985). Pubertal development as a cause of disturbance: Myths, realities and unanswered questions. *Journal of Genetic, Social and General Psychology*, 111, 205-232.
- Pinazo, S. (1993). *Programa de prevención del consumo de drogas en niños en edad escolar, dirigido a padres*. Tesis Doctoral. Universitat de València. Valencia.
- Pons, J. y Berjano, E. (1998). El modelado familiar y el papel educativo de los padres en la etiología del consumo de alcohol en los adolescentes. *Revista Española de Salud Pública*, 72 (3), 251-266.
- Pons, J. y Berjano, E. (1999). *El consumo abusivo de alcohol en la adolescencia: Un modelo explicativo desde la psicología social*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas.

Shavelson, R., Hubner, J. y Stanton, G. (1976). Self-concept: Validation of construct interpretations. *Review of Educational Research*, 46, 407-441.

Smart, R.G. (1980). *A methodology for students drug-use surveys*. Ginebra: World Health Organization.